

Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes

Indicators for teenager's oral health's surveillance

Flávia Christiane de Azevedo Machado ¹

Georgia Costa de Araújo Souza ²

Luiz Roberto Augusto Noro ³

Abstract *The existence of a few indicators that could guide the evaluation of oral health surveillance in the primary health care attention, mainly in adolescence life cycle, raised the realization of this study. To develop indicators to this end, it was conducted: document analysis to guide the development of a logic model and selection of data to compose indicators. This selection and validation of the logic model were performed by a group of four experts that, from the perspective of the modified Delphi method, analyzed if the model illustrated the activities, results and expected impact of a primary oral health service to enable the adolescents oral health surveillance and assigned points (0-10) to each data proposed. Then, those data judged important by the consensus of experts (média ≥ 7; standard deviation < 3) were used to construct indicators. After individual analysis and group discussions, the logical model and 36 of the 48 data, initially proposed, were consensually important, resulting in 26 indicators. The indicators matrix intends to be a situational diagnostic tool to assess, plan and manage health actions to adolescents, but it can be used in other life cycles by its adaptation.*

Key words *Oral health, Information systems, Adolescents, Public health surveillance*

Resumo *A existência de poucos indicadores que pudessem orientar a avaliação das ações de vigilância à saúde bucal da atenção básica em nível local, sobretudo no ciclo da adolescência, suscitou a realização deste estudo. Para desenvolver indicadores com este fim, procedeu-se: análise documental para guiar a elaboração de um modelo lógico e seleção de dados para compor indicadores. Esta seleção e validação do modelo realizaram-se por um grupo de quatro experts que, sob a ótica do método Delfos modificado, analisaram se o modelo ilustrava as atividades, os resultados e os impactos esperados de um serviço primário de saúde bucal para efetivar a vigilância da saúde do adolescente e atribuíram pontos (0-10) a cada dado proposto de modo que os consensualmente importantes (média ≥ 7; desvio-padrão < 3) orientassem a construção de indicadores. Após análise individual e discussões em grupo, o modelo lógico e 36 dos 48 dados inicialmente propostos foram consensualmente importantes, resultando em 26 indicadores. A matriz de indicadores pretende constituir-se em ferramenta de diagnóstico situacional para avaliar, planejar e gerenciar ações em saúde voltadas aos adolescentes, mas que com adaptação poderá englobar outros ciclos de vida.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Sistemas de informação, Adolescentes, Vigilância da Saúde*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho 3000, Lagoa Nova. 59078-970 Natal RN Brasil. flavitamachado@yahoo.com.br

² Departamento de Odontologia, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó RN Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRN. Natal RN Brasil.

Introdução

A finalidade dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é analisar a situação de saúde no território em questão para subsidiar melhores decisões para políticas, planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas; quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada serviço; bem como servir para análise e avaliação epidemiológicas¹⁻³.

No entanto, há pontos críticos relativos a alguns SIS no Brasil que precisam ser superados para que esses atinjam sua finalidade. Um desses nós é a limitação de oferecer informações necessárias aos gestores para orientar ações prioritárias devido à visão biologicista e fragmentada sobre o processo saúde/doença, ainda hegemônico dentro dos SIS. Isto é refletido na predominância de indicadores de doença¹⁻⁵.

Desta forma, a superação das limitações da informação deve perpassar pela ressignificação da Saúde onde estejam presentes outras dimensões que englobem indicadores que sinalizem a real situação do território estudado quanto ao processo saúde-doença. Neste sentido, os indicadores relacionados às questões que permeiam a Política Nacional de Humanização (PNH) permitem não somente dimensionar mudanças nos quadros de saúde-doença, mas também incluir questões envolvidas no processo de trabalho em saúde⁶.

A PNH propõe desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção ao implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no Sistema único de Saúde (SUS) e experiências coletivas bem-sucedidas. Como consequência, a capacidade de intervenção do Sistema de Saúde sobre a realidade sanitária será ampliada e melhorada, fornecendo mais subsídios para a efetivação do direito à saúde⁷.

No tocante à saúde bucal, independente do nível de atenção, a análise e o uso da informação ainda são precários. Historicamente, as informações sobre saúde bucal contidas nos sistemas de informação se consolidaram basicamente em função daquelas sobre produção ambulatorial e de poucos indicadores propostos pelo pacto de atenção básica⁸. Neste sentido, o índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), indicador síntese construído para viabilizar uma aferição contextualizada do desempenho do SUS apresenta apenas três indicadores relativos à saúde bucal e todos se referem à atenção primária: Cobertura populacional estimada pelas equipes

básicas de saúde bucal; Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos⁹. Tal situação dificulta a implementação de um modelo de atenção pautado na vigilância da saúde como preconiza o SUS e ainda, de uma avaliação, não apenas normativa, da efetividade das ações de saúde bucal em nível local. Pois, apesar de avanços, com a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e do estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)¹⁰, os resultados ainda são pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde e não promovem, de fato, alterações significativas no modelo assistencial em saúde bucal^{11,12}.

A existência de poucos indicadores que pudessem orientar o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal a nível local e, potencialmente, propiciar a efetivação do modelo de atenção pautado na sua vigilância suscitou a realização deste estudo. Optou-se por priorizar adolescentes de 15 a 19 anos, por ser comum este grupo não procurar a unidade de saúde e tender a subestimar seus comportamentos de risco, pois geralmente se sentem invulneráveis ou minimamente susceptíveis a eles. Entretanto, quando bem orientados são capazes de perpetuar comportamentos saudáveis ao longo da vida¹³.

Além disso, apesar de uma redução na prevalência de cárie entre os adolescentes, os resultados do último levantamento nacional de saúde bucal – SB Brasil 2010 – indicaram que 18% daqueles de 12 anos nunca foram ao dentista, índice de cárie não tratada dos indivíduos de 15 a 19 anos de 44,5% e que 39% destes relataram alguma dificuldade em realizar atividades relacionadas à boca¹⁴.

Em função do exposto o objetivo do presente estudo foi construir uma matriz de indicadores para subsidiar a construção de um Sistema de Informação em Saúde Bucal do adolescente (SISBA).

Método

Trata-se de um estudo de desenvolvimento que objetiva a sistematização do conhecimento existente e o desenvolvimento de uma intervenção ou de um instrumento de medição¹⁵. No caso, o instrumento de medição é uma matriz de indicadores que possa viabilizar uma avaliação de serviços de saúde bucal a nível local. Portanto, a avaliação de serviços de saúde é a finalidade deste estudo.

