

Pesquisa Razões práticas: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF (aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa)

**Relatório do Projeto 5
Plano Diretor 2004-05
ObservaRH/NESP/CEAM/UnB**

**Brasília, DF
Agosto de 2006**

Pesquisa Razões práticas: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF (aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa)¹

*Carlo Henrique Goretti Zanetti*²
*Palmira Guimarães*³
*Marina A. Umbelina de Lima*³

¹ Esse material faz parte da pesquisa *Razões práticas: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do PSF (aferindo a validade externa do instrumento de pesquisa)*, componente do Plano Diretor 2004/2005, do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), financiado pelo Ministério da Saúde.

² Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), professor do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília e pesquisador e do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade de Brasília. Coordenador da pesquisa.

³ Especialista em Saúde Coletiva (ODT/UnB), auxiliar de pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade de Brasília. Colaboradores.

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO GERAL	1
2 – INTRODUÇÃO	2
2.1 – Introdução ao problema da pesquisa	2
2.2 – Sobre a estrutura do modelo lógico [exercício descritivo]	7
2.3 – Algumas considerações necessárias sobre as variáveis de efeito	10
2.4 – Outras considerações: sobre a história das variáveis normatizadas	12
2.5 – Sobre o procedimento de representação e a sintaxe das equações do modelo lógico [exercício analítico]	14
2.6 – Sobre os resultados do modelo [ou exercício de julgamento]	15
3 – METODOLOGIA	17
4 – RESULTADOS	19
4.1. – Resultados gerais	19
4.1.1. – Mapa do TC no Brasil	20
4.1.2. – O TC como instrumento de programação	24
4.2. – Resultados de utilidade: POE	25
4.2.1. – Quanto à medida de utilidade a partir do dado de efetivação de TC	25
4.2.2. – Particularmente quanto à importância do THD na efetivação da assistência	30
4.2.3. – Particularmente quanto à validade externa do modelo	37
4.3. – Resultados de justiça como equidade	39
5 – CONCLUSÕES	45
6 – RECOMENDAÇÕES	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE 1	53
APÊNDICE 2	60
APÊNDICE 3	64

1. APRESENTAÇÃO GERAL

O Observatório de Recursos Humanos de Saúde da Universidade de Brasília, vinculado ao seu Núcleo de Estudos de Saúde Pública, tem como objetivo desenvolver estudos e difusão de informações relacionadas aos processos de regulação profissional, formação e gestão de trabalhadores de saúde, bem como de formulação e avaliação de políticas de recursos humanos no setor saúde no Brasil.

O plano diretor do Observatório contempla diversas linhas de investigação, entre as quais a inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. O propósito é analisar o impacto do ordenamento da assistência à saúde bucal (programação) segundo os princípios de universalidade e equidade do SUS, tendo como referência os modelos assistenciais, o porte populacional dos municípios e o diferencial representado pela presença do THD, nas equipes do PSF. Desse modo, incluiu-se na programação do referido plano diretor para o ano de 2005 o Projeto 5 - Inclusão da saúde bucal no PSF: arranjos de oferta assistencial e atuação do Técnico de Higiene Dental (THD), sob a coordenação do Professor Doutor Carlo Henrique G. Zanetti.

O Observatório de Recursos Humanos de Saúde é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, que atualmente congrega 21 países da Região das Américas. É fruto da parceria entre autoridades de saúde, universidades, associações profissionais e outras entidades setoriais, tendo com principal função monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos de saúde nos respectivos países. Outras funções são convocar e mobilizar os interessados relevantes, identificar fontes de informação, priorizar as questões principais e favorecer a construção de consensos entre tais atores. Informações sobre os demais países podem ser consultadas no sítio web www.lachsr.org/observatorio/esp/index.html.

No Brasil, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) conta com apoio do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do (SGTES/MS), que atualizou a regulamentação da rede nacional com a Portaria nº 01/2004, visando facilitar a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais de recursos humanos, além de contribuir para desenvolver processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

A Representação da OPAS no Brasil promove a articulação dos observatórios nacionais entre si e com as instâncias governamentais e da sociedade, dentre outras iniciativas, por intermédio de sua página na Internet - www.opas.org.br/rh - onde, além de conexão para as páginas de cada observatório, oferece outros serviços como o acesso a notícias, publicações e metodologias.

2. INTRODUÇÃO

Esse relatório comunica resultados do projeto de pesquisa de abrangência nacional, intitulado “P5 - Inclusão da saúde bucal no PSF: arranjos de oferta assistencial e atuação do Técnico de Higiene Dental (THD)”, realizado através do NESP/CEAM/UnB, por intermédio da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, financiada pelo Ministério da Saúde. O objetivo geral da pesquisa foi validar um instrumento de avaliação da utilidade e justiça da presença do THD nos sistemas locais de saúde bucal com Saúde da Família (PSF) do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos específicos foram: 1. Mapear nacionalmente as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que organizam sua oferta assistencial mediante compromisso programático de cobertura expresso na produção clínica e rotineira de Tratamentos Completados (TC); 2. Identificar as experiências-modelo que mais se aproximam dos tipos ideais formais; 3. Medir a precisão do modelo (verificar o nível de validade externa do modelo em situações típicas); 4. Analisar a propriedade do modelo lógico como quadro de referências para aplicá-lo, num futuro próximo, a processos de avaliação de experiências municipais; 5. Descrever, analisar e julgar a utilidade e justiça da alocação das THD nas Equipes de Saúde da família (ESF).

Os objetos empíricos desse estudo são as ESF que prestam assistência programática odontológica; em especial, aquelas que na realidade mais correspondem à idealidade do objeto teórico. O objeto teórico desse estudo é um modelo lógico que descreve e permite estimar a utilidade e justiça do uso de recursos locais, em especial a presença do THD na ESF que ofertam assistência assumindo o compromisso programático do TC. A hipótese de pesquisa é que o modelo teórico-lógico construído sob pretensões de validade interna apresenta também validade externa quando referido a experiências-modelo, algo que o habilita como quadro de referência para um exercício extensivo de avaliação.

2.1. Introdução ao problema da pesquisa

As obras *Política como vocação* de Weber [1919](2004) e *Capitalismo, Socialismo e Democracia* de Schumpeter [1942](1961) tornaram-se teorizações fundamentais sobre Estado e democracia porque, nelas, essas instituições foram consideradas por seus procedimentos (*modus procedendi*, mecanismos ou métodos) quando identificadas com a empresa e o mercado capitalista, respectivamente.

Os dois autores se serviram da observação de que, na modernidade, a dimensão técnica (racional, instrumental) do saber e do fazer artesanal burguês extravasou o âmbito do mundo do trabalho e das práticas econômicas na esfera dos negócios humanos para se esparramar por todas as demais esferas da vida. Com isso, tornaram-se comuns aos mais variados fenômenos sociais e da cultura, inclusive para o Estado capitalista e para a democracia moderna, a exterioridade e a instrumentalidade utilitária (típica do mundo do trabalho); bem como os automatismos das relações, a despersonalização e o domínio estatuído (típicas das regras do mercado de troca) (Weber, Schumpeter, Heidegger, Hannah Arendt, Habermas, Prigogine, Bourdieu, Boaventura Santos entre outros).

As culturas que são capazes de constituir um Estado nacional sobre um território relativamente amplo, também são capazes de criar e sustentar instituições jurídico-políticas que, num grau qualquer de desenvolvimento, reunidas e articuladas entre si, conformam um aparelho público significativo que é comandado por uma administração específica. Na modernidade, o aparelho de Estado teve (e vem tendo) sua importância e eficácia ampliadas. Por isso, as posições de comando deste aparelho público estão cada vez mais e invariavelmente associadas às situações de privilégio, prestígio, poder e riqueza. Ocupar tais posições geralmente envolve acirradas disputas entre indivíduos e/ou grupos com interesses distintos. Mas, nem toda ocupação destes postos de poder é legítima.

Segundo Weber, no interior da cultura, afora os motivos voláteis (emoções, costumes, valores ou interesses) das ações, cultivam-se crenças sólidas na legitimidade das formas de ocupar as posições de poder, e daí, obter obediência ao seu comando; ou seja, há formas distintas de dominação legítima do aparelho administrativo. Elas estão tipificadas em três domínios: o tradicional, o carismático e o racional-legal (legalidade).

No domínio tradicional, a legitimidade da ocupação das posições de comando (e daí, de uma dominação) é justificada por sucessão (do patriarcalismo ao sultanismo), por santidade do líder religioso (tal como o regime dos aiatolás no Irã ou o papado católico no Vaticano), por idade (gerontocracia), por posse pessoal (patrimonialismo), por pertencer ao quadro administrativo (dominação estamental).

No domínio carismático, a legitimidade da ocupação das posições de comando (e daí, de uma dominação) é justificada pelas qualidades do líder, e nas democracias contemporâneas ela se realiza na existência de postos de poder ocupados mediante disputa eleitoral entre candidatos, ou seja, é justificada na existência de funcionários eleitos.

Em *Os três tipos puros de dominação legítima* (1986), Weber formula que a dominação burocrática pode ser tipificada por: associações que se pautam pela idéia básica de que qualquer direito pode ser criado e modificado mediante um estatuto sancionado corretamente quanto à forma; a associação dominante é a empresa eleita ou nomeada; os subordinados são membros da associação; obedece-se à regra estatuída (e não a pessoa em virtude de seu direito próprio); o subordinado tem formação profissional, sua administração é trabalho profissional em virtude do dever objetivo do cargo; seu ideal é *sine ira et studio*, sem influências pessoais e emocionais, livre de arbítrio e capricho, “sem consideração da pessoa”, de modo estritamente formal segundo regras racionais, sob pontos de vista da conveniência “objetiva”; a base do funcionamento técnico é a disciplina do serviço; quem ordena também obedece à “lei” ou “regulamento” de uma norma formalmente abstrata; seu direito de mando está legitimado por uma regra estatuída, no âmbito de uma competência concreta, baseada em sua utilidade objetiva e em exigências profissionais (conceito racional de competência).

