



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Rodrigues de Oliveira PAEGLE, Ana Cláudia; Alvim de SOUZA, Eliane Helena; Andrade de OLIVEIRA, Pierre
Coordenação das Equipes de Saúde Bucal: Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ)
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 4, octubre-diciembre, 2012,
pp. 497-503
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63724924008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Coordenação das Equipes de Saúde Bucal: Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ)

Coordination of Oral Health Teams: Evaluation for Quality Improvement (EQI)

Ana Cláudia Rodrigues de Oliveira PAEGLE¹, Eliane Helena Alvim de SOUZA², Pierre Andrade de OLIVEIRA³

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil

²Professora Doutora da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil

³Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a coordenação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tomando como ponto de partida a análise de padrões de qualidade dos serviços oferecidos à população.

Metodologia: Realizou-se uma Amostra Aleatória Simples (AAS), em que participaram da pesquisa 68 coordenadores de ESB de seus respectivos municípios em Pernambuco, em 2010, os quais responderam ao caderno nº 2 da Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) do Ministério da Saúde. Na aplicação dos questionários, cada questão dos diferentes grupos de avaliação possuía uma resposta que, quando afirmativa, considerava um avanço no padrão de qualidade. As respostas foram categorizadas e analisadas pelo programa Statistic Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultados: Foram avaliados, segundo os estágios de padrões de qualidade estabelecidos no AMQ, classificados em Avançada(A) Boa(B), Consolidada(C), em desenvolvimento(D) e Elementar (E), os quais mostraram que 54,3% dos municípios alcançaram o Padrão C, representando um resultado no nível de qualidade "Regular", enquanto 61,4% o padrão D e 65,3% o padrão E, sendo estes caracterizados em nível "Bom" em relação aos serviços oferecidos na Atenção Básica. Ressalta-se que não houve resultado para o nível de qualidade Avançado (A). Para a classificação segundo as subdimensões, as categorias "Acompanhamento das equipes" e "Avaliação" apresentaram significância estatística quando da associação com a distribuição dos coordenadores dos municípios por Geres, e a categoria "Normatização" quando da comparação com a cobertura populacional de ESB.

Conclusão: Observou-se a necessidade de uma gestão capacitada e comprometida com o acompanhamento das equipes e dos usuários nos serviços.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the coordination of the Oral Health Teams (OHT) of Family Health Strategy (FHS), starting with the analysis of the quality standards of the services offered to the population.

Method: A simple random sample (SRS) was obtained, involving 68 OHT coordinators from Pernambuco state municipalities in 2010, who were asked to answer the questionnaires from the 2nd book of the Evaluation for Quality Improvement (EQI), issued by the Ministry of Health. In the questionnaires, every question from the different evaluation groups had an answer, which, if positive, was considered advancement in the quality standards. The answers were categorized and analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software.

Results: Data were analyzed according to the quality standards established by the EQI, classified as Advanced (A), Good (B), Consolidated (C), Developing (D) and Elementary (E). It was found that 54.3% of the municipalities reached the C standard ("regular" level of quality), while 61.4% of the municipalities reached the D standard and 65.3% reached the E standard, these ones being classified as "Good" with respect to the Basic Attention services. It is noteworthy that there was no A ("Advanced") level results. In the classification according to the sub-dimensions, the "Follow up" and "Evaluation" categories had statistical significance when associated with municipal OHT coordinators distribution by Geres and the "Normalization" category when compared with the population coverage of the OHTs.

Conclusion: There is need of a competent management that is committed with the follow up of the OHTs and the users of public services.

DESCRITORES

Gestão em Saúde; Saúde da Família; Saúde Bucal.

KEY-WORDS

Health Manager; Family Health; Oral Health.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde considera a Atenção Básica ou Atenção Primária (APS) como prioridade na organização da saúde para qualquer município brasileiro. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a “porta de entrada” da população aos serviços, com foco de atenção na família, contextualizada em seu ambiente físico e social. Esta forma de cuidado organiza e racionaliza a utilização dos recursos básicos e especializados voltados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde e do bem estar da população^{1,2}.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída pelo Programa Brasil Sorridente, propiciou a consolidação de um modelo de atenção fundamental à organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF, com a inserção da Saúde Bucal³.