A sistematização do conhecimento se deu inicialmente pela formulação de um modelo lógico sobre os serviços referentes à saúde bucal de adolescentes (15-19 anos) da Atenção Básica na perspectiva da Vigilância da Saúde. O modelo lógico define como o serviço deve se comportar para alcançar os resultados esperados em determinado contexto político e organizacional¹⁶. Assim, o modelo desta pesquisa visa ilustrar os recursos, as atividades e os resultados necessários a Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica que têm como missão *promover saúde, prevenir doenças e agravos e reduzir a morbidade*. Para orientar a construção deste modelo, realizou-se revisão bibliográfica e documental da Política Nacional de Humanização⁷, dos Cadernos da Atenção Básica nº 17⁸, da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁰, da Portaria 267/2001¹⁷ e artigos relacionados à temática investigada.

A partir do modelo lógico identificaram-se critérios e dados que poderiam ser utilizados para construir indicadores para integrar o SISBA. Esses critérios e dados foram distribuídos nos componentes e subcomponentes (distais e proximais) de uma Matriz de Avaliação. Esta matriz construída pelos pesquisadores foi submetida a processo de validação de conteúdo por quatro *experts*. O grupo dos *experts* era constituído por docentes de Curso de graduação em Odontologia e de Pós-graduação em Saúde Coletiva de universidade pública federal com vivência em serviços públicos de saúde e publicações na área de avaliação de serviços de saúde bucal. As experiências relacionam-se à coordenação de levantamentos epidemiológicos de abrangência estadual e nacional; inserção na coordenação de saúde bucal de secretaria estadual de saúde e desenvolvimento de ações de pesquisa e extensão na atenção primária e secundária de saúde bucal em âmbito municipal. Assim, o princípio para seleção dos *experts* foi o conhecimento empírico concreto acerca de avaliação em serviços de saúde bucal, a experiência acadêmica e a vivência nos serviços na gestão ou assistência.

O grupo de especialistas foi convidado pessoalmente para participar e recebeu por e-mail as informações sobre o protocolo do estudo para a construção da matriz de avaliação do SISBA. Tal matriz deveria ser analisada com base na seguinte pergunta norteadora: *Para avaliar a atenção à saúde bucal de adolescentes na Atenção Primária à Saúde, quais critérios/dados devem ser utilizados para compor um sistema de informação em saúde?*

A matriz de avaliação foi composta a partir de componentes e subcomponentes (palavras-

chave que agregam um conjunto de atividades do modelo lógico) e critérios (atributo da estrutura, do processo ou do resultado utilizado para mensurar os componentes)¹⁸, além dos dados necessários para definição dos critérios. A cada um dos critérios foi solicitado aos *experts* a proposição de uma nota variando de zero (máxima discordância quanto à inclusão do critério/dado na matriz) a dez (máxima concordância quanto a sua inclusão).

Para validação da matriz de avaliação, optou-se pelo método “Delfos modificado”, o qual consiste na inclusão de pelo menos uma rodada de discussão presencial entre especialistas¹, por meio da associação com a técnica de conferência de consenso¹⁶. Realizou-se no estudo uma primeira rodada com a aplicação da técnica Delfos tradicional, na qual os *experts* avaliaram individualmente a proposta de matriz do SISBA, atribuindo a cada item desta nota de zero (0) a 10 (dez). Além disso, era possível incluir novos critérios e suas respectivas notas¹⁹.

Após a avaliação, os *experts* enviaram a matriz e suas observações por e-mail aos pesquisadores para que estes procedessem o cálculo da média (importância atribuída a cada critério/dado) e desvio-padrão (DP) (o grau de consenso dos *experts* quanto à pertinência dos critérios/dados).

Num segundo momento, foi realizado o grupo nominal, conforme preconizado no método Delfos modificado. Assim, houve debate acerca da pertinência do modelo lógico e, em seguida, dos critérios e dados da matriz expondo visualmente aos *experts* as médias e desvio-padrão calculados. Também seriam discutidos os “novos” critérios, contudo não houve proposição pelos *experts*.

Após o debate, esta matriz foi encaminhada por e-mail para uma reavaliação individual mediante confirmação/atribuição de notas. Em seguida, os *experts* retornaram esta reavaliação para o cálculo das médias e os DP da pontuação atribuída. Os critérios/dados com média ≥ 7 (critério/dado importante) e DP < 3 (consenso dos *experts*) foram mantidos na matriz, sendo os demais removidos¹⁶.

Os quatro *experts* convidados para o estudo participaram de todas as fases da pesquisa e tiveram um prazo de duas semanas para avaliação da matriz pré e pós-grupo nominal.

Após essa fase de validação dos critérios e dados, o grupo de pesquisadores se reuniu para discutir e construir indicadores para avaliar e monitorar questões relacionadas ao modelo assistencial de saúde bucal na perspectiva da Polí-

tica Nacional de Saúde Bucal e na Política Nacional de Humanização. Os indicadores definidos primaram pela simplicidade de entendimento, validade, disponibilidade¹⁸. Desta forma, o grupo tomou tais características para seleção/criação de indicadores.

Resultados

Os componentes do modelo lógico foram construídos a partir dos pilares da Atenção Básica, quais sejam: *Coordenação do cuidado e longitudinalidade, Acessibilidade e Integralidade da Atenção*^{8,20}. Quanto aos subcomponentes, destaca-se *Gestão estratégica*, que usualmente não é discutida na perspectiva da integralidade da atenção. Contudo, cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem uma só realidade, já que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação²¹.

A representação do contexto por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) tal qual os componentes e subcomponentes do modelo foram avaliados como adequados pelos *experts*. A PNH, enquanto política transversa a todas as políticas e programas do SUS, teria seus princípios e preceitos (acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos Direitos dos Usuários) como norteadores de todas as políticas de saúde, incluindo o Brasil Sorridente^{7,8}.

A cada um dos componentes do modelo lógico foram evidenciadas atividades congruentes à efetivação dos mesmos no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, com vistas à obtenção dos resultados que venham impactar na Redução da Morbidade Bucal, Melhoria da qualidade de vida e Empoderamento (Figura 1). O modelo lógico apresentado aos *experts* teve sua consistência validada, uma vez que identificaram plausibilidade entre seus elementos constituintes. Assim, foi possível construir um modelo lógico coerente ao da vigilância da saúde, o qual compreende a saúde como um produto social, derivado das relações presentes em um dado cenário político, econômico, ideológico e cultural²².