No domínio da legalidade, a legitimidade da ocupação das posições de comando (e daí, de uma dominação) é justificada por “uma ordem estatuída e do direito de mando daqueles que, em virtude dessas ordens, estão nomeados para exercer a dominação (...)” [; nesse caso,] “obedece-se à ordem impessoal, objetiva e legalmente estatuída e aos *superiores* por ela determinados, em virtude da legalidade formal de suas disposições e dentro do âmbito da vigência destas.” (Weber, 1999:141). Ela se realiza na existência de postos de poder ocupados mediante competência positiva (qualificação profissional específica) para o exercício da autoridade institucional, ou seja, é justificada pela existência de funcionários não eleitos, remunerados, de carreira, a burocracia. “O verdadeiro funcionário (...) não deve fazer política exatamente devido sua vocação: deve administrar, antes de tudo, de forma não partidária.(...) A honra do funcionário reside na sua capacidade de executar conscientemente uma ordem, sob responsabilidade de uma autoridade superior (...). O funcionário deve executar essa ordem como se ela correspondesse a suas próprias convicções.” (Weber, 2004:78-79)

Weber (2004:73) também afirma que nos Estados onde há democracia partidária e competição entre elas, a política é um empreendimento que articula dois domínios: o carismático e a legalidade.

Em que pese o Estado ser “atravessado” por diversas ordens de motivações e legitimações, interessamos aqui destacar a legitimação no domínio da legalidade, a qual Weber atribui o desenvolvimento moderno da função pública, responsável pelo rendimento técnico do aparelho estatal.

Desenvolvimento que, conforme afirmado anteriormente, aconteceu com distinção histórica quando a realização da administração pública passou a se dar por uma burocracia competente, com ênfase

nas ações racionais, técnicas, em empreendimentos públicos sujeitos às razões de Estado (à ética da responsabilidade).

É nesse esteio semântico que passa a fazer sentido pleno a afirmação weberiana sobre a importância e amplitude dos fenômenos de burocratização na modernidade; onde associações de natureza diversa são (re)constituídas sob dominação burocrática.

Sob o capitalismo, não apenas a empresa, o Estado e a democracia foram reconfigurados culturalmente pelo fenômeno da burocratização; também outras instituições antigas ou medievais mantiveram-se historicamente vivas e proliferantes após terem sido submetidas a processos de modernização desse corte. Nesses outros casos, incluem-se os antigos estamentos tradicionais identificados pelo exercício de uma dada ocupação. Burocratizados, tais estamentos foram modernamente significadas pelo conceito de profissão.

O que estamos querendo dizer com esses parágrafos de filogenia conceitual é algo que reafirma a idéia de Freidson (1998) sobre a importância das profissões como modo (o profissional) de racionalização moderna do trabalho; como desenvolvimento racional distinto ao modo administrativo típico da burocracia moderna. Mas, em distinção, queremos reconciliar Freidson com Weber ao tomarmos como pressuposto que as profissões modernas são tão somente um tipo particular de burocracia; e, assim como a burocracia de Estado é chamada de a “nova nobreza” por Bourdieu (2001); queremos por extensão afirmar que a burocracia empresarial empreendedora é o “novo livre produtor” (caracterizado originalmente na antiguidade e reunido em “associações” na modernidade); e, a profissão como burocracia é a nova “corporação de ofício” (o livre produtor reunido em “comunidades”⁴ na idade média que se reagrupou em “associações” modernas).

Essas considerações nos permitem formular e trabalhar com a seguinte definição de profissão: uma instituição associativa resultante da ressignificação cultural dos estamentos ocupacionais comunitários, decorrente de processos pautados na mesma idéia força de técnica (instrumentalidade, racionalidade e competência) que estabeleceu as burocracias administrativas, estatal e de mercado, na modernidade. Elas também nos permitem afirmar que, as burocracias de Estado e das empresas (a administração moderna racionalizada por princípio administrativo) se diferem da burocracia das profissões (a profissão moderna racionalizada por princípio profissional) por uma distinção fundamental: nas primeiras, a associação dominante é heterocéfala e heterônoma; e, na última, ela é autocéfala e autônoma.⁵

Reunidos em associação heterônoma e heterocéfala, os THD constituem um corpo burocrático que ainda não atingiu o *status* de profissão, mas que pode ser perfeitamente tipificado como uma das burocracias de Estado e das empresas.

Nesta pesquisa, esses elementos teóricos possibilitaram tomar como pressuposto que, no SUS (no “empreendimento” estatal), os THD são trabalhadores de uma ocupação específica que integram o conjunto da administração burocrática do sistema. E, nesse lócus, essa heterocéfalia e heteronomia são decorrentes do seu subjuço a dois outros corpos burocráticos: os administradores do sistema e os cirurgiões-dentistas clínicos. O exercício permanente de disputa de poder entre essas duas burocracias dominantes faz do THD uma burocracia sujeita ao dinamismo da interação de duas racionalidades distintas: a administrativa e a profissional.

⁴ Ao contrário das associações onde há o predomínio e conservação da heterogeneidade das partes que a compõem; nas comunidades, há o predomínio e a valorização da unidade. Nestas, há a formação da *philia* (sentimentos e práticas de reciprocidade existentes entre os membros de uma comunidade).

⁵ Weber, em *Economia e Sociedade* (1999, p.31), define heterônoma como diferente de autônomo; i.e., a ordem da associação é estatuída por estranhos, e não pelos próprios membros; e, heterocéfala como diferente de autocéfala; i.e., o dirigente da associação e o quadro administrativo são nomeados por estranhos, e não segundo a ordem da associação.

Tal pressuposto permite enunciar o seguinte silogismo: se o THD pode ser definido como membro de um corpo burocrático heterocéfalo e heterônomo que participa de uma dada divisão técnica do trabalho clínico *em posição subordinação* ao domínio dos administradores e dos cirurgiões-dentistas clínicos. E, se essa subordinação é tipicamente burocrática porque se dá no domínio do estatuído. Então, justificar o exercício profissional do THD é algo que implica regras estatuídas de modo estritamente formal e abstrato, no âmbito de uma competência concreta baseada na utilidade objetiva de exigências profissionais disciplinadas; não importando se essa disciplina venha a ser fruto da racionalização administrativa (mais objetivada nos interesses da produção), da racionalização profissional (mais objetivada nos interesses corporativos dominantes), ou de algum nível de interação estabelecido entre ambas.

Nestas situações, o domínio e o equilíbrio dinâmico são resultantes de um jogo de três contendores, onde os THD negociam sua adesão e os dominantes apresentam seus artefatos específicos: a burocracia administrativa – o estatuto das portarias administrativas; a burocracia profissional – o estatuto do código de ética e das resoluções profissionais. Ambos os artefatos apresentados como regulamentos (normas) do ordenamento jurídico emanados por fonte de direito delegadas para reduzir a ato as normas contidas numa lei, com base na autorização do próprio poder legislativo. Assim, os conjuntos de regras estatuídas são discriminados no ordenamento jurídico e emanam de fontes subordinadas, de conhecimento jurídico, horizontais entre si, e dependentes de fontes superiores, de qualificação jurídica: as leis e a constituição. (Bobbio, 1999, p.166). A horizontalidade das fontes possibilita que os contendores dominantes travem rodadas sucessivas (superjogo) de confrontos (de soma zero) e, ocasionalmente, de colaboração (de soma positiva).

Em que pese a racionalização do trabalho do THD ser produto primário dos jogos de interesses de duas forças dominantes, e ser produto secundário dos seus próprios interesses quando interpostos por entre os anteriores; em que pese o fato de existir dois processos de racionalização dominantes; este trabalho se limitou à racionalização administrativa estatuída, deixando de lado a racionalização profissional.

Para a justificação dessa redução, é importante considerar que, de forma geral, a presença do THD na interior das equipes de saúde pode ser justificada por um amplo leque de motivações, sejam elas irracionais (emoções ou tradições) ou racionais (orientadas por valores, ou estabelecidas mediante um cálculo). E que, é doravante fato incontornável que a realidade de cada localidade é sempre um *mix* histórico de motivações.

Por isso, há sempre que se fazer um exercício judicioso de escolha sobre a forma de problematizar tal objeto; já que, num primeiro nível, qualquer que seja a escolha, ela trará em si um reducionismo epistêmico inevitável. Este é o preço a ser pago quando se faz objeto científico um objeto complexo; sua concretude material é negada quando, por redução, ele é rerepresentado como ente abstrato. A empiria do objeto é negada quando ele é reconstruído como um conjunto de conceitos definidos, para assim ser exaurido. Esses procedimentos implicam sempre em custos epistêmicos crassos. Custos que, nesta pesquisa, só foram assumidos pela promessa, também realizada, dos ganhos esperados: a maior validade interna e externa dos resultados da investigação.

Por esta rota de ganhos heurísticos à custa de reduções, a investigação foi iniciada no *plano das idealidades formais*: quando se optou por investigar exclusivamente as motivações racionais (técnicas) para a presença do THD no interior das ESF, segundo as razões práticas administrativas de utilidade e justiça, nesta ordem.

Motivações utilitárias que justificam a presença do THD para fins de assistência mediante um cálculo situacional de vantagens realizado como escolha interessada e estratégica. É quando o THD é considerado como burocracia técnica porque, preponderantemente identificada com meios referidos a fins, quando orientadas pela normatividade do útil; i.e., quando julgadas fundamentalmente por serem “boas para” a realização dos fins pretendidos. Fins que são expressos em quantidades de

utilidades, em quantidades de bem-estar decorrente da satisfação das necessidades supridas pela produção. Ou seja, quando formalmente a administração, entendida como meio, é racional e estrategicamente disposta para a consecução de interesses situacionalmente identificados. Em outras palavras, indagou-se sobre: qual é a melhor *forma de instrumentalizar o THD na ESF*, quando se considera sua utilidade para uma maior produção de bens (na forma de serviços de assistência básica) em oferta universal?

Motivações de justiça que justificam a mesma presença mediante um cálculo adicional realizado como escolha materialmente justa. Em outras palavras, a partir das análises de utilidade, indagou-se: os recursos mobilizados em equipes de assistência básica odontológica são alocados de forma eqüitativa?

Assim o THD foi considerado como recurso em sua utilidade para universalidade e em sua justiça como eqüidade.

Percebe-se nesse movimento inicial que os exercícios mesmo quando voltados para o cálculo da ação instrumental, por mais que sejam reduzidos, não são totalmente instrumentalizados e destituídos de significados de valor. Eles têm conteúdo ético como base num valor intrínseco, a utilidade (Sen, 1999); e, sobre ela, um valor adicionado, a justiça material (Rawls, 2000; 2002; 2003).

Todo este primeiro movimento, de caráter eminentemente teórico, foi apresentado em tese de doutorado (Zanetti, 2005). Nesta oportunidade foi considerada, não só a presença do THD (um objeto mais específico), mas também todas as demais variáveis fundamentais ao cálculo estratégico-situacional do programador local. As variáveis foram articuladas entre si pelo recurso de um modelo lógico (ou modelo teórico) cuja descrição, representação e sintaxe serão apresentadas nos três próximos itens desta introdução.