As mudanças ocorridas, com o aumento da oferta de atenção à saúde bucal e na forma organizacional dos serviços proporcionada por esta política, fizeram surgir a necessidade de gestores qualificados para atuar no ordenamento das ações nos municípios, aptos a intervir no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações, buscando responder às necessidades da população. Os coordenadores de saúde bucal municipais têm papel determinante neste processo administrativo estratégico e na busca de uma melhor qualidade e quantidade no acesso da população⁴.

A gestão deve ser entendida permitindo a estruturação destes novos paradigmas de prática. Portanto, torna-se premente a necessidade dos profissionais em se adequar às novas concepções, com a preocupação em participar da dinâmica do processo de trabalho das suas equipes, visto que é através deste que se estabelecem relações entre o discurso e a prática.

As atividades de monitoramento e avaliação das ações de saúde são fundamentais para este acompanhamento da situação local e o desempenho do Sistema Único de Saúde^{4,5}.

O Ministério da Saúde apresentou uma proposta para avaliação específica da ESF, a “Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia de Saúde da Família (AMQ/ESF)” que neste processo apresenta como eixo principal a autoavaliação. A AMQ possibilita o diagnóstico da situação de implantação e da qualidade da ESF, considerando-se os padrões de referência organizados em estágios, conforme descritos no Quadro 1 com abordagens baseadas nas diretrizes do SUS e nas necessidades de saúde e expectativa dos usuários⁶.

Baseado neste conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade. Embora a proposta seja dirigida, prioritariamente, ao âmbito municipal, os padrões de qualidade e os instrumentos de autoavaliação poderão ser utilizados por profissionais da Saúde da Família, coordenadores estaduais, técnicos e acadêmicos como

referência para implantação, implementação e acompanhamento da estratégia⁷.

Nesta perspectiva, esta pesquisa propôs-se avaliar aqueles que estão à frente da gestão dos serviços de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família, os Coordenadores de Saúde Bucal de municípios do Estado de Pernambuco. Estes são considerados atores sociais importantes na condução de políticas públicas capazes de melhorar os níveis de saúde bucal da população.

Quadro 1: Padrões de estágio de qualidade da AMQ/ESF e suas respectivas abordagens.

Padrão	Qualidade	Abordagem
Estágio E	Elementar	Elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da ESF.
Estágio D	Em Desenvolvimento	Elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho.
Estágio C	Consolidada	Processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações.
Estágio B	Boa	Ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados.
Estágio A	Avançada	Abordam uma excelência de estrutura nos processos e, principalmente, nos resultados.

Fonte: Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de caráter transversal onde a metodologia adotada procurou explorar aspectos quantitativos e qualitativos, com o objetivo de evidenciar elementos fundamentais da coordenação técnica de saúde bucal que compõe o processo de gestão das ESB da ESF, em municípios do Estado de Pernambuco.

O Estado de Pernambuco possui 184 municípios e um território de Fernando de Noronha, distribuídos de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, em três Macrorregionais, e estas em 11 Microrregionais de Saúde ou Gerências Regionais de Saúde(Geres). A seleção dos indivíduos foi realizada por meio de uma Amostra Aleatória Simples (AAS), sendo selecionados 71 coordenadores e/ou membros da gestão municipal pertencentes aos municípios distribuídos nas I, II e III Geres as quais possuem 21, 31 e 19 municípios, respectivamente. A coleta de dados, porém, foi realizada com a participação de 67 destes gestores, pelo fato de um dos municípios não possuir ESB na ESF, critério de exclusão da pesquisa, assim como também houve a

recusa de três coordenadores em responder aos questionários, caracterizando-se perda da amostra. Os municípios selecionados, de acordo com as 3 Geres, juntos possuíam 730 Equipes de Saúde Bucal implantadas, representando mais de 50% do total de 1.304 equipes implantadas no Estado de Pernambuco em 2010⁸.