Partindo-se para os resultados relativos ao julgamento da matriz, estes são apresentados segundo os dois momentos de avaliação realizados pelos *experts*. No primeiro momento de avalia-

ção foram propostos 48 itens que responderiam aos subcomponentes proximais do modelo lógico. Deste total de itens, 36 foram considerados consensualmente importantes na avaliação dos *experts* (média ≥ 7 e d.p < 3) conforme Tabela 1.

Nesta primeira avaliação, houve dados cujos *experts* julgaram medir questões já mensuradas por outro elemento da matriz, por isso, apesar de válidos, receberam baixa pontuação (*adolescentes residentes na área adstrita, referências ao atendimento de pacientes com necessidades especiais*). Outros foram considerados válidos, mas de difícil mensuração (*1ª consulta odontológica, consultas para concluir tratamento, adolescentes que se declaram usuários de drogas*). Contudo, houve dados que, segundo os avaliadores, não mediam o que se propunham, classificados como não válidos (*profissionais com mais de um ano na unidade, alimentação dos SIS, suspensão do repasse de verba*). Dados inseridos no subcomponente saneamento e meio ambiente que poderiam ser captados em outros sistemas e excediam a governabilidade da UBS também receberam baixa pontuação (*coleta de lixo, cobertura da rede de esgoto no município, presença de água fluoretada e concentração de flúor na água*).

Por sua vez, na segunda rodada de avaliação, 23 dados foram considerados consensualmente importantes. Especificamente, houve a reafirmação da exclusão dos dados *1ª consulta odontológica e consultas para conclusão do tratamento*, bem como a integral dos conteúdos nos critérios *Coleta de lixo, rede esgoto, abastecimento de água; Alimentação mensal de SIS; Suspensão de verba e Estabelecimento de vínculo* pelos motivos já expostos. Ainda, houve consenso sobre a exclusão de outros critérios na íntegra: 1- *Articulação entre níveis de atenção*; 2- *Encaminhamento e atendimento no CEO*; 3- *Especificação de demandas encaminhadas ao CEO*; 4- *Captação de demandas*; 5- *Capacitações e treinamentos*; 6- *Precarização das relações de trabalho*.

Quanto aos três primeiros critérios, foi avaliado, respectivamente, que o *nº de referências ao CEO* já estaria contemplado em *Articulação entre os serviços*; que o relevante para aferir a instituição da referência e contrarreferência seria o *nº das referências em si e não o intervalo de tempo em que essas ocorriam*; que os dados relativos às especialidades odontológicas de CEO, apesar de importantes, fossem removidos por também estarem contemplados no critério *Articulações entre os serviços* e que o dado referente aos tratamentos nos CAPS fosse removido, pois apesar de especificar uma possível demanda, não identifi-

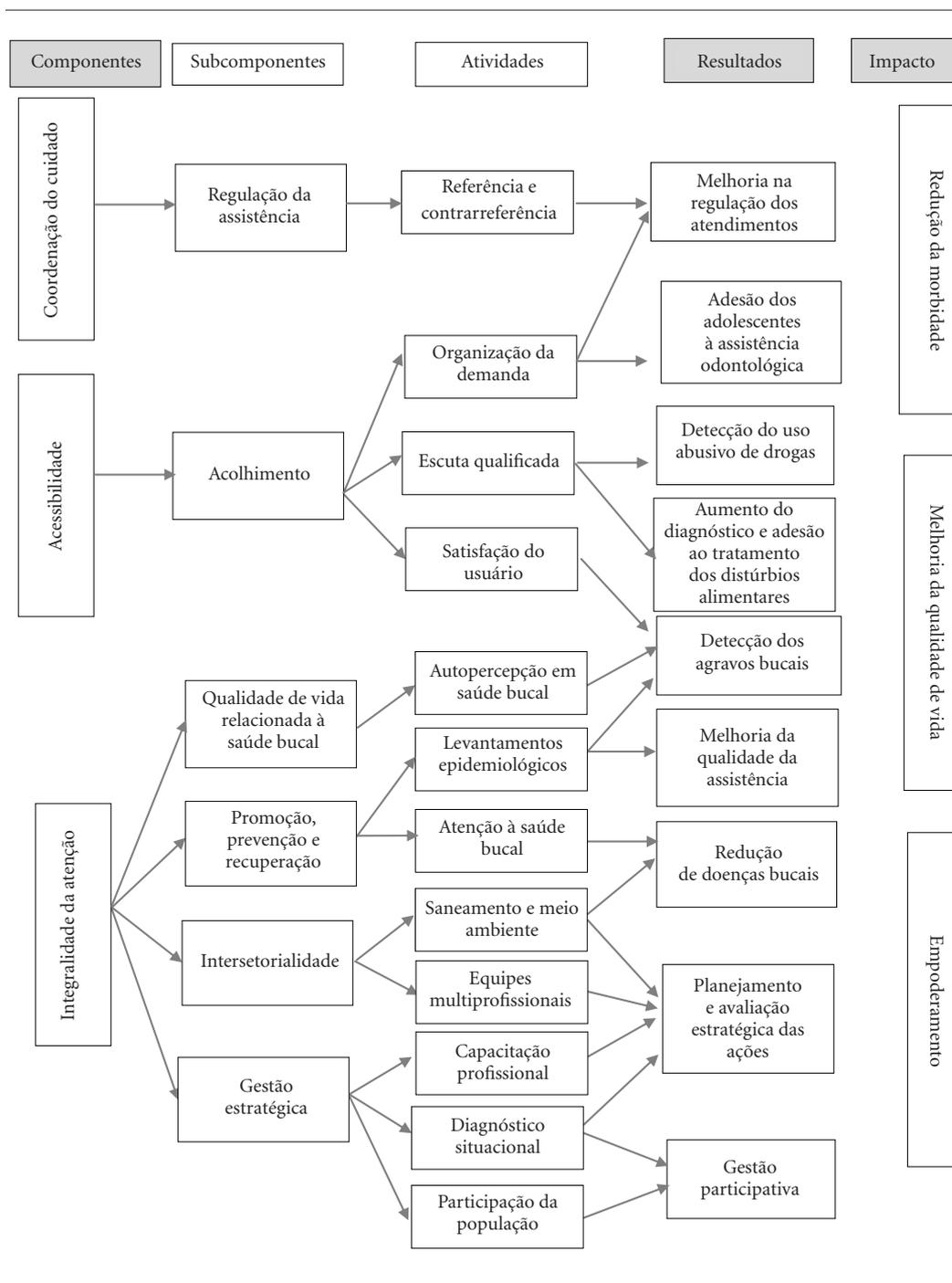


Figura 1. Modelo lógico da atenção à saúde bucal do adolescente na Estratégia Saúde da Família.

cariam necessariamente atividades ou resultados relacionados às equipes de saúde bucal.