Seguindo a mesma rota, num segundo movimento, o de verificação, a escolha da pesquisa recaiu no esforço de investigar se a conclusão formal da aplicação do modelo, de validade interna demonstrável no plano lógico-formal, também apresentava validade externa; i.e., se a conclusão formal do modelo poderia ser considerada representativa das situações reais (segundo Cazusa: “se as idéias correspondem aos fatos”). Para tanto, foi feito todo um estudo cujos resultados aqui serão apresentados: estudo de base nacional, levantando informações administrativas de saúde bucal junto aos 5.564 municípios brasileiros, em fins de 2006.

Vale destacar que, por todo este caminho, a problematização do objeto se fez definida exclusivamente na *assistência básica*. Propositamente, deixou-se de lado a questão da utilidade do THD em atividades preventivo-promocionais neste nível de atenção. Isso porque, estas últimas atividades profissionais figuram como desafio *administrativo* com grau menor de dificuldade técnica. Também não se problematizou a utilidade do THD na assistência odontológica em outros níveis de atenção. Isso simplesmente implicaria em outro modelo lógico, diferente e adequado à re colocação do problema em um nível de assistência com um grau bem menor de relevância social, se comparado ao desafio da universalização justa do acesso à assistência básica odontológica.

Uma vez destacada a assistência básica, outra definição se fez: focou-se apenas em atividades programáticas; que é um tipo de assistência regulado pela idéia do comprometimento tácito dos recursos assistenciais com a alta clínica. Portanto, foram deixadas de lado as assistências do tipo urgência/emergência (regulada pela idéia de se resolver casos de dor) e de livre demanda (regulada pela idéia de realizar procedimentos clínicos atomizados). Já que, as primeiras são “improgramáveis”, dada a imponderabilidade das situações dolorosas e a desumanidade de qualquer razão que justifique não provê-las imediatamente. E, as segundas, padrão tradicional herdado da antiga estrutura previdenciária de assistência (inampiano), impossibilita qualquer programação constitucionalmente consistentemente; afinal, a unidade procedimento não possibilita racionalizar a

produtividade da equipe e o volume de produção, expressando-os em termos de efetividade de cobertura populacional.

2.2. Sobre a estrutura do modelo lógico [exercício descritivo]

Na assistência básica programada de um sistema local de saúde bucal, quando um programador se põe a realizar escolhas *racionais*, do ponto de vista da administração estritamente técnica da produção (portanto, de escopo eminentemente econômico) objetivada na cobertura, há apenas um pequeno conjunto de opções fundamentais. Esse conjunto pode ser sintetizado num modelo lógico. Shumpeter (1961:93) sumariza bem a definição de modelo como “um quadro geral dos seus principais aspectos”. Há também uma definição mais específica:

“Um modelo lógico descreve a sucessão de eventos que podem provocar mudanças sintetizando os elementos principais do programa e como supostamente o programa trabalha em um esquema. (...) Uma das virtudes do modelo lógico é sua habilidade para sumarizar o mecanismo global de mudanças do programa unindo processos a efeitos eventuais. (...) Os elementos que são conectados no interior de um modelo lógico podem variar (...). A criação de um modelo lógico permite aos gestores-fiduciários (*stakeholders*) clarificar as estratégias do programa; melhorando e enfocando a direção do mesmo. Também revela suposições relativas às condições para a efetividade de programa e provê um quadro de referência para uma ou mais avaliações do programa. Um modelo lógico detalhado também pode fortalecer imputações de causalidade e pode ser uma base para se calcular o efeito do programa em *endpoints* que não são medidos diretamente, mas que estão ligados em uma cadeia causal apoiada por pesquisa anterior. Famílias de modelos lógicos podem ser criadas para exibir um programa em níveis diferentes de detalhe, em perspectivas diferentes, ou para audiências diferentes. Descrições de programa variarão para cada avaliação, e várias atividades refletem a exigência para descrever o programa. A precisão de uma descrição do programa pode ser confirmada consultando diversos gestores (*stakeholders*), e as descrições relatadas sobre a prática do programa podem ser conferidas com a observação direta nas atividades no campo. Uma descrição limitada do programa pode ser melhorada dando atenção a fatores tais como giro de pessoal, recursos inadequados, pressões políticas, ou forte participação de comunidade que podem afetar o desempenho do programa.” (tradução livre)(CDC, 1999:9).

O modelo articula três tipos distintos de variáveis: (i) as programáticas (experimentais ou manipuláveis – as quais facultam opções de escolha ao programador); (ii) as contextuais (observáveis ou ambientais – aquelas herdadas e simplesmente assumidas, pois é impossível ao programador dispô-las segundo sua vontade ou escolha); (iii) e as variáveis de efeito (dependentes ou de impacto)(Hartz, 1997:60).

No “engenho” do modelo lógico as variáveis estabelecem entre si uma relação procedimental; pois, os dois primeiros grupos são dados como condições (meios) e o terceiro, como conseqüências (fins). Daí, “um modelo lógico descreve o programa e clarifica seu padrão de relações entre meios e fins”(tradução livre)(CDC, 1999:32)

Com essas qualidades, o modelo lógico figura como um artefato (mecanismo) para medir a utilidade das escolhas do programador local, quando exercitadas por arbítrio deste sobre as variáveis programáticas fundamentais (dentre as quais a alocação ou não do THD na ESF se inclui). Os procedimentos de escolha adquirem maior ou menor utilidade quando são realizados de forma estratégico-situacional. Situacional porque, em sua descrição fundamental, as escolhas relativas às variáveis programáticas são cotejadas às variáveis contextuais apresentadas no contexto local, sejam elas autóctones ou não. Estratégica porque o conjunto de variáveis condicionais (programáticas e

contextuais) é considerado em suas conseqüências, como meio referido a fins, como algo útil (bom para); quando cotejado às variáveis de efeito.

Dito em termos teóricos mais herméticos, fez-se pressuposto desta pesquisa o entendimento de que toda postura estratégico-situacional, por mais politizada que seja, ou por mais que seja afeta a contingências culturais outras, é atividade intrinsecamente instrumental, porque procedimental; como também, intrinsecamente normativa, porque observa ao menos a utilidade como norma (já que a utilidade é a produtividade específica, portanto indelével, dos artefatos da artificialidade humana, do mundo durável do trabalho e sua administração técnica (Arendt, 1993)). Portanto, se toda e qualquer postura estratégico-situacional apresenta esta condição de mundanidade; conclui-se que medir sua utilidade é ato preliminar de investigação de sua racionalidade, é ato avaliativo em sentido técnico restrito. Isso não exclui a possibilidade de que, mesmo *a priori*, em sentido técnico amplo, outras normas não possam ser encadeadas à utilidade, a exemplo da justiça material (equidade). *A posteriori*, os resultados desse tipo de pesquisa podem servir a exercícios de análise de ordem não técnica; bastando para tanto que eles sejam tomados como tão somente um quadro de referência e, daí, sejam abertos a outras ordens de discurso expressivo, ao debate cultural mais amplo, passível de ser travado, *inter alia*, em termos tradicionais, políticos, afetivos, morais mais amplos, etc.

De volta à especificação do modelo lógico, as variáveis condicionais (meio) foram subdivididas em dois grupos:

- (i) variáveis programáticas (as quais dão opções de escolha ao programador). Subdivididas em variáveis normatizadas (por portaria ministerial) e em variáveis não normatizadas (não previstas em portaria, mas que o programador local é obrigado considerar em seus cálculos);
- (ii) variáveis contextuais (aquelas herdadas e simplesmente assumidas, as quais são impossíveis ao programador dispô-las segundo seu arbítrio). Não subdivididas no modelo lógico, mesmo sabendo-se que há norma federal referida a contexto (a portaria 1.434/2004, revista pela portaria 648/2006). Essa norma não foi considerada simplesmente porque ela *não é fundamental para o cálculo de utilidade* na administração do sistema local fundamental, mesmo quando ela o é para o cálculo das transferências federais.

No modelo, o conjunto de variáveis (meios e fins) serviu exclusivamente para a descrição fundamental da assistência à saúde bucal em um sistema local. Nesse procedimento, só se considerou variáveis fundamentais: aquelas cuja presença permite o cálculo (predição), ao mesmo tempo em que a sua ausência o inviabiliza. As poucas variáveis que possuem esta característica estão reunidas no Quadro 1.

QUADRO 1 – Princípios e variáveis fundamentais ao planejamento da assistência de Saúde Bucal em um sistema local de saúde bucal com Saúde da Família.

Princípios constitucionais:	Variáveis Meio:		Variáveis Fins
	Programáticas		De Impacto
	Normatizadas	N/ normatizadas	
P ₁ – universalidade P ₂ – equidade	ΔX_{n1} – adscrição ΔX_{n2} – modalidade ΔX_{n3} – transferência	ΔX_4 – pop.-alvo progr. ΔX_5 – meta de cobertura ΔX_6 – tempo de giro ΔX_7 – tempo de TC ΔX_8 – cenário of. progr. Curativa	ΔC_1 – perfil demográfico ΔC_2 – perfil epidemiol. ΔC_3 – perfil de uso ΔY_1 – oferta TC

Onde:

- P_1 – universalidade: princípio constitucional (vigente no texto da constituição da república brasileira) que aqui é expresso não só no direito de acesso, mas fundamentalmente na garantia de acesso, com a possibilidade prevista de efetivação do consumo do bem público oferecido pelo sistema na forma de Tratamentos Completados (TC);
- P_2 – equidade: princípio “constitucional” (ainda que não vigente no texto da constituição da república brasileira) que aqui é expresso na perspectiva da progressividade das transferências federais, já considerando a condição inicial limite do sistema local em aportar recursos próprios no sistema (representado como máximo esforço alocativo local);
- ΔX_{n1} – adscrição: variável estrutural manipulável normatizada por portarias federais, conforme será visto ainda nesta introdução. Aqui ela expressa a quantidade média de habitantes adscritos por equipe.
- ΔX_{n2} – modalidade: variável estrutural manipulável normatizada por portarias federais, conforme será visto ainda nesta introdução. Aqui ela expressa a presença ou não de THD na equipe; se, Modalidade I (sem THD); ou, Modalidade II (com THD).
- ΔX_{n3} – transferência: variável estrutural manipulável normatizada por portarias federais, conforme será visto ainda nesta introdução. Aqui ela expressa o maior valor do incentivo federal anual transferido por modalidade de equipe implantada.
- ΔX_4 – populações-alvo programáticas – variável estrutural manipulável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa segmentos da população geral. A segmentação se faz pelas características assistenciais (clínicas) próprias de cada população-alvo programática: 0 a 5 anos; 6 a 14 anos (idade escolar); gestantes; e, maiores de 14 anos (adultos);
- ΔX_5 – meta de cobertura – variável estrutural manipulável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa o percentual de usuários das distintas populações-alvo programáticas que o sistema garantirá acesso para a realização de TC – sua condição limite é 100%;
- ΔX_6 – tempo de giro – variável estrutural manipulável não normatizada pelas portarias. Aqui ela se expressa em anos com os quais se realizará a meta de cobertura. Suas condições limites são 03 anos para as populações-alvo de 0 a 14 anos; 01 ano p/ gestantes e 05 anos para adultos;
- ΔX_7 – tempo de TC – variável estrutural manipulável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa a existência da oferta populacional de TC medida em horas_xhomem-trabalho totais (com ou sem divisão técnica do trabalho: com ou sem THD) despendidas em atividade clínica: 04 h_xhm/hab. para realização de TC em crianças de 0 a 5 anos e 02 h_xhm/hab. para realização de TC nas demais populações-alvo programáticas;
- ΔX_8 – cenário de oferta programática curativa – variável estrutural manipulável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa em horas a jornada clínica semanal dedicada à atenção programática. Quando a clínica opera com exclusividade em oferta programática o limite (rendimento) dessa variável é 30h; e, quando opera com o cenário da oferta programática compartilhada com oferta de urgência-emergência e de livre-demanda, o limite é 12h.
- ΔC_1 – perfil demográfico – variável estrutural observável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa o volume e a distribuição percentual da população referida conforme a discriminação das populações-alvo programática;
- ΔC_2 – perfil epidemiológico – variável estrutural observável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa o perfil médio de saúde / doença da população, em sua doença mais prevalente (a cárie), mais propriamente na necessidade de tratamento restaurador, indexado no valor do índice CPOD aos 12 anos por município. Dela pode-se inferir o volume de demandantes, mediante a redução da população geral em população demandante;
- ΔC_3 – perfil de uso – variável estrutural observável não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa o volume de usuários potenciais do sistema. Esse volume é calculado mediante a operação de redução da população demandante à sua fração usuária em função da estimativa do volume de exclusão dos demandantes que, mesmo asseguradas as condições de acesso, jamais se tornarão usuários do sistema público por terem acesso ao (e preferir se realizar no) mercado de serviços;
- ΔY_1 – oferta de TC – variável estrutural observável de impacto não normatizada pelas portarias. Aqui ela expressa a capacidade de realização da retaguarda curativa do sistema: o volume de usuários potenciais do sistema que terão acesso clínico e consumirão TC; i.e., poderão alcançar alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro necessitados por cada paciente.

2.3. Algumas considerações necessárias sobre as variáveis de efeito

No grupo das variáveis de efeito (variáveis dependentes) há três instrumentos de registro disponíveis: (i) “primeira consulta odontológica programática” (SIA/SUS – Portaria 95/2005) (Portaria 493/2006 – indicador 24); (ii) “população cobertura pelo PSF” (indicador 28 – Portaria 493/2006); (iii) e “tratamento completado (TC)” – registro de alta clínica consagrado pela tradição quinquagenária de programação pública odontológica no Brasil.

Para computar a produtividade assistencial, todos esses três indicadores apresentam uma virtude em comum: são contabilizados *per capita*. Diferente do “registro de procedimentos”, o “registro *per capita*” é unidade segura e conseqüente para se discutir cobertura e, por derivação, universalização da oferta.

Porém, dos três, a pesquisa utilizou tão somente os dados de TC. Os outros dois foram descartados porque, ambos, apresentam o defeito estrutural de *sempre* produzir sobre-registro e são inespecíficos para registro da efetivação da assistência sob a perspectiva da cobertura.

Resta somente o TC como instrumento específico para se medir a efetividade da *assistência*. Mesmo quando com ele se pode produzir algum sobre-registro. Acontece que esse volume de sobre-registro não é estrutural, i.e., sua precisão pode vir a ser aumentada pelo ajuste dos termos de sua definição.

Os dados dos dois últimos anos do PSF de Campo Grande-MS exemplificam bem a falha do registro de “primeira consulta odontológica programática” em comparação ao “tratamento completado”: nos oito primeiros meses de 2006, as 46 equipes de saúde bucal (ESB) só conseguiram completar 50,92% das primeiras consultas programáticas. Nos doze meses do ano anterior, em 2005, esse índice fora ainda menor (45,55%). (Correia, 2006).

Isso ocorre porque os dados de “primeira consulta odontológica programática” são tão somente dados de captação, do fluxo da porta de entrada (o tratamento iniciado – TI); e são incapazes de expressar com fidelidade a realização dos tratamentos, o fluxo da porta de saída (a alta clínica). O volume registrado pelo primeiro gera uma leitura invariavelmente distorcida e superestimada da capacidade de efetivação da assistência já que, em qualquer serviço, há sempre um nível de evasão por abandono de tratamento (índice de atrição – percentual de pacientes que iniciam o tratamento e não o completam). É o *abandono dos serviços pelos pacientes*.

Além deste fato corriqueiro em todos os serviços, há ainda um problema particular instalado hoje na assistência odontológica do PSF: é o *abandono dos pacientes pelos serviços*. Este decorre da indução provocada pelo sistema de informação sobre a organização dos serviços: se o sistema nacional cobra o registro de primeira consulta, há uma forte orientação administrativa local para se produzir primeira consulta; entretanto, como o sistema não cobra o registro de TC, não há a mesma disposição para se levar a cabo os tratamentos iniciados. Na forma que o sistema de informação está instituído hoje, ele pode ser rotulado com poucas palavras: é “um sistema indutor de abandonos!”.

Se na discussão o indicador de primeira consulta é falho pelos motivos apresentados, o indicador de cobertura pelo PSF é mais falho ainda. Ele erra conceitualmente ao tomar adstrição com sinônimo de cobertura. Ele cria uma confusão semântica assemelhada àquela que se teria ao se aceitar que “pôr cerca numa terra crua significa a mesma coisa que formar uma fazenda”. Ele simplesmente anula todo o trabalho que existe na instituição de um artefato útil, tornando indistintas coisas bens distintas: um sistema local bem administrado e um sistema local mal administrado. Produz um tipo particular e perigoso de definição de cobertura: a da adstrição. Um tipo de “cobertura” limitado a uma definição cartorial vazia.

Esse tipo de “cobertura” seria prontamente denunciado no mercado privado de serviços. Afinal, quem não se sente lesado por um plano de saúde quando sua administração não consegue ofertar os serviços definidos em contrato? Quem se sente coberto por um plano destes?

Mutatis mutandis, o SUS é o serviço contratado pela sociedade política brasileira (via constituição e leis setoriais) para ser “entregue” por seu fornecedor legal (a administração pública setorial no conjunto dos seus níveis) ao seu consumidor legal (o cidadão). E, tal como no mercado, a cobertura no SUS deve ser medida por aquilo que o sistema efetivamente “entrega” (ou pelo que ele é capaz de fazer) e não pelo volume de habitantes que ele adstringe. Afinal, cobertura é condição efetivada por atos conseqüentes reunidos em um conjunto de esforços muito maior que a mera adstrição de uma população numa equipe. Essa mesma adstrição inconseqüente, no mercado, seria francamente denunciada aos serviços de proteção ao consumidor como “propaganda enganosa”. É, portanto, uma denúncia que se faz aqui: são enganosos os dados de “cobertura” da assistência odontológica básica no PSF/SUS.

Novamente ocorre a indução do sistema de informação sobre a organização dos serviços: se o sistema nacional cobra o registro de adstritos, há uma forte orientação administrativa local para a adstrição; entretanto, como o sistema não cobra garantia ao acesso e à realização da oferta (o registro de TC), não há a mesma disposição para se estruturar a oferta de forma a capacitá-la para o esforço de levar a cabo tratamento a todos os habitantes adstritos demandantes de assistência. Pelos mesmos expedientes de indução local, pode-se caracterizar o programa em sua vocação expressas pelos instrumentos de cobertura e de primeira consulta vigentes: um “PSF latifundiário e improdutivo” (“passa a cerca na terra, mas não forma a fazenda e nem a faz produzir”)!

Se há provisões constitucionais e legais que estão sendo esvaziadas pela administração do SUS (no conjunto dos seus níveis), estas não deveriam ser encobertas, mas sim reveladas por indicadores de cobertura tecnicamente apropriados; algo que os indicadores atuais não fazem. Sejam os dados de cobertura, sejam os de primeira consulta, ambos, são francamente inflacionários, distorcedores e irresponsavelmente propagandísticos. Definitivamente, esses indicadores não são sérios!

Ao contrário destes, o TC tem sua virtude original cinqüentenária: registra o número de altas clínicas na unidade *per capita*. Em exercícios sintéticos *ex-ante factum* (para planejamento e programação), as altas clínicas definidas como TC se adéquam à estimação da capacidade nominal de oferta do serviço; i.e., ao cálculo da eficácia dos serviços. Em exercícios analíticos *ex-post factum* (para acompanhamento, controle e avaliação), as altas clínicas definidas como TC registram a assistência programática efetivada. Nestes casos, só se contabiliza o que é “entregue”, a oferta real (realizada) do serviço; representando, portanto, uma espécie de declaração oficial: até ali, o Estado saldou sua dívida assistencial odontológica básica contraída junto ao cidadão-usuário.

Do ponto de vista da efetividade, o TC é um registro formalmente perfeito; desde que ele seja qualificado. Qualificá-lo é distingui-lo em tantos tipos de TC quantos forem os tipos de altas clínicas necessárias à integralização da oferta. É, por exemplo, especificá-lo, na assistência básica como, TC: (i) preventivo individual; (ii) adequador; (iii) restaurador; (iv) cirúrgico; (v) protético (total e PPR). A partir daí, especificá-lo na assistência especializada como, TC: (i) endodôntico; (ii) periodôntico (em caso de cirurgias); (iii) protético (PPF); (iv) ortodôntico; etc.

Qualificá-lo *seria* a evolução “natural” deste conceito formulado há mais de 50 anos. Seria um aperfeiçoamento bastante desejável, já que por concepção, o TC é um conceito que não apresenta qualquer corrupção semântica estrutural.

Porém, nos sistemas de registro oficiais da atenção básica, ao contrário de um desenvolvimento, o conceito de TC tem sido banido. Talvez por ser um instrumento “revelador” (no sentido daquilo que foi discutido anteriormente, o de não ser “encobridor”); ou ainda, talvez por ser um conceito “tradicional”: ele não tem apelo novidadeiro e, seus longos anos de serviços possibilitaram um

expressivo acréscimo de significados outros que distorceram sua definição e ideologizaram o debate sobre sua utilidade.