Inicialmente, obteve-se um prévio contato com estes coordenadores para informá-los a respeito da pesquisa, seu objetivo, metodologia e posterior uso dos dados coletados, sendo solicitada a autorização com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados se deu inicialmente com a aplicação de um primeiro questionário incluindo informações do município, dados sociodemográficos do coordenador ou do responsável pela saúde bucal no município e do conhecimento técnico deste sobre o SUS. Este instrumento foi submetido a uma “validação de face”, por meio de um pré-teste, em que os participantes foram escolhidos por uma Amostra Aleatória Simples (AAS) com participação de gestores, professores doutores e alunos de pós-graduação. Seguindo tais critérios, o grupo ficou composto por três profissionais da Gestão em Saúde Pública da Secretaria Estadual de Pernambuco, três professores doutores e dois alunos de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco. No segundo questionário, foi utilizado o instrumento nº 2 dos cadernos da Avaliação para a Melhoria da Qualidade do Ministério da Saúde, que trata da Coordenação Técnica das Equipes.

Dentre os principais objetivos de avaliação, através dos instrumentos da AMQ preconizados pelo Ministério, estão: o monitoramento e avaliação dos estágios de qualidade da ESF; a disponibilização do diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções; a contribuição para a inserção da qualidade, possibilitando a identificação de áreas críticas; e o apoio aos gestores no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia⁹.

Dentro da abordagem metodológica da AMQ, considerou-se o componente de análise da gestão, utilizando-se o instrumento que trata da dimensão de análise da coordenação técnica das equipes, com as seguintes subdimensões: Planejamento e Integração, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Gestão da Avaliação e Normatização.

Os questionários foram pré-codificados e checados em busca de erros e omissões, a fim de serem retificados, e os dados referentes às questões estruturadas foram tabulados e analisados estatisticamente através dos programas Excel e, posteriormente consolidados no SPSS (Statistic Package for the Social Sciences).

Foi realizada uma análise descritiva para avaliar a frequência de distribuição das variáveis. Posteriormente, foram realizados testes de associação entre as questões relacionadas aos padrões de qualidade da AMQ e os coordenadores dos municípios distribuídos nas Geres e aquelas referentes à cobertura

populacional de saúde bucal. Utilizaram-se, também para a análise, os percentuais e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão e os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. A significância estatística foi considerada quando $p < 0,05$ e limites de confiança foram determinados ao nível de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, por meio do processo nº 313933.

RESULTADOS

Pelos resultados da pesquisa, os coordenadores possuíam idade entre 26 e 73 anos, com média de 39,5 anos, com predomínio de 61,2% para o sexo feminino. Em relação à formação acadêmica, 34,3% concluíram a graduação em Odontologia e 47,8% concluíram este curso entre um e dez anos. Daqueles com pós-graduação, 13,8% optaram pela área de Saúde Pública e 9,5% por Saúde Coletiva enquanto 25,4% possuíam cursos em diferentes especialidades clínicas da odontologia e 34,3% não realizaram pós-graduação. Um dado relevante é que 79,1% destes coordenadores não possuíam curso de gestão em saúde.

Em se tratando da existência de cargo de coordenador de saúde bucal, observou-se que em 77,6% dos municípios do estudo, esta função está presente no seu quadro de recursos humanos, porém quando se refere à gratificação para este cargo de gestão, este percentual cai para 46,3%.

O porte populacional destes municípios apresentou que 67,1% destes tinham uma população de até 40.000 habitantes. Quanto ao tipo de gestão do município, 76,1% encontravam-se sob a gestão plena da atenção primária, portanto, respondendo pelos serviços da atenção básica, nestes incluídas as ações de saúde bucal e, segundo o Ministério da Saúde,¹⁰ é a estratégia prioritária e “porta de entrada” da Saúde da Família. Relativo à cobertura populacional de ESB, observou-se que 56,7% dos municípios possuíam entre 70% e 100% de cobertura, em que 55,2% apresentaram relação de ESF/ESB na proporção de 1:1, e 44,8% na proporção de 2:1.