Com relação à *Captação das demandas*, foi discutido que haveria um baixo poder discriminatório em situações de baixa frequência do

evento (autodeclaração de usar drogas) e que *nº de diagnósticos de distúrbios alimentares realizados pelo nutricionista e/ou médico decorrentes do encaminhamento pelo CD* estariam incluídos no critério *Articulações entre os serviços*.

Tabela 1. Critérios e dados organizados segundo os Componentes e subcomponentes julgados consensualmente importantes para subsidiar a construção de indicadores para compor o SISBA.

Subcomponente proximal	Critério	Dado	Delfos (Pré-conferência)		Pós-conferência		
			Média	d.p	Média	d.p	
COMPONENTE: COORDENAÇÃO DO CUIDADO							
SUBCOMPONENTE: REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA							
Referência e contrarreferência	Articulação entre os serviços	Encaminhamentos para outros profissionais	10	0	9	1.41	
	Articulação entre níveis de atenção	Referências ao CEO	9.33	1.15	6.5	4.50	
	Encaminhamento e atendimento no CEO	Tempo para ser atendido	10	0	7.5	5	
	Especificação de demandas encaminhadas ao CEO	Referências ao ortodontista	Referências ao ortodontista	9	1.41	2.25	4.5
		Referências ao periodontista	Referências ao periodontista	9	1.41	2.25	4.5
		Referências ao CBMF	Referências ao CBMF	9	1.41	2.25	4.5
		Referências ao endodontista	Referências ao endodontista	9	1.41	2.25	4.5
		Referências ao protesista	Referências ao protesista	9	1.41	2.25	4.5
		Referências ao atendimento PNE*	Referências ao atendimento PNE*	7.5	3.54	2.25	4.5
Adolescentes em tratamento no CAPS	Adolescentes em tratamento no CAPS	10	0	2.25	4.5		
COMPONENTE: ACESSIBILIDADE							
SUBCOMPONENTE: ACOLHIMENTO							
Organização da demanda	Características dos atendimentos	Adolescentes residentes na área adstrita	7.5	5	9.5	1	
		Adolescentes atendidos na UBS	10	0	10	0	
		1ª consulta odontológica	7.25	4.85	6.5	4.43	
		Tratamentos concluídos (TC)	9.75	0.5	9.75	0.5	
		Consultas para conclusão do tratamento	7	4.76	6.75	4.57	
	Déficit de atendimento	Total de pacientes em lista de espera	9.5	1	9	1.15	
Visitas domiciliares	Visitas domiciliares aos adolescentes	10	0	9.5	1		
Precarização do vínculo	Adolescentes que abandonaram tratamento	7.5	2.89	7.5	2.38		
Escuta qualificada	Captação das demandas	Diagnósticos de distúrbios alimentares	8.25	2.36	5.25	3.86	
		Usuários de drogas lícitas e ilícitas	5	4.08	3.5	4.36	
Satisfação usuário	Satisfação captada pelo ACS	Usuários satisfeitos com o serviço prestado	10	0	10	0	
COMPONENTE: INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO							
SUBCOMPONENTE: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL							
Autopercepção em saúde bucal	Dificuldade realizar atividades diárias	OIDP**	8.25	2.36	9.5	1	

continua

Os dois últimos critérios foram excluídos por serem julgados como não válidos. Isto porque foi discutido que o vínculo efetivo do traba-

lhador não necessariamente estaria relacionado ao maior comprometimento com o trabalho e, portanto, não seria um fator de motivação pro-

Tabela 1. continuação

Subcomponente proximal	Critério	Dado	Delfos (Pré-conferência)		Pós-conferência	
			Média	d.p	Média	d.p
COMPONENTE: INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO						
SUBCOMPONENTE: PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO						
Epidemiologia	Levantamentos epidemiológicos	Levantamentos de necessidades bucais	10	0	10	0
Atenção à saúde bucal	Escovação supervisionada	Ação coletiva de escovação supervisionada	10	0	9.75	0.5
		Ações assistenciais realizadas em equipamentos sociais	10	0	9.75	0.5
	Ações realizadas pela ESB	Ações coletivas realizadas pela ESB	10	0	10	0
	Adequação do meio bucal	Procedimentos não invasivos***	10	0	10	0
	Ações de prevenção do câncer bucal	Biópsias	9.67	0.58	10	0
	Ações curativas	Restaurações	9.75	0.5	10	0
		Exodontias	9.67	0.58	10	0
		Raspagens	9.67	0.58	10	0
Ações não eletivas	Traumatismo dentário	9.67	0.58	10	0	
	Urgências	9.67	0.58	10	0	
COMPONENTE: INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO						
SUBCOMPONENTE: INTERSETORIALIDADE						
Saneamento e meio ambiente	Coleta de lixo, rede de esgoto, abastecimento de água	Coleta de lixo	7.5	5	4	4.90
		Cobertura da rede de esgoto no município	7.5	5	4	4.90
		Presença de água fluoretada	7.5	5	5	5.77
		Concentração de flúor na água	7	4.76	5	5.77
Equipes multiprofissionais	Ações realizadas por equipe multiprofissional	Ações coletivas realizadas com equipe multiprofissional	10	0	10	0

continua

fissional. Quanto às capacitações e treinamentos, esses não estariam congruentes com um sistema de informação na perspectiva da vigilância. Isto, possivelmente, relaciona-se a visão prevalente de que os sistemas de informação são característicos da vigilância epidemiológica e não daquela em saúde (vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador em conjunto), tampouco da relativa ao processo saúde-doença em si (vigilância da saúde). Esta última relacionada ao serviço de saúde disponibilizado que atuaria como um determinante social.