Relegado, o registro de TC tornou-se prática residual naqueles sistemas locais que já o fazia e que mantiveram a tradição de coletá-lo. Sem uma evolução em sua definição e acumulando significados outros, o TC acabou entendido como registro de toda e qualquer alta clínica na atenção básica; seja ela restauradora ou cirúrgica (sentido original), seja ela preventiva individual ou adequadora (acréscimos após os anos 80). Assim, altas clínicas com níveis distintos de dificuldade técnica passaram a ser confundidas entre si por um registro de TC ancestral, único e não qualificado. Isso acabou também por gerar um tipo particular de sobre-registros na assistência clínica computada como TC. Tipo particular porque o sobre-registro do TC não é ôntico, e sim epistêmico; não é estrutural, mas simples erro; portanto, corrigível. Ao contrário dos sobre-registros da 1ª consulta ou de “cobertura” que são congênitos e sem possibilidade de correção.

Por todas essas diferentes causas de sobre-registro e pelos demais motivos alegados, dos três instrumentos disponíveis para uso no modelo, a escolha desta pesquisa recaiu exclusivamente sobre o TC.

2.4. Outras considerações: sobre a história das variáveis normatizadas

Em 29 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 1.444. Ela estabeleceu os elementos normativos básicos do “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF)”. Com ela, os municípios puderam contar com incentivos federais para dotar suas unidades básicas de saúde da família (UBS-PSF) de estrutura mais adequada ao perfil de oferta mais “amplo”.

Os três únicos elementos normativos desta primeira portaria também estabeleceram entre si uma relação procedimental; pois, dois deles foram estabelecidos como condições e o terceiro, como consequência.

No procedimento, as duas condições programáticas da portaria são: (i) uma variável – a presença ou não de técnico de higiene dental (THD) na equipe de saúde bucal (ESB); e, (ii) uma fixa – a relação de uma ESB para duas equipes de saúde da família (ESF) (exceto em municípios com menos de 6.900 habitantes). A consequência programática é o financiamento: R\$ 13.000,00 ao ano para ESB sem THD (modalidade I); R\$ 16.000,00 ao ano para ESB com THD (modalidade II); e um incentivo extra de R\$ 5.000,00 para cada ESB implantada.

Desde então, o elemento consequência (os valores repassados) foi atualizado por várias portarias subseqüentes. Desde a Portaria 650 publicada em 28 de março de 2006, esses valores estão em: R\$ 20.400,00 ao ano para ESB modalidade I; R\$ 26.400,00 ao ano para ESB modalidade II; e R\$ 7.000,00 de incentivo extra.

Por sua vez, os elementos condicionais da Portaria 1.444 sofreram: uma revisão, uma ampliação e uma consolidação. A revisão foi a Portaria 673 publicada em 04 de junho de 2003 que, desde então, cessou os efeitos da Portaria 1.444. A ampliação foi a Portaria 1.434 publicada em 15 de julho de 2004. A consolidação foi a Portaria 648 publicada em 29 de março de 2006 que, desde então, cessou o efeito de ambas.

A Portaria 673/2003 revisou o elemento normativo condicional fixo da Portaria 1.444, tornando-o variável. Nela ficou estabelecido que “poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica.”.

A Portaria 1.434/2004 introduziu o quarto elemento normativo. Diferente dos três elementos anteriores que são programáticos (são elementos de escolha), o novo é contextual: é o elemento condicional de “compensação de especificidades regionais”. Pela 1.434/2004, a presença deste elemento aumenta “em 50% o valor atual dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios enquadrados nas seguintes situações: I - municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País, (...). II - municípios que atualmente integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estejam enquadrados no estabelecido na alínea I deste artigo, (...). [III] ... municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos e que não estejam incluídos no estabelecido nas alíneas [anteriores ...]”.

A Portaria 648/2006, em vigor, não trouxe nada de substantivamente novo para a saúde bucal. Poderíamos afirmar que ela nasceu velha; pois, mantêm os mesmos elementos da mesma relação procedimental. Nenhum elemento foi suprimido, adicionado ou teve o seu conteúdo modificado. Nela ocorreu a “simples” consolidação da redação do texto normativo que se fragmentou por entre inúmeras portarias. Nela, a variável programática modalidade foi mantida inalterada. Ocorreu, no máximo, a melhora na forma de definição dos outros dois elementos condicionais: quando a variável programática relação ESB:ESF deixou de ser definida de forma vaga; quando a variável contextual “compensação de especificidades regionais” não só foi mantida, como foi promovida à base de classificação geral de todas as ESF, com ou sem saúde bucal.

Quanto à variável relação ESB:ESF, o esforço de precisão da Portaria 648/2006 foi oportuno porque, na prática territorializada do PSF, qualquer opção programática de implantar uma ESB referida a três ou mais ESF; i.e., a três ou mais áreas de abrangência, torna-se provisão programática vazia. Por isso, na consolidação tornaram-se mais precisos os termos normativos vagos (citados anteriormente) da Portaria 673/2003. Na Portaria 648/2006 afirma-se textualmente que é necessária a existência de ESB “com trabalho integrado a uma ou duas ESF” para a incorporação de profissionais da saúde bucal nas ESF. Com isso, interpretações dúbias deixam de existir.

À exemplo do que já acontecia com as ESB que foram divididas em duas modalidades desde a origem; na Portaria 673/2003, as ESF no geral (com ou sem saúde bucal) também passaram a ser classificadas como ESF Modalidade 1 e ESF Modalidade 2. As ESF Modalidade 1 são todas aquelas ESF implantadas em municípios caracterizados pelas condições expressas pela portaria 1.434/2004 (citadas anteriormente); e, as “ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.” Nova redação da definição de ESF Modalidade 1 foi dada pela Portaria 822, publicada em 18 de abril de 2006,

A Portaria 648/2006 ainda acrescentou um quinto outro elemento normativo contextual que, por ser, no mínimo, *insólito*, após esta breve menção, não voltaremos novamente a ele: é a necessidade da “existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente: a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.”. Esse tipo de exigência é adequada ao tipo de gestor que bem se enquadra na máxima: “*Le Brésil n’est pas un pays sérieux.*” (O Brasil não é um país sério) - Frase proferida pelo embaixador brasileiro na França, Carlos Alves de Souza, popularmente atribuída a Charles de Gaulle, para amenizar o que o presidente francês provavelmente teria dito num momento de crise diplomática Brasil-França, nos anos 60: “*Le Brésil n’est pas un pays.*”.

De um modo geral, ao longo destes sete anos, vê-se que, desde a Portaria 1.444/2000, a adesão à saúde bucal no PSF foi sempre facultativa, não-vinculante e não-retroativa para aqueles municípios que já possuíam equipes de saúde da família (ESF). Por isso, hermeneuticamente, ela não contribuiu

para, numa visão monista, dar significado novo ao conceito de atenção básica e sua integralidade, nem para redefinir os conceitos de “equipe” e de “estrutura” mínimas do programa. Ao contrário, ela contribuiu em sentido oposto, pluralista, ao heterogeneizar o perfil de oferta das unidades (possibilitou a coexistência de unidades básicas com *case-mix* diferentes); não só porque a inclusão da saúde bucal no PSF em si foi tratada como variável: pode ou não existir; como também porque, em existindo, ela pode ser normativamente representada em duas modalidades (com ou sem THD) e em duas abrangências (referida a uma ou a duas ESF).

Afora essas questões de semântica cultural setorial, do ponto de vista estrito do planejamento e programação, chama atenção o fato do reduzido número de elementos no texto normativo; e, do ponto de vista das políticas públicas, chama atenção a longevidade dos mesmos.

A princípio, esses dois fatos criam uma impressão de um possível acerto; afinal, poucos elementos e longevidade, sugerem parcimônia e substância. Porém, ao contrário de ser conscientemente minimalista, o texto normativo é reduzido por ser falho e lacunoso; e, sua longevidade reflete mais posturas de oportunismo, conformismo, acomodação e ausência de ímpeto pragmático do que, propriamente, acerto.

Essa crítica ao texto normativo pode parecer demasiadamente dura. Mas, os resultados desta pesquisa em uma mão, e uma constatação geral na outra, dão a ela sua justeza. A constatação é que: os raros acertos programáticos locais são invariavelmente inerentes às qualidades individuais de pessoas, equipes ou cultura administrativa local. Os acertos estão ancorados nos particularismos dos valores locais e não na qualidade das regras que configuram a institucionalidade geral do sistema.

2.5. Sobre o procedimento de representação e a sintaxe das equações do modelo lógico [exercício analítico]

Conforme visto, para os procedimentos analíticos, o modelo foi constituído com 12 variáveis estruturais, ou fatores relevantes; das quais, 11 delas são utilizadas no trato formal da questão da eficácia para a universalidade (P_1)(utilidade) e a décima segunda (ΔX_{n3} – transferência) implicada apenas no trato formal da questão da equidade (P_2)(justiça material).

Na análise de utilidade todo o processo de formalização e cálculo consiste em tão somente utilizar o modelo para correlacionar as estimativas de demanda e de oferta, declarando ambas numa mesma unidade matemática, para que assim se possa estabelecer a eficácia do instrumento em termos *percentuais*.

O cálculo da demanda se faz:

$$D^n = \sum D_{pop} X_4 \quad (h_xhm/aa) \quad (1)$$

Onde,

$$D_{pop} (X_4) = \frac{X_{n1} \times C_1 \times C_2 \times C_3 \times (X_5=1) \times X_7}{X_6} \quad (h_xhm/aa) \quad (2)$$

D pode ser expresso na unidade “ h_xhm/aa ”; ou em Y_1 (oferta de TC), bastando que se divida o resultado por X_7 para promover a mudança para a unidade “ hab/aa ”.

O cálculo da oferta se faz:

$$O = \frac{i \times X_{n2} \times X_8 \times (4 \times 11)}{1 \text{ aa}} \quad (h_x \text{ hm/aa}) \quad (3)$$

Onde,

i é a quantidade de equipes envolvidas no cálculo

O pode ser expresso na unidade " $h_x \text{ hm/aa}$ "; ou em Y_1 (oferta de TC), bastando que se divida o resultado por X_7 para promover a mudança para a unidade " hab/aa ".