Com relação às ações de média e alta complexidade em saúde bucal, 25,4% dos municípios possuíam Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 40,5% têm hospital e 60% relataram ter referência e contrarreferência para outras especialidades.

Portanto, após analisar o perfil sociodemográfico destes coordenadores, realizou-se uma associação destes dados com o questionário nº 2 da AMQ.

Como abordagem para esta avaliação, observou-se a distribuição dos municípios com coordenação de saúde bucal em suas respectivas Gerências Regionais de Saúde (I, II e III Geres) e os valores percentuais das

respostas positivas nas diferentes categorias dos padrões de qualidade da AMQ (A, B, C, D e E). Esta associação revelou que houve significância estatística (em nível de 5%) para as respostas dos coordenadores ao padrão de qualidade A (Qualidade Avançada) e B (Qualidade Boa). Destacou-se que o menor percentual de respostas positivas nestes padrões ocorreu nos 18 municípios da III Geres, que participaram da pesquisa, e destes nove possuíam mais de 90% de cobertura de ESB segundo dados destes gestores (Tabela 1).

Em se tratando da avaliação por dimensões de análise da AMQ divididas em: Planejamento e

Integração, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Gestão da Avaliação e Normatização, relacionadas aos coordenadores dos municípios distribuídos por Gerências Regionais, observou-se que o “Acompanhamento das Equipes” e a “Gestão da Avaliação” alcançaram resultados estatísticos significativos (5%), sendo destacados novamente os municípios da III Geres. A dimensão de análise que se refere à “Educação Permanente” não apresentou resultados estatísticos significantes (em nível de 5%), embora a proximidade deste valor mereça destaque para a avaliação da gestão (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos municípios com coordenação de saúde bucal em suas respectivas Gerências Regionais de Saúde (I, II e III Geres) e os valores percentuais das respostas positivas nos diferentes níveis de padrão de qualidade da AMQ em 2010.**

Geres	Padrão A		Padrão B		Padrão C		Padrão D		Padrão E		Municípios com coordenação	
	Sim		Sim		Sim		Sim		Sim		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Geres I	08	44,1	12	63,5	11	60,6	12	65,9	11	59,7	18	100
Geres II	13	47,6	16	57,1	16	58,2	18	66,6	13	47,3	28	100
Geres III	05	25,0	08	36,7	09	44,6	11	54,1	10	48,8	21	100
Valor de p	p⁽¹⁾=0,001*		p⁽¹⁾=0,012*		p⁽¹⁾=0,114		p⁽¹⁾=0,234		p⁽¹⁾=0,214			

***Associação significativa em nível de 5,0%.

**Nota: registrada mais de uma resposta positiva por Padrão AMQ.

Tabela 2. Valores percentuais (%) e absolutos (N) relacionados às dimensões de análise da AMQ de acordo com os coordenadores dos municípios de Pernambuco distribuídos por Gerências (Geres) em 2010.**

Nº de coordenadores dos municípios por Geres	Planejamento		Acompanhamento das equipes		Educação Permanente		Avaliação		Normatização	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I Geres - 18	11	59,33	14	79,36	10	55,74	11	63,27	10	54,32
II Geres - 28	15	54,59	22	78,06	12	43,45	18	64,13	13	48,02
III Geres - 21	10	46,26	11	53,06	07	31,75	11	50,69	08	35,98
Valor de p	P = 0,295		P = 0,003*		P = 0,056*		P = 0,018*		P = 0,157	

*Associação significativa em nível de 5,0%.

**Registrada mais de uma resposta positiva por dimensão de análise AMQ.

Quando da análise, considerando-se o porte populacional em relação às dimensões de análise da AMQ, observou-se que a dimensão “Normatização” obteve resultado significante (5%), para os municípios

com cobertura até 50 mil habitantes. As respostas da dimensão de análise que trata do “Acompanhamento das Equipes” requerem atenção pelo resultado estatístico alcançado (Tabela 3).