Depois de consolidados e validados os critérios foram definidos 26 indicadores apresentados no Quadro 1.

Discussão

O SISBA pretende constituir-se em uma ferramenta de diagnóstico situacional para o planejamento e a programação de ações em saúde voltadas para adolescentes, mas que com adequada adaptação poderá subsidiar a construção de sistemas voltados a outros ciclos de vida. Contudo, sua principal finalidade é propiciar uma avaliação acerca da efetivação do modelo de vigilância da Saúde no âmbito das unidades locais de saúde e, portanto, da vivência dos princípios e valores da PNH nos processos do cuidado à saúde e na sua gerência. A vigilância da saúde constitui-se em um modelo de análise de situações de risco

Tabela 1. continuação

Subcomponente proximal	Critério	Dado	Delfos (Pré-conferência)		Pós-conferência	
			Média	d.p	Média	d.p
COMPONENTE: INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO						
SUBCOMPONENTE: GESTÃO ESTRATÉGICA						
Capacitação profissional	Capacitações e treinamentos	Treinamentos semestrais para a ESB	8	2.16	3.25	3.95
		Capacitações semestrais para a ESB	8.25	2.362	5	3.56
		Treinamentos semestrais para outros profissionais da ESF	8	2.16	3.25	3.94
		Profissionais que fizeram especialização após entrada no serviço	9.5	1	6	4.55
Diagnóstico situacional	Alimentação mensal de sistema de informação (SIAB)	Alimentação do sistema de informação	7.5	5	5	5.77
		Suspensão do repasse de verba	6.25	4.79	4.5	5.26
		Estabelecimento de vínculo	6	2	4	2.70
		Precarização das relações de trabalho	8.25	2.36	5	3.74
Participação da população	Planejamento	Reuniões de planejamento multiprofissional	10	0	9.75	0.5
		Reuniões com usuários	8.75	2.5	7.5	2.89

* Pacientes com Necessidades Especiais. ** Verificação de dificuldade em realizar atividades para: comer, falar, sorrir, estudar, dormir, manter o humor, se relacionar socialmente, realizar higiene da boca por algum problema na boca, dente ou prótese e motivo atribuído a esta dificuldade. Estas informações devem ser coletadas antes e ao final do tratamento. *** Procedimentos não invasivos: Aplicação de cariostático por dente, Aplicação Tópica de Flúor individual, Evidenciação de placa bacteriana, Selamento provisório de cavidade dentária.

que utiliza o território como espaço de referência, destacando a importância de se considerar a heterogeneidade da população quanto às suas necessidades e acesso aos serviços de saúde²³.

A definição da adolescência como ciclo prioritário do SISBA relaciona-se ao contexto mundial de transição demográfica e epidemiológica caracterizado pela diminuição das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida e maior incidência de doenças crônicas frente às infecciosas e surgimento dos agravos à saúde como responsáveis por significativas morbidades à população²⁴. Neste sentido, pode-se inferir um aumento de custos assistenciais dos serviços públicos de saúde, caso não haja uma longevidade associada à qualidade de vida²⁵. É preciso promover e desenvolver políticas de promoção à saúde voltadas tanto à população que envelhece como à que, possivelmente, envelhecerá. Neste sentido, o ciclo da adolescência seria adequado às práti-

cas de promoção de hábitos saudáveis em prol de um envelhecimento ativo, posto que o desenvolvimento cognitivo e motor característico desta fase propicia susceptibilidade a mudanças socio-comportamentais e sua conservação ao longo da vida^{13,26}. Assim, programar ações para a resolução das necessidades acumuladas nos adolescentes se configura em uma questão de saúde pública.

Em relação à saúde bucal, observa-se a necessidade de viabilizar estratégias para combater o acesso deficiente dos adolescentes aos serviços odontológicos, sobretudo na idade de 15 a 19 anos, caracterizada como segunda fase da adolescência. Segundo dados do SB Brasil 2010, 65,1% dos adolescentes entre 15 e 19 anos autorreferiram necessidade de tratamento dentário, 24,7% relataram dor de dente nos 6 meses anteriores à pesquisa e 13,6% desses adolescentes nunca consultaram o dentista. Foi também observado que aos 12 anos, 43,5% das pessoas estão livres de cá-

Quadro 1. Indicadores, objetivos, fontes e métodos de cálculo definidos consensualmente para compor o SISBA, organizados segundo os subcomponentes proximais e critérios do modelo lógico.

Critério	Indicador	Objetivo	Fonte	Método de cálculo
Subcomponente proximal: Referência e contrarreferência				
Articulação entre os serviços	Proporção de adolescentes encaminhados pelo dentista para outros profissionais da AB	Quantificar as referências para outros profissionais da AB na perspectiva do trabalho em equipe e da intersectorialidade	SIA SIAB	Nº de encaminhamentos de adolescentes realizados pelo dentista para outros profissionais da Atenção Básica dividido pelo nº total de atendimentos da Atenção Básica x 100 (semestral)
Subcomponente proximal: Organização da demanda				
Característica dos atendimentos	Proporção de adolescentes residentes na área adstrita atendidos pela ESB.	Quantificar a demanda de acesso dentro do grupo de adolescentes	SIAB IBGE	Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes dividido pelo total de adolescentes x 100 (semestral)
	Proporção de adolescentes atendidos pela ESB.	Quantificar a frequência de acesso de adolescentes dentro da população geral.	SIAB	Nº total de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes dividido pelo nº total de primeiras consultas odontológicas programática na população geral x 100 (semestral)
	Proporção de atendimento odontológicos concluídos em adolescentes.	Avaliar a resolutividade do acesso dentro do grupo de adolescentes	PMAQ (modificado)	Nº de tratamentos concluídos em adolescentes dividido pelo nº de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes x 100 (semestral)
Déficit de atendimentos	Proporção de adolescentes atendidos pelas ESB no universo das demandas.	Verificar o déficit de atendimento	SIAB Dados primários	Nº total de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes dividido pelo nº de pacientes em lista de espera x 100 (semestral)
Visitas domiciliares	Proporção de visitas domiciliares da ESB voltadas ao adolescente.	Identificar novas formas de cuidar, rompendo com a passividade das unidades tradicionais de atenção básica e estabelecendo vínculos e aproximações com o adolescente e suas famílias, interagindo com os espaços-domicílio	Fonte primária (Adaptada de SIAB)	Nº de visitas domiciliares da ESB ao adolescente dividido pelo nº de visitas domiciliares realizadas x 100 (semestral)
Precarização do vínculo	Proporção de adolescentes que abandonaram o tratamento odontológico programático.	Identificar o abandono dos adolescentes ao tratamento odontológico	Fonte primária SIAB	Nº de adolescentes que abandonaram o tratamento dividido pelo nº de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes x 100 (semestral)
Subcomponente proximal: Satisfação dos usuários				
Satisfação captada pelo ACS	Proporção de adolescentes satisfeitos com o atendimento da ESB.	Mensurar a satisfação dos adolescentes com o atendimento pela ESB	PMAQ	Nº de usuários adolescentes satisfeitos com o serviço prestado pela ESB dividido pelo nº total de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes x 100 (semestral)