Uma vez processados os dois cálculos, faz-se a razão entre eles para se calcular a eficácia global nominal dos recursos mobilizados num determinado arranjo de oferta, a ser expressa em termos percentuais:

$$\text{Eficácia} = \frac{O \quad (h_x \text{ hm/aa})}{D \quad (h_x \text{ hm/aa})} = \% \quad (4)$$

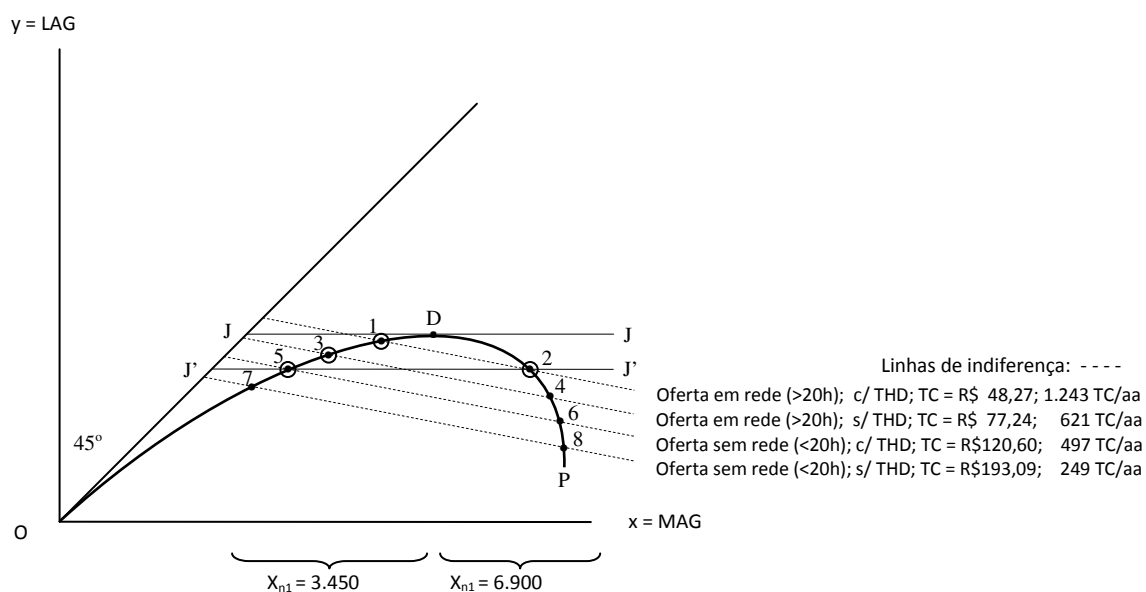
Com esses procedimentos se calcula a eficácia nominal da oferta expressa em número de habitantes potencialmente cobertos, deixando claro em quais condições o princípio da universalidade é traduzido ou não utilitariamente em garantia de acesso programático numa retaguarda cirúrgico-restauradora de um dado sistema municipal de atenção à saúde bucal.

Esse percentual indica nominalmente o nível de eficácia dos recursos mobilizados em diferentes arranjos de oferta. Por isso ele pode ser chamado de PO (potencial de oferta). Em cada arranjo, a eficácia ideal é estimada quando ela é formal e nominalmente capaz de responder a 100% da demanda.

2.6. Sobre os resultados do modelo [ou exercício de julgamento]

Do ponto de vista da utilidade, o recurso do modelo lógico permitiu enquadrar a grande variedade dos casos existentes no país em apenas oito arranjos fundamentais de oferta. Do ponto de vista da utilidade (eficácia e eficiência) esses arranjos se distribuem segundo a Figura 1.

FIGURA 1 – Distribuição das posições de eficiência (Pareto) segundo a desigualdade possibilitada pelo atual ordenamento da assistência à saúde bucal no Saúde da Família



Onde se lê: Arranjo 1 (Pareto 1), representativo da unidade que funciona em rede (pode ofertar mais de 20h semanais para assistência programada; pois urgência/emergência e livre demanda são cobertas por outras unidades), possui THD em atividade assistencial (fechando cavidade), trabalha com uma população adstrita de no máximo 5.000 habitantes.

Todos os arranjos plotados à esquerda do ponto D são paretos subótimos (ineficientes) e à direita são paretos ótimos (eficientes)

Dessas oito posições, apenas 1, 2, 3 e 5 são representativas de eficácia (capacidade de cobertura universal - $\geq 100\%$); e, apenas 2, 4, 6 e 8 são representativas de eficiência (arranjo com alocação ótima de recursos). Vê-se que apenas uma é simultaneamente eficaz e eficiente (Pareto 2).

Se considerarmos que arranjos eficazes são formalmente universalizantes e arranjos eficientes são aqueles que produzem com menos desperdícios; então, aplicando o modelo lógico, podemos dispor os arranjos fundamentais em distintos níveis de eficácia e eficiência, gerando uma ordem de preferência de utilidade nominal para da cobertura assistencial. Pela ordem, os arranjos se dispõem em: (i) eficientes e eficazes (Pareto 2); (ii) ineficientes e eficazes (Paretos 1, 3, 5); (iii) eficientes e ineficazes (Paretos 4, 6, 8); e, (iv) ineficientes e ineficazes (Pareto 7).

Na prática, a aplicação do modelo permite analisar a efetividade das equipes em cada arranjo. Nestas circunstâncias, a eficiência nominal pode ser efetivada em vários graus, inclusive em graus menores ao previsto, transformando arranjos nominalmente eficazes (Paretos 1, 2, 3 e 5) em ineficazes. É quando se dá o processo de *ineficiênciação* (ato ou efeito de tornar ineficiente) (solecismo usado para dizer que uma unidade potencialmente produtiva é improdutiva na prática; já que, rigorosamente, tal ato ou efeito quer dizer que os recursos simplesmente não foram *efetivados* com todo seu potencial). Esse processo pode fazer com que, do ponto de vista da utilidade, um sistema não apresente unidades que mereçam ser destacadas como caso-modelo, independentemente do arranjo de recursos estabelecido.

Do ponto de vista da justiça, toda improdutividade *voluntária* é injusta, seja por desperdício (ineficiênciação – redução voluntária do rendimento), seja por ausência de recurso alocável (ineficaciação – redução voluntária da capacidade). Por isso, a ordem de preferência de utilidade nominal para da cobertura assistencial pode ser redefinida quando adicionalmente submetida a critérios de justiça material. Essa redefinição resulta nas seguintes sentenças normativas derivadas do modelo (ordem de preferência de utilidade e justiça nominal para da cobertura assistencial):

1. Caso justo em exigência utilitária padrão inferior: unidades menos favorecidas (aquelas que não têm condições de operar rede e trabalhar o *case-mix* na oferta de suas unidades) – “adstrição \leq a 5.000 hab. em modalidade 2 (com THD) para qualquer cenário de oferta programática e qualquer cenário de demanda restauradora. (Pareto 2)
2. Caso justo em exigência utilitária padrão superior: unidades mais favorecidas (aquelas que têm condições de ter um número mínimo de unidades, podendo assim estabelecer rede e, com a divisão técnica do trabalho entre as unidades, trabalhar o *case-mix* delas e alcançar o máximo de eficiência) – “adstrição superior a 5.000 hab. em modalidade 2 (com THD) e mais de 20h semanais de oferta programática, para qualquer cenário de demanda restauradora. (Pareto 5)
3. Em todos os casos justos: exigir sempre a presença de THD nas equipes, senão imediatamente, ao menos de forma aprazada conforme pacto de gestores na bipartite. (Paretos 4 e 7)

Com parâmetros de utilidade e de justiça material (idealizados), pode-se aplicar o modelo às situações concretas de efetivação dos sistemas locais (realização da produção – i.e., cobertura).

3. METODOLOGIA

Diferente da validação *ex-ante* que implica em análises nominais da eficácia, eficiência e justiça material; a verificação empírica, *ex post*, é feita com a medição da *efetividade* concreta e situacional que a variável programática experimental X_{n2} (presença de THD na ESB) alcança quando operada em condições próximas à idealidade. Por isso, a **metodologia** de validação do modelo e verificação de sua capacidade preditiva implicou primeiro no esforço de identificação de sistemas locais que registram TC para assim definir o conjunto de casos onde se poderia identificar os casos mais representativos de utilidade e justiça; i.e, aqueles casos que mais se aproximam dos tipos ideais.

Para tanto, foram coletados dados em fontes primárias mediante busca censitária e intencional de informação, tendo como interlocutores os coordenadores municipais de saúde bucal para a busca censitária, e os coordenadores estaduais de saúde bucal para a busca intencional.

O instrumento de coleta de dados foi acompanhado de um termo de consentimento livre e esclarecido com o qual se buscou assegurar ao coordenador que o respondeu ou não, a autonomia para tanto; bem como, indicou a ausência de associação entre a sua opção de resposta com a implicação direta de quaisquer benefícios ou malefícios; ou seja, que sua opção não o colocou em conflito de interesses de qualquer natureza.

O instrumento teve a forma de questionário estruturado aplicado no universo de todos os municípios brasileiros com suas mais de 11.000 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas (Brasil, 2005), para o **mapeamento da oferta de TC no Brasil/SUS e identificação dos “casos modelos”** (Paretos) segundo os oito arranjos utilizados no modelo lógico.

Antes de ser nacionalmente distribuído, esse instrumento foi testado junto aos coordenadores municipais de saúde bucal do entorno do Distrito Federal. A distribuição nacional utilizou os serviços dos correios. O retorno das informações se deu por via postal e via fax.

Além dessa estratégia de coleta, fez-se também a identificação dos “casos modelos” (Paretos) por indicação dos coordenadores estaduais de saúde bucal, por contato telefônico ou presencial. Mas, essa estratégia não foi profícua, em que pese a considerável colaboração de alguns coordenadores estaduais em divulgar a realização da pesquisa e estimular a participação dos coordenadores municipais. A pesquisa permitiu reunir informações nacionais para localizar e selecionar aqueles sistemas locais que, na condição de casos-modelo, representam os tipos fundamentais de oferta clínica programática.

A seleção dos oito “casos modelos” (Paretos) implicou em:

1. análise do conjunto dos dados coletados (análise global do sistema local);
2. identificação dos sistemas locais elegíveis como representantes dos casos-modelo desse estudo;
3. ranqueamento dos sistemas locais elegíveis pelos critérios de utilidade e justiça descritos no item anterior;
4. confirmação dos dados por contato telefônico ou presencial com os coordenadores municipais de saúde bucal que os forneceram;
5. solicitação de informações adicionais.