Tabela 3. Valores percentuais (%) e absolutos (N) relacionados às respostas positivas das dimensões de análise da AMQ, de acordo com os municípios distribuídos por porte populacional em 2010.**

Porte populacional (Hab)	Municípios		Planejamento		Acompanhamento das Equipes		Educação Permanente		Avaliação		Normatização	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 50 mil hab	17	07	43,21		09	52,38	05	30,67	08	46,15	04	26,67
51 a 70 mil hab	14	09	61,22		11	77,55	07	45,95	08	60,00	07	52,38
71 a 90 mil hab	16	09	57,38		12	75,24	08	52,89	11	66,07	08	50,37
91 mil ou + hab	23	12	52,25		17	75,15	10	43,04	15	64,15	12	51,69
Valor de p	P = 0,287		P = 0,056*		P = 0,269		P = 0,194		P = 0,048*			

*Associação significativa em nível de 5,0%.

**Registrada mais de uma resposta positiva por dimensão AMQ.

DISCUSSÃO

Antes de discutir os resultados obtidos é importante ressaltar que nos diversos municípios de Pernambuco foi observada a existência de diferenças significativas na distribuição dos serviços de saúde, mesmo nos municípios pertencentes a uma mesma microrregião, onde situação semelhante foi encontrada em outros estudos^{11,12}.

Diante deste fato, foram realizadas associações das Gerências Regionais de Saúde (Geres), com variáveis relacionadas aos padrões de qualidade da AMQ, em que foi constatado que a III Geres apresentou os menores resultados nesta classificação.

Também foi identificado a partir do relato dos coordenadores que 41 municípios, ou seja, 61,20% do total da pesquisa encontravam-se na condição de habilitação de Gestão Plena da Atenção Básica, embora aproximadamente 23 deles, ou 43,3% do total, possuíssem até 70% de cobertura populacional em saúde bucal. Constatou-se, ainda, que 45 destes municípios ou 66,9% tinham menos de 40.000 habitantes, portanto, representam municípios de pequeno porte populacional. Assim, embora o acesso tenha melhorado, o padrão de desigualdades na utilização dos serviços permanece inalterado, pois enquanto encontramos municípios de pequeno porte populacional com 100% de cobertura das equipes de saúde da família, outros possuíam apenas 30% desta cobertura¹².

Nota-se que não há uniformidade na distribuição das equipes, o que pode demonstrar fragilidade na gestão destes municípios, pois ao assumir a condição de gestão plena, passa-se a exigir a elaboração de uma programação mínima de serviços básicos, nestes inseridos os da ESB. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a distribuição dos profissionais de saúde é influenciada por fatores locais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos¹.

Corroborando com estes dados, concordamos com os estudos de Costa, ao revelarem que há escassez de profissionais dispostos a trabalhar em municípios de pequeno porte, distantes das grandes metrópoles. Soma-se a este fato a distribuição da população desta região está concentrada na região litorânea e na zona metropolitana da capital o que predispõe a manterem suas referências para a sede de macro, sobrecarregando seus serviços e prejudicando a qualidade da atenção prestada e as atividades da gestão¹³.

Ao ser observada, nesta pesquisa, a falta de remuneração para o cargo desta gestão em alguns municípios, confirma-se a precarização do vínculo na contratação destes profissionais, assim como encontramos em outros estudos. Foi observado nos últimos dez anos o estabelecimento de relações precárias de trabalho, de modo a burlar o valor social do servidor público na proteção social, além da conquista dos direitos dos trabalhadores. E, ainda, fatores como a falta de diálogo entre os gestores e trabalhadores, juntamente com a falta de um Plano de Cargos, Carreiras

e Salários para o SUS e o financiamento para a área e saúde também exercem forte influência¹¹⁻¹³.

Observaram-se também dificuldades nas respostas dos coordenadores quanto à existência de sistema de referência e contrarreferência para média e alta complexidade nos demais municípios, onde apenas um pouco mais que 50% responderam positivamente, o que leva a dificuldades no processo de regionalização. Este percentual pode estar se referindo a um desconhecimento da formalização e pactuação das atividades com outros municípios e com o município polo e, ainda, sobre os indicadores do Pacto para a Atenção Básica do seu município, onde mais da metade dos gestores negaram conhecê-los.