continua

Quadro 1. continuação

Critério	Indicador	Objetivo	Fonte	Método de cálculo
Subcomponente proximal: Autopercepção em saúde bucal				
Dificuldade em realizar atividades diárias relacionadas à boca	OIDP*	Verificar resolatividade da atenção; Identificar dificuldades sentidas pelo adolescente mesmo após conclusão do atendimento odontológico, na perspectiva da escuta qualificada	SIAB	Nº de adolescentes que relataram alguma dificuldade relacionada à boca dividido pelo nº de tratamentos odontológicos concluídos em adolescentes x 100 (semestral)
Subcomponente proximal: Epidemiologia				
Levantamentos de necessidades bucais	Cobertura de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal.	Articular os serviços aos equipamentos sociais com vistas à intersetorialidade	Fontes primárias SIA	Nº de adolescentes escolares participantes de levantamento epidemiológico de saúde bucal dividido pelo Nº total de adolescentes matriculados em escolas x 100 (semestral)
	Proporção de adolescentes com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos.	Articular os serviços aos equipamentos sociais com vistas à intersetorialidade	Fontes primárias SIA	Nº de adolescentes escolares com necessidades de tratamento bucal identificados nos levantamentos epidemiológicos dividido pelo nº de adolescentes investigados nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal bucais na escola x 100 (semestral)
	Proporção de adolescentes que acessaram o serviço odontológico com necessidades bucais captadas em levantamentos epidemiológicos.	Verificar a efetividade da intersetorialidade em ampliar o acesso ao serviço	PMAQ Dados primários	Nº total de primeiras consultas odontológicas programáticas em adolescentes por semestre divididos pelo nº adolescentes escolares com necessidades de saúde bucal identificadas em levantamentos x 100 (semestral)

continua

rie dentária na dentição permanente, enquanto dos 15 aos 19 anos, este percentual é de 23,9%¹⁴.

A segunda fase da adolescência acumula maiores necessidades assistenciais em relação à primeira. Isto, possivelmente, ocorre pela dificuldade de acesso geral aos serviços de assistência odontológica que culmina em uma morbidade crescente ao longo da vida do indivíduo como também ao modelo de assistência hegemônico. No Brasil, por muitas décadas, predominou no serviço público odontológico o modelo assistencial curativista e mutilador. Neste panorama, destacou-se um modelo assistencial, denominado Sistema Incremental, voltado aos escolares na faixa etária de seis a 14 anos que perdurou por mais de 40 anos. Desta forma, pode-se dizer que os outros grupos populacionais ficavam desassistidos de uma política pública odontológica, es-

tando restritos aos atendimentos emergenciais e não conservadores²⁷.

Para exercer, de fato, ações pautadas no modelo da Vigilância da Saúde são necessárias práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Além disso, é necessário instituir uma cultura valorativa da informação nas organizações para verificar a implantação e a concretização deste modelo nos processos de trabalho em saúde. Uma das formas de considerar a dinamicidade do território é utilizar a epidemiologia como ferramenta de diagnóstico situacional para o planejamento das ações em saúde²⁸.

Sob tal aspecto, a epidemiologia seria uma tecnologia, segundo a concepção de Mehry²⁹, que

Quadro 1. continuação

Critério	Indicador	Objetivo	Fonte	Método de cálculo
Subcomponente proximal: Atenção à saúde bucal				
Escovação supervisionada	Cobertura de escovação dental supervisionada em adolescentes.	Verificar cobertura da escovação supervisionada na população de adolescentes	SIAB IBGE	Nº de adolescentes participantes da ação coletiva de escovação dental supervisionada dividido pela total de adolescentes da área x 100 (semestral)
Ações assistenciais realizadas em equipamentos sociais	Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes pela equipe multiprofissional.	Verificar cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes na perspectiva do trabalho em equipe multidisciplinar	Fonte primária	Nº de ações educativas voltadas para o adolescente realizadas com a participação de equipe multiprofissional
Ações realizadas pela ESB	Cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes.	Verificar cobertura de ações educativas de saúde bucal em adolescentes	Fonte primária	Nº de adolescentes que participaram de ações educativas de saúde bucal realizadas pela ESB dividido pelo total de adolescentes da área x 100 (semestral)
Adequação do meio bucal	Média de procedimentos não invasivos realizados na escola e em outros espaços sociais em adolescentes.	Verificar a efetividade da intersectorialidade em ampliar o acesso ao serviço	Fontes primárias SIA	Nº de adolescentes que passaram por procedimentos bucais na escola e em outros espaços sociais dividido pelo nº total de adolescentes da área x 100 (semestral)
	Proporção de procedimentos não invasivos em adolescentes.	Observar a modificação de um modelo curativista para um preventivista	SIA ³⁰	Nº de procedimentos não invasivos em adolescentes dividido pelo total de procedimentos nos adolescentes x 100 (semestral).
Ações preventivas de câncer bucal	Proporção de biópsias realizadas em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de biópsias em tecidos moles da boca realizadas em adolescentes dividido nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral).
Ações curativas	Proporção de procedimentos restauradores em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de restaurações realizadas em adolescentes dividido pelo nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral).
	Proporção de exodontias realizadas em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de exodontias (dentes decíduos e permanentes) realizadas em adolescentes dividido pelo nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral).
	Proporção de raspagens realizadas em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de raspagens realizadas em adolescentes dividido pelo nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral).

continua

poderia potencializar o alcance da missão organizacional dos serviços de saúde, o cuidado à saúde. Para isto, as informações produzidas devem centrar-se no referencial das 'Ciências da Saúde',

transpondo a gênese da informação imersa no referencial das 'Ciências da Doença', de modo a contemplar a complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado³⁰.