Conforme visto nesta introdução, no item de sintaxe do modelo, o modelo é capaz de estimar a PO (potencial de oferta) dos sistemas locais mediante um percentual que indica nominalmente o nível de eficácia dos recursos mobilizados em diferentes arranjos de oferta. Em cada arranjo, a eficácia ideal é estimada quando ela é formal e nominalmente capaz de responder a 100% da demanda.

A análise global dos sistemas locais foi feita ao se cotejar a PO nominal com os dados coletados; procedimento que permitiu definir o potencial de oferta efetivada (POE), que é a taxa de efetivação da eficácia nominal. Onde 100% significam que há a efetivação de todo o potencial previsto pelo modelo. Valores acima indicam uma efetivação superior àquela estimada pelo modelo; i.e., que a administração local extrai dos recursos um rendimento superior àquele considerado esperado e razoável. Valores abaixo indicam o oposto, que há a ineficiência administrativa no uso dos recursos mobilizados, indicam desperdícios de recursos.

A identificação dos sistemas locais elegíveis como representantes dos casos-modelo desse estudo é tão somente identificar quais os sistemas tiveram POE próximas ou superiores a 100%.

Com esses cinco procedimentos listados acima, buscou-se verificar o modelo; apontar a correspondência entre o grau de eficácia e eficiência das variáveis programáticas formalizadas no modelo lógico com o grau de efetividade experimentado/observado. Com isso, os dados de realidade foram convocados pela formalização teórica para acusar correspondência entre lógica (validação) e empiria (verificação), para realizar o diálogo experimental que tanto caracteriza a ciência (Prigogine, 1997).

4. Resultados

4.1. Resultados gerais

Considerando que a maioria dos municípios brasileiros apresenta equipes de saúde bucal (ESB) implantadas em seus PSF, fez-se a opção por enviar para todos os secretários municipais de saúde, indistintamente, pelos correios, correspondência solicitando-lhes autorização para coleta de dados (5.564 municípios inqueridos); bem como, solicitando-lhes encaminhar o termo de consentimento e o instrumento de coleta aos respectivos coordenadores municipais de saúde bucal ou profissional em função assemelhada (ver Apêndice 1).

Como é de praxe, esperávamos que aproximadamente 20% da população de estudo respondessem a chamada da pesquisa. Sabíamos que para essa resposta acontecer, era necessária a observância de dois critérios de elegibilidade: (i) o município deveria oferecer atenção à saúde bucal nas equipes do PSF (ESF) de seus sistemas locais; (ii) e, a assistência odontológica prestada pelas ESB deveria se dar num modelo de atenção racionalizado; i.e., capaz de fazer avançar as forças produtivas locais ao ponto delas serem capazes de oferecer tratamentos odontológicos e, assim, ultrapassar a lógica da oferta tradicionalmente orientada para a realização de procedimentos atomizados na urgência/emergência e em ambulatórios de livre demanda.

Estimávamos que o impacto do segundo critério de elegibilidade pudesse reduzir bem o volume das respostas, tendo em vista que as regras específicas da saúde bucal, atualmente vigentes na institucionalidade do SUS, são completamente omissas quanto ao modelo de atenção a ser operado pelas ESB implantadas, como também são omissas no registro das altas clínicas curativas da assistência básica odontológica, já que não há nos sistemas de informação qualquer instrumento de registro, a exemplo do tradicional TC.

Em que pese estas previsões iniciais, foi surpreendente para nós o baixíssimo nível de respostas à pesquisa. Dos 3.395 municípios registrados no SIAB em fevereiro de 2005 com ESB implantada, apenas 239 (6%) destes informaram possuir alguma ESB com assistência programada racionalizada para a efetivação de TC. Destes municípios, 230 (96%) enquadraram suas ESB entre os modelos da pesquisa (Paretos do modelo lógico).

O Quadro 4.1.1 lista todos os municípios, que declararam possuir alguma ESB com assistência odontológica em modelo de atenção programado, no qual se efetive tratamento comprometido com alta clínica, independentemente de registrá-la ou não na forma de TC.

A Tabela 4.1.1 estabelece a proporção desses mesmos municípios com o universo de municípios que constam no SIAB com ESB implantada.

TABELA 4.1.1 – MUNICÍPIOS QUE DECLARARAM POSSUIR ESB QUE OFERECEM ASSISTÊNCIA NA FORMA DE TRATAMENTO PROGRAMADO, EM RELAÇÃO AOS IMPLANTADOS NO SIAB⁽¹⁾, POR REGIÃO.

Região	Constam no SIAB com ESB:	Responderam:	Representam na região:
Norte	318	12	3,77%
Nordeste	1.586	63	3,97%
Centro-oeste	417	24	5,76%
Sudeste	868	99	11,41%
Sul	806	41	5,09%
Brasil	3.995	239	5,98%

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.
(1) BRASIL/MS/SIAB – fevereiro de 2006

4.1.1. – Mapa do TC no Brasil

Quanto aos dados obtidos:

1. Destaca-se o caráter residual da prática de oferta orientada para TC no país.
2. De todos os municípios brasileiros inqueridos, apenas 6% dos que implantaram ESB declararam realizar TC; e quase a metade destes (41%) encontram-se na região sudeste, notadamente em São Paulo e Minas Gerais.
3. Foi o sudeste a única região a ultrapassar a marca dos 10% dos seus municípios com ESB implantada que realizam TC (com 11,41%); as demais regiões variaram internamente em torno de 5% (Entre 3,77% e 5,76%).

Na leitura desses resultados, o silêncio de 94% dos municípios com ao menos uma ESB implantada é um estrondoso grito de alerta. Ele sugere que:

- (i) há poucos municípios trabalhando com oferta assistencial programada. Isso é temeroso porquanto o PSF se propõe à mudança de modelo assistencial, como também, porquanto a oferta não programática é o espólio inampiano, base sobre a qual se fez a unificação do SUS. Herança não suficientemente expurgada de suas características atomizantes que ainda sobrevivem, obviamente travestidas, ao longo dos quase 20 últimos anos de história do setor saúde;
- (ii) há provavelmente muito receio entre os municípios em repassar informação sobre suas ESB. Isso é temeroso porquanto a rápida expansão, ainda em andamento, do número de municípios que implantaram ESB nos seus PSF a partir de princípios de 2001, justamente quando começaram a ocorrer os repasses federais na forma de PAB variável. A imagem reversa dos dados coletados nessa pesquisa (o negativo dessa tomada de exposição) sugere a hipótese forte de que há uma gigantesca bagunça assistencial sob esse processo, contradizendo o bordão cunhado para o PSF: ser a estratégia de “reorganização da atenção básica”.

A coletânea dessas primeiras informações reunidas, quando analisadas com o modelo lógico da pesquisa, especificamente quanto à quantidade de TC produzidos em média por cada ESB implantada, apontava muita discrepância entre os dados coletados e as predições; algo que, se assim permanecesse, encerraria a pesquisa, invalidaria o modelo e geraria uma enorme lacuna explicativa para dados tão desbaratados.

Frente a esse impasse, a escolha foi modificar a metodologia. Conforme originalmente proposto a confirmação dos dados só se daria, por telefone, naquelas situações onde fossem encontradas ESB elegíveis como representantes dos casos-modelo (Paretos) desse estudo. Essa etapa foi mantida, porém, dadas as intercorrências na primeira fase, optamos por também solicitar essa confirmação para todos os municípios que responderam ao chamado da pesquisa. A solicitação de confirmação se fez com a apresentação de numa carta contendo um arrazoado dos dados enviados, embasado em algumas análises e algumas considerações adicionais (ver Apêndice 2). Essa carta foi, na maioria dos casos, entregue reiteradas vezes por e-mail e, complementarmente, pelos correios (carta registrada com aviso de recebimento). Mesmo aqueles casos que não suscitaram qualquer dúvida, foram igualmente notificados com todas as mesmas considerações adicionais; tais notificações apenas seguiram acusando que não percebemos qualquer inconsistência.

Novamente o padrão de respostas nos surpreendeu; pois, somando os municípios nos quais não havia motivo para confirmação (declaramos que eles não suscitavam dúvidas), com aqueles que retornaram e responderam as dúvidas de inconsistência com retificação, explicação ou confirmação, houve uma nova perda em mais de 50%.