Tal desconhecimento, por parte dos gestores, produz profundas consequências, uma vez que os indicadores são utilizados como subsídio para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde e suas metas devem manter coerência com as metas estaduais, colaborando com as pactuações das metas nacionais.

Cabe também ao gestor viabilizar a alimentação dos sistemas de informação, no que se refere aos procedimentos de baixa, média e alta complexidade. Dentre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) vigentes nos SUS, apenas o SIA-SUS contempla o registro de atividades de saúde bucal. Para Moraes e Gomez¹⁴, os sistemas de informação em saúde são fragmentados e desconexos, seguindo numa lógica procedural da saúde/doença/cuidado, e, portanto promovendo a perda da identidade do sujeito pleno não se articulando com outras bases de dados importantes de escolaridade e ocupação, além de possuir problemas de qualidade. As atividades de monitoramento e avaliação das ações de saúde são fundamentais para este acompanhamento da situação local e o desempenho do SUS.

Um adequado preenchimento, registro e armazenamento de dados, com posterior análise, contribui para a formulação e implementação de políticas¹⁵, em que os profissionais têm papel preponderante na correta alimentação deste sistema, além de contribuir juntamente com os gestores e os usuários na tomada de decisão.

Ao analisarem as respostas da divisão por padrões de estágios de qualidade (A, B, C, D e E) da AMQ, percebe-se que os municípios da pesquisa de uma forma geral não atingiram as metas propostas. Ao serem analisados a partir das Geres, os Padrões A e B, os quais representam uma “boa” e “avançada” qualidade na avaliação, apresentaram percentuais aquém do proposto, sendo os valores mais baixos alcançados na III Geres, utilizando-se a significância estatística em nível de 5%, com o teste Anova. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados também com os gestores em saúde bucal^{16,17}.

Esta pesquisa indicou que os municípios carecem de uma melhor qualidade na estrutura, nos processos e, principalmente nos resultados, além de ações com maior complexidade no cuidado e com resultados sustentáveis, a fim de alcançarem padrões de qualidade avançada e boa.

Em se tratando das dimensões de análise da

AMQ, houve resultados semelhantes quando da associação destas com os municípios distribuídos por Geres e pela cobertura de ESB, em que o “Acompanhamento das Equipes” e a “Normatização” obtiveram resultados baixos e estatisticamente significantes. Estes dados podem indicar uma carência de conhecimento em saúde pública ou coletiva e de gestão, não obtido em cursos de pós-graduação, pois o que se observa é que nos cursos relativos a estas áreas, estas dimensões são amplamente discutidas e indicadas para aplicação nos serviços de saúde do SUS.

Os gestores assumem cada vez mais um caráter relevante no sistema, considerando-se seu papel articulador entre o relacionamento dos profissionais nas equipes e a comunidade. Percebe-se que um profissional que dispensa seu tempo numa maior escuta aos usuários, explicando-lhe os serviços a serem executados, reflete na satisfação deste ao atendimento que lhe é prestado. Porém, assim como outros estudos, foi observado que o perfil destes coordenadores carece de uma relação que se propõe a prestar cuidados contínuos e humanizados à comunidade¹⁶.

Assim, de acordo com a análise da pesquisa de André e Ciampone¹⁸, para haver ascensão de profissionais à posição de gestor dos serviços de saúde, um sistema de avaliação de competências e certificação de formação profissional meritória deveria ser instituído, em que cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos. Este pressuposto se dá pelo fato da falta de preparo do gestor influenciar diretamente no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, podendo levar à ineeficácia e ineficiência dos processos.

Diante da metodologia de avaliação da AMQ, os nossos estudos assim como de outros autores, também relataram a carência na literatura da utilização desta abordagem, como estratégia eficaz na avaliação e melhoria da qualidade da ESF. Concordamos com estes quando afirmam que a avaliação não é bem vista por aqueles que se submetem à mesma¹⁷.