Quadro 1. continuação

Critério	Indicador	Objetivo	Fonte	Método de cálculo
Ações não eletivas	Proporção de casos de traumatismos em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de casos de traumatismos dento-alveolar em adolescentes dividido pelo nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral)
	Proporção de consultas de urgências em adolescentes.	Captar demandas	SIA	Nº de consultas odontológicas de Urgência em adolescentes dividido pelo nº de atendimentos odontológicos realizados em adolescentes x 100 (semestral)
Subcomponente proximal: Equipes multiprofissionais				
Ações realizadas por equipe multiprofissional	Cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional	Verificar cobertura de ações realizadas por equipe multiprofissional	Fonte primária	Nº de adolescentes que participaram de ações realizadas por equipe multiprofissional dividido pelo total de adolescentes da área x 100 (semestral)
Subcomponente proximal: Participação da população				
Planejamento	Proporção de reuniões de planejamento de caráter multiprofissional	Captar demandas	Fonte primária	Nº de reuniões de planejamento de caráter multiprofissional da ESF (semestre)/ nº de reuniões realizadas (semestre).
	Proporção de reuniões com usuários para captar problemas e orientar planejamento	Captar problemas e orientar planejamento na perspectiva da cogestão e participação do usuário	SIA	Nº de reuniões realizadas pelo ACS que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos com objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária (semestre)/ nº reuniões programadas (semestre).

Fatores relacionados ao processo de trabalho na perspectiva da vigilância da saúde foram contemplados para compor o SISBA. Esses fatores relacionam-se à efetivação de uma rede de atenção à saúde, *modus operandi* da assistência (ações desenvolvidas mediante a captação das demandas pela análise dos serviços realizados e levantamentos epidemiológicos) e da gerência dos serviços.

Quanto à Gerência, o SISBA contempla o planejamento estratégico e participativo coerente com a perspectiva da cogestão. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, configurando-se em uma diretriz ética política para democratizar as relações no campo da saúde³¹. No tocante ao *modus operandis*, o SISBA contempla indicadores para verificar a modificação de um modelo de atenção curati-

vista para o preventivista, a amplitude do acesso a esta atenção, as ações desenvolvidas pelo serviço (tanto em seu espaço físico quanto nos equipamentos sociais da comunidade) para a captação de demandas e para a assistência em si.

No tocante à efetivação de uma rede de atenção, o SISBA busca avaliar pontos específicos da Rede de Atenção à Saúde bucal, notadamente, a articulação entre a APS e a Atenção Secundária representada pelos CEO. Isto porque estes são os níveis de densidade tecnológica mais demandados pelos brasileiros. Contudo, mesmo não englobando indicadores relacionados a outros pontos de atenção (terciária e quaternária), o SISBA pode suscitar avaliações de outros pontos da estrutura operacional da rede (sistemas de apoio; sistemas logísticos; sistema de governança)²⁴. Isto porque mediante a constatação de uma

articulação deficiente entre os serviços da APS e AS, será preciso buscar os porquês e, certamente, outros fatores deverão ser investigados. De fato, em uma avaliação é preciso selecionar os indicadores a serem acompanhados para que estes sinalizem as possíveis problemáticas de efetividade e eficiência do serviço em meio à inviabilidade de analisar periodicamente um número grande de indicadores.

Os indicadores do SISBA relacionam-se à Referência e à contrarreferência (01), Organização da demanda (06), Satisfação dos usuários (01), Autopercepção em saúde bucal (01), Epidemiologia (03), Atenção à saúde bucal (11), Equipes multiprofissionais (01) e Participação da população (02). Essas questões são consensualmente apontadas na literatura como pertinentes a uma avaliação de serviços em prol da qualidade, mas não são englobadas pelos SIS nacionais utilizados para avaliar os serviços de saúde bucal^{32,33}. Não obstante, de um total de 26 indicadores selecionados para compor o SISBA, 11 têm sua construção baseada em dados primários que necessitam ser captados pelo serviço.

Todavia, muitos indicadores do SISBA constroem-se em base em dados registrados rotineiramente pelas Equipes de Saúde Bucal nos sistemas de informação do SUS. Porém, esses dados não são utilizados como subsídio para construir indicadores orientadores do processo de trabalho e, por conseguinte, como ferramentas de gerência e gestão. Neste sentido, Bueno et al.³², ao propor indicadores para subsidiar uma avaliação dos serviços de saúde bucal de Cambé (Paraná), dos 13 indicadores validados, oito tinham como fontes de informação SIS nacionais. Ressalte-se que tal estudo visava elaborar e validar indicadores para avaliar um serviço de saúde bucal municipal específico e não compor indicadores para a atenção básica de forma genérica. Tal aspecto é relevante, pois denota a diferença na composição dos grupos selecionados para validar os indicadores.

No caso do SISBA, a composição não englobou profissionais em atuação na assistência, já que não haveria o momento para a definição de parâmetros e metas em que a participação dos diretamente envolvidos no serviço é essencial. Já Bueno et al.³² incluíram nas oficinas realizadas para a validação do modelo lógico e matriz de indicadores, profissionais do município de Cambé em atuação na assistência e coordenação. Em igual sentido, Colussi e Calvo³⁰, ao desenvolver um modelo para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar a sua aplicabilidade em municípios catarinenses de diferentes por-

tes, também envolveu profissionais com inserção no serviço (08 cirurgiões-dentistas com atuação na gestão estadual, no ensino ou na pesquisa em Santa Catarina há mais de quatro anos, com experiência em avaliação em saúde).

Quanto à matriz do SISBA, acredita-se em sua validade em aferir a atenção à saúde bucal de adolescentes na Atenção Primária à Saúde, uma vez os indicadores apresentaram valores significativos quanto à importância (média) e concordância (desvio-padrão) dos avaliadores. Dos 48 dados postos a julgamento dos *experts*, 12 apresentaram após a segunda rodada de avaliação, média 10 (máxima importância) e desvio-padrão zero (total consenso). As menores médias e desvio-padrão foram relativas aos dados: adolescentes que abandonaram tratamento (média: 7,5; desvio-padrão: 2,38) e reuniões com usuários (média: 7,5; desvio-padrão: 2,89). Inclusive, as pontuações foram mais baixas em decorrência da dificuldade de avaliar o abandono do tratamento e da baixa frequência de realização de reuniões com participação do usuário. Assim, os dados foram considerados importantes, mas difíceis de mensurar. Portanto, a matriz do SISBA apresenta potencial para subsidiar uma avaliação em meio à confiabilidade dos dados advinda da pertinência de composição do grupo de especialistas e do grau de concordância dos mesmos obtida no estudo.