O número de padrões de qualidade foi considerado excessivo pelos participantes da pesquisa, além de apresentarem certo desânimo quanto à marcação de respostas negativas aos padrões, gerando sentimento de impotência pelos profissionais ou mascarando processos de trabalho que não atendam às especificações ali contidas. Outros autores também relataram observar dificuldades em manusear as informações contidas nos cadernos de autoavaliação, dificultando as ações de melhoria da qualidade na identificação dos problemas¹⁹.

Ressalta-se a importância da análise do contexto político-institucional na explicação dos critérios aplicados e observados neste estudo. Além de considerar a instabilidade na administração das secretarias municipais de saúde, neste caso, na coordenação de saúde bucal, assim como o crescimento acelerado de equipes da Saúde da Família e das ESB em pequeno espaço de tempo, também se considera a recente implantação da proposta de autoavaliação AMQ²⁰.

CONCLUSÃO

Com a utilização do instrumento de avaliação da AMQ, este estudo encontrou ações realizadas pelos coordenadores dos serviços de saúde bucal, atuantes na Estratégia de Saúde da Família, que necessitam ser constantemente avaliadas, principalmente no que se refere à qualidade dos serviços ofertados à população, considerando-se que estes gestores são condutores do processo de melhoria destas atividades. Observou-se, ainda, a existência de diferentes resultados relativos à cobertura populacional de ESB intermunicipais e entre as regionais do Estado de Pernambuco.

Em adição, a análise destas questões confirmou a importância de se investir continuadamente no fortalecimento da Atenção Básica. Considerou-se a necessidade da realização de capacitações e de atividades de educação permanente, a partir da gestão das equipes, visto a compreensão de exercerem uma interação multiprofissional, que permite atuarem juntos e de maneira eficaz.

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial de Saúde. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004. 18p.
- Baldani MH, Almeida ES, Antunes JS. Eqüidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 446-54.
- Ministério da Saúde (Brasil), Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004; 1-16.
- Rodrigues MP. O Perfil dos Profissionais de Saúde Bucal dos Serviços de Saúde Pública do Rio Grande do Norte [Internet site]. 2007. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil03.pdf. Acesso em 16 dez 2010.
- Souza ECFS, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad de Saúde Pública* 2008; 24(Sup.1): S100-S110.
- Silva JM, Caldeira AP. Modelo Assistencial e Indicadores de Qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad de Saúde Pública* 2010; 26(6):1187-93.
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Atenção Básica, Histórico de Cobertura de Saúde da Família em 2010.
- Ministério da Saúde (Brasil), Avaliação para a Melhoria da Qualidade: qualificação para a ESF. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Ministério da Saúde (Brasil), Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad de*

Saúde Pública 2008; 24 (Sup 1):S193-S201

12. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):141-7
13. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010; 9(2):119-23.
14. Moraes IHS, Gomez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(3):553-65.
15. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv de Saúde* 2003; 12(1):41-51.
16. Silva PRA. Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes. [Dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. [Acesso em 2010 set 15]. Disponível em:
<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008silva-pra.pdf>
17. Sarti TD. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família (AMQ). [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2004. [Acesso em 2010 set 10]. Disponível em:
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/Conteudo/.../m.do?select_action=&co_obra=165386
18. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enf, USP.* 2007; 41(Esp):835-40.
19. Venâncio SI, Silva AL, Martins MCFN, Martins PN, Figueiredo R, Rosa TEC, et al. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família – AMQ: estudo da implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
20. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2010; 26(6):1187-1193.

Recebido/Received: 01/10/2011

Revisado/Reviewed: 17/09/2012

Aprovado/Approved: 28/10/2012

Correspondência:

Ana Cláudia Rodrigues de Oliveira Paegle
Avenida Conselheiro Rosa e Silva, 1519 sl.15, Jaqueira
Recife – Pernambuco - Brasil
CEP: 52050-020
Tel. (81) 32427276
Email: apaegle27@hotmail.com