Ainda em relação ao argumento da utilização pouco frequente da informação, Martino³⁴ evidencia que os municípios em sua maioria não utilizam indicadores, além daqueles pactuados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, o que expressa uma prática do uso de informações para o planejamento, o controle e a avaliação das ações de saúde bucal ainda não assimilada. Assim, infere-se que a utilização de indicadores ocorra por exigências governamentais e não por iniciativa dos serviços.

Em meio à necessidade de elucidar o quanto os problemas bucais interferem no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, de estabelecer estratégias de combate a esses problemas e parâmetros aceitáveis de saúde bucal, o desenvolvimento de tecnologias como o SISBA é essencial, posto que busca viabilizar uma descentralização de informações a nível local para o planejamento estratégico e a programação de ações considerando as características e as peculiaridades do território e sua população adstrita.

No entanto, o SISBA busca romper com a perspectiva de SIS essencialmente epidemiológica, o que requer uma mudança de percepção

quanto às diversas finalidades que podem ter para a melhoria do processo de trabalho. Inclusive, o SISBA requer modificações na infraestrutura das UBS, visto que demanda a utilização de tecnologias da informação (hardware, software, internet). Isto implica que os profissionais tenham conhecimentos, habilidades e afinidades com o campo da informática para que possam alimentar o sistema, consolidar os dados e analisá-los. Contudo, essas questões já são discutidas no Brasil. Neste sentido, iniciativas como o SISAB³⁵ preveem o suprimento de microcomputadores para UBS, enquanto a Política de Educação Permanente³⁶ pressupõe melhorias no processo de trabalho incluindo a utilização das tecnologias da informação e comunicação.

O desafio do SISBA é a possibilidade de sua utilização em qualquer localidade brasileira, conferindo-lhe validade externa. Isto é possível, na medida em que sua matriz de indicadores foi construída com base em eixos norteadores da PNSB. Assim, dependendo da realidade do território onde será aplicada, poderá agregar ou reduzir indicadores. O critério para isto deverá ser a pactuação desses indicadores com os atores envolvidos no processo de trabalho, considerando, dentre outros fatores, sua validade e viabilidade³².

Inclusive, o argumento acima se relaciona com uma limitação do estudo que é a não aplicação da matriz do SISBA para verificar sua aplicabilidade *in loco*. Contudo, este não foi o objetivo do trabalho, o qual consistia essencialmente em construir um modelo lógico ilustrando como deveria ser

o funcionamento de um serviço de saúde bucal da atenção básica orientado para a vigilância da saúde bucal do adolescente e, sob esta orientação, propor indicadores para verificar o quanto o serviço estaria se aproximando deste modelo de atenção. Todavia, em meio ao desafio da legitimidade do SISBA, faz-se necessária uma pesquisa avaliativa acerca de sua implantação nos serviços e, anteriormente a esta análise, desenvolver oficinas nos locais onde poderá ser implantado para pactuar os padrões e metas de cada indicador com os profissionais desses serviços. Por conseguinte, este estudo aponta a realização de outros estudos e estratégias evidenciando que as pesquisas avaliativas, de fato, têm um caráter processual.

A institucionalização do uso do cartão SUS poderá ser um facilitador na aplicação do SISBA, contribuindo inclusive para evitar duplicidade de informações³⁷. Em nível local o SISBA contribuirá para a vigilância dos serviços de saúde bucal e para a utilização de informações pelos profissionais, como instrumento para a avaliação e o planejamento das equipes de saúde. Seus indicadores poderão ser utilizados para avaliar o impacto das ações implementadas pelas equipes de saúde pela construção e análise de uma série histórica local. Em nível distal, concorrerá para a efetivação do direito à saúde, em especial a dos adolescentes, e também da equidade das políticas de saúde. Isto porque o Brasil detém o desafio de instituir políticas, programas e ações aos grupos outrora excluídos, de modo a minimizar as desigualdades sociais em saúde.

Colaboradores

FCA Machado e GCA Souza participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do mesmo; LRA Noro participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

Referências

- Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(10):2095-2109.
- Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):24-30.
- Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cad Saude Colet* 2010; 18(1):7-18.
- Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(7):1370-1380.
- Moraes IHS, Gómez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):553-565.
- Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):999-1010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica, n. 17. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)*. Brasília: MS; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2011. 26 p.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2727-2739.
- Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):449-462.
- Garbin CAS, Garbin AJI, Mimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis* 2009; 19(1):227-238.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SB Brasil 2010, uma pesquisa nacional de saúde bucal - principais resultados*. Brasília: MS; 2011.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Abrasco; 1994.
- Souza LEPE, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. Dispõe sobre a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. *Diário Oficial da União* 2001; 7 mar.
- Bezerra LCA, Alves CKA, Reis YAC, Samico I, Felisberto E, Carvalho ALB, Silva GS. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):883-900.
- Valdés MG, Marín MS. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Rev. cuba. inf. cienc. salud*. 2013; 24(2):133-144.
- Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 601-621.
- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):389-406.
- Santiago AC, Fraccolli LA, Zoboli ELCP, Silva RMV. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(4):798-803.
- Monkem M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):898-906.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.
- Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S101-S113.
- Costa JFR, Chagas LD, organizadores. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- Areaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):1001-1013.
- Mehry EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- Almeida Filho N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: MS; 2009.
- Bueno VLRC, Cordoni Júnior L, Mesas AE. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3069-3082.
- Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9):1731-1745.
- Martino FS. *Análise dos sistemas de informação e proposta de indicadores de saúde bucal a serem utilizados pelos municípios da região de Osasco [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Odontologia USP; 2008.

35. Brasil. *E-SUS Sistema Integrado de Gestão da Saúde* [2015]. [acessado 2015 fev 14]. Disponível em: <http://www.rgesus.com.br/index.php/esus.html>
36. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.
37. Cunha RE. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):860-878.

Artigo apresentado em 04/08/2015

Aprovado em 24/11/2015

Versão final apresentada em 26/11/2015