QUADRO 4.1.1 – MUNICÍPIOS QUE DECLARARAM POSSUIR ESB QUE OFERECEM ASSISTÊNCIA NA
FORMA DE TRATAMENTO PROGRAMADO

continua

UF	Município	UF	Município	UF	Município
AC	Plácido de Castro	MG	Bela Vista de Minas	MT	União do Sul
AL	Jacaré dos Homens	MG	Brumadinho	PA	Ananindeua
AL	Maceió	MG	Campanha	PA	São Félix do Xingu
AL	Pindoba	MG	Capim Branco	PB	Caturité
AL	Rio Largo	MG	Carbonita	PB	Nazarezinho
AM	Lábrea	MG	Divinésia	PB	Nova Olinda
BA	Abaré	MG	Doresópolis	PB	Ouro Velho
BA	Caculé	MG	Espera Feliz	PB	Patos
BA	Irecê	MG	Ewbank da Câmara	PB	Pedras de Fogo
BA	Madre de Deus	MG	Francisco Dumont	PB	Pilar
BA	Salvador	MG	Gouveia	PB	São José dos Ramos
BA	Santa Bárbara	MG	Guarani	PB	Tavares
BA	Vera Cruz	MG	Ipiúna	PE	Afogados da Ingazeira
CE	Altaneira	MG	Itapagipe	PE	Afrânio
CE	Baixio	MG	Itumirim	PE	Calumbi
CE	Canindé	MG	Japonvar	PE	Dormentes
CE	Choró	MG	Jequitibá	PE	Orobó
CE	Eusébio	MG	Lagoa da Prata	PE	Serrita
CE	Farias Brito	MG	Lontra	PI	Campinas do Piauí
CE	Frecheirinha	MG	Luz	PI	Padre Marcos
CE	Guaiúba	MG	Maripá de Minas	PI	Porto Alegre do Piauí
CE	Guaramiranga	MG	Monte Santo de Minas	PR	Apucarana
CE	Ibiapina	MG	Monte Sião	PR	Bom Jesus do Sul
CE	Independência	MG	Nanuque	PR	Cafelândia
CE	Ipueiras	MG	Oliveira Fortes	PR	Cambé
CE	Jaguaribara	MG	Ouro Branco	PR	Cambira
CE	Jucás	MG	Pai Pedro	PR	Castro
CE	Maranguape	MG	Patrocínio	PR	Dois Vizinhos
CE	Marco	MG	Pedras de Maria da Cruz	PR	Francisco Beltrão
CE	Massapê	MG	Piedade do Rio Grande	PR	Ibiporã
CE	Paramoti	MG	Pratinha	PR	Itambaracá
CE	Quixeramobim	MG	Quartel Geral	PR	Londrina
CE	São Gonçalo do Amarante	MG	Rio Doce	PR	Renascença
CE	São João do Jaguaribe	MG	Rodeiro	PR	São Tomé
CE	Tiangúá	MG	Santa Bárbara	PR	Tibagi
CE	Ubajara	MG	Santa Bárbara do Monte Verde	RJ	Angra dos Reis
CE	Umirim	MG	Santa Rita de Jacutinga	RJ	Areal
ES	Brejetuba	MG	Santana do Garambéu	RJ	Bom Jesus do Itabapoana
ES	Cachoeiro do Itapemirim	MG	Santo Hipólito	RJ	Itaboraí
ES	Guarapari	MG	São José do Divino	RJ	Miracema
ES	Marechal Floriano	MG	São Sebastião da Bela Vista	RJ	Piraí
ES	Rio Bananal	MG	São Sebastião do Rio Preto	RJ	Santa Maria Madalena
ES	Vitória	MG	Tombos	RJ	Volta Redonda
GO	Água Fria de Goiás	MG	Unai	RN	Canguaretama
GO	Campinorte	MG	Virgínia	RN	Jardim do Seridó
GO	Cezarina	MG	Virgolândia	RN	João Câmara
GO	Divinópolis de Goiás	MS	Amambaí	RN	Messias Targino
GO	Goiânia	MS	Campo Grande	RN	Natal
GO	Goianira	MS	Eldorado	RN	Nísia Floresta
GO	Orizona	MS	Jaraguari	RN	Serrinha
GO	Padre Bernardo	MS	São Gabriel do Oeste	RR	Pacaraima
GO	Santa Isabel	MS	Sidrolândia	RS	Água Santa
GO	Silvânia	MS	Taquarussu	RS	Ajuricaba
GO	Valparaíso de Goiás	MS	Três Lagoas	RS	Alto Feliz
MA	Lima Campos	MT	Cláudia	RS	Catuípe
MA	São José de Ribamar	MT	Guarantã do Norte	RS	Caxias do Sul
MA	Sítio Novo	MT	Guiratinga	RS	Chувиска
MG	Araporã	MT	Lucas do Rio Verde	RS	David Canabarro

QUADRO 4.1.1 – MUNICÍPIOS QUE DECLARARAM POSSUIR ESB COM OFERTA DE ASSISTÊNCIA NA
FORMA DE TRATAMENTO PROGRAMADO

				conclusão	
UF	Município	UF	Município	UF	Município
RS	Dois Irmãos das Missões	SE	Itabaiana	SP	Morro Agudo
RS	Entre Rios do Sul	SE	Neópolis	SP	Murutinga do Sul
RS	Estrela	SP	Águas de Lindóia	SP	Novais
RS	Gravataí	SP	Amparo	SP	Ourinhos
RS	Itaqui	SP	Araçatuba	SP	Parapuã
RS	Marques de Souza	SP	Araras	SP	Penápolis
RS	Mato Queimado	SP	Barueri	SP	Pindamonhangaba
RS	Nova Palma	SP	Cássia dos Coqueiros	SP	Rancharia
RS	Santa Cruz do Sul	SP	Eldorado	SP	Santana de Parnaíba
RS	São José das Missões	SP	Embaúba	SP	Santo Antônio da Alegria
RS	São Valentim	SP	Embu-Guaçu	SP	Santo Antônio de Posse
RS	Segredo	SP	Ferraz de Vasconcelos	SP	São Caetano do Sul
RS	Westfalia	SP	Florínia	SP	São Manuel
SC	Caibi	SP	Gália	SP	São Paulo
SC	Faxinal dos Guedes	SP	Hortolândia	SP	São Sebastião
SC	Indaial	SP	Ilha Comprida	SP	Severínia
SC	Ipira	SP	Itapirapuã Paulista	SP	Taboão da Serra
SC	Laguna	SP	Jandira	SP	Ubirajara
SC	Paial	SP	Lindóia	TO	Araguaína
SC	São Ludgero	SP	Luís Antônio	TO	Ponte Alta do Tocantins
SE	Aracaju	SP	Mauá	TO	Presidente Kennedy
SE	Cumbe	SP	Miracatu		

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

Para fins da apresentação que seguirá, ambos os tipos de caso, os que não suscitaram dúvidas e os que confirmaram, doravante serão tratados indistintamente como casos com informações confirmadas.

O lado positivo dessa perda foi que, junto aos municípios que não confirmaram os dados, foi-se também a quase totalidade dos casos de inconsistência apontada nas predições do modelo lógico da pesquisa. Assim, voltou a ser possível verificar e analisar a validade externa do modelo lógico como modelo de avaliação nacionalmente válido.

Os municípios que confirmaram os dados estão apresentados no quadro 4.1.2.

A Tabela 4.1.2 restabelece a proporção desses mesmos municípios com o universo de municípios que constam no SIAB com ESB implantada.

Vale registrar que apenas 4 municípios declararam a participação do THD em rotinas clínicas operatórias restauradoras (“fechando”): Ibiporã-PR; Castro-PR; São Paulo-SP; Barueri-SP.

QUADRO 4.1.2 – MUNICÍPIOS QUE CONFIRMARAM DADOS DE ASSISTÊNCIA NA FORMA DE TRATAMENTO PROGRAMADO

UF	Município	UF	Município	UF	Município
AL	Jacaré dos Homens	MG	São Sebastião da Bela Vista	RS	Entre Rios do Sul
AM	Lábrea	MG	Tombos	RS	Estrela
CE	Choro	MG	Virgolândia	RS	Itaqui
CE	Guaramiranga	MS	Amambaí	RS	Marques de Souza
CE	Jaguaribara	MS	Campo Grande	RS	Nova Palma ⁽⁸⁾
CE	Paramoti	MS	Eldorado	RS	São José das Missões
CE	Quixeramobim ⁽¹⁾	MS	Jaraguari	RS	São Valentim
CE	São Gonçalo do Amarante	MS	São Gabriel do Oeste	RS	Westfalia
CE	São João do Jaguaribe	MS	Três Lagoas	SC	Indaial
CE	Tianguá	MT	Cláudia ⁽⁴⁾	SC	Laguna
ES	Cachoeiro do Itapemirim	MT	Lucas do Rio Verde	SE	Aracaju
ES	Rio Bananal	MT	União do Sul	SE	Cumbe ⁽⁵⁾
GO	Água Fria de Goiás	PB	Nazarezinho	SE	Itabaiana
GO	Campinorte	PE	Calumbi	SE	Neópolis
GO	Orizona	PI	Porto Alegre do Piauí	SP	Araçatuba
GO	Santa Isabel	PR	Bom Jesus do Sul	SP	Araras
MA	São José de Ribamar	PR	Cafelândia ⁽⁵⁾	SP	Barueri ⁽⁷⁾
MG	Araporã ⁽²⁾	PR	Cambé ⁽³⁾	SP	Cássia dos Coqueiros
MG	Campanha	PR	Cambira	SP	Embu-Guaçu
MG	Doresópolis	PR	Castro ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	SP	Florínia
MG	Gouveia	PR	Ibiporã ⁽⁷⁾	SP	Gália
MG	Guarani ⁽³⁾	PR	Londrina	SP	Hortolândia
MG	Japonvar	PR	Renascença	SP	Lindóia
MG	Lontra	PR	São Tomé	SP	Miracatu
MG	Luz	RJ	Angra dos Reis	SP	Ourinhos
MG	Oliveira Fortes	RJ	Miracema ⁽⁵⁾	SP	Penápolis
MG	Ouro Branco	RJ	Volta Redonda	SP	Santana de Parnaíba
MG	Patrocínio	RN	Canguaretama	SP	Santo Antônio da Alegria
MG	Pedras de Maria da Cruz	RN	Jardim do Seridó	SP	São Caetano do Sul
MG	Piedade do Rio Grande	RN	João Câmara ⁽⁴⁾	SP	São Paulo ⁽⁷⁾
MG	Quartel Geral	RS	Ajuricaba	SP	Ubirajara
MG	Rodeiro	RS	Alto Feliz	TO	Araguaína
MG	Santa Bárbara	RS	Catuípe	TO	Ponte Alta do Tocantins
MG	Santa Bárbara do Monte Verde	RS	Caxias do Sul	TO	Presidente Kennedy
MG	Santa Rita de Jacutinga	RS	Chувиска		
MG	Santana do Garambéu	RS	David Canabarro ⁽¹⁾		

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

- | | |
|---|---|
| (1) TC ofertado, porém o dado não é registrado | (5) Todo tipo de alta é registrado como TC, inclusive urgências e emergências, logo há sobre-registro |
| (2) Deixou de ser coordenador, mas confirmou os dados | (6) CMSB declarou não estar seguro da qualidade das informações e se há sobre-registro |
| (3) Série histórica incompleta, pouco tempo de dados | (7) A THD divide o trabalho restaurador (fecha) |
| (4) TC ofertado, porém o dado não é registrado | (8) Registro indireto e confiável de TC |

TABELA 4.1.2 – MUNICÍPIOS QUE CONFIRMARAM DADOS DE ASSISTÊNCIA NA FORMA DE TRATAMENTO PROGRAMADO, EM RELAÇÃO AOS IMPLANTADOS NO SIAB ⁽³⁾, POR REGIÃO.

Região	Constam no SIAB: (%)		Confirmaram: (%)		Representam na região: (%)		Representam no Brasil: (%)	
	Norte	318	8,0	6	5,7	1,89		0,15
Nordeste ⁽¹⁾	1.586	39,7	18	17,0	1,13		0,45	
Centro-oeste	417	10,4	13	12,3	3,12		0,33	
Sudeste	868	21,7	44	41,5	5,07		1,10	
Sul ⁽²⁾	806	20,2	25	23,6	3,10		0,63	
Brasil	3.995	100	106	100	1,89		2,65	

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

(1) Proporcionalmente, nessa região menos municípios confirmaram dados

(2) Proporcionalmente, nessa região mais municípios confirmaram dados

(3) BRASIL/MS/SIAB – fevereiro de 2006

4.1.2. – O TC como instrumento de programação

A confirmação dos dados destaca:

1. O descaso atual na institucionalidade SUS para com essa histórica unidade de efetividade curativa na assistência básica programada;
2. Frente a esse descaso, faltam instrumentos de programação consistentes para o registro de efetivação assistencial, dada à baixa validade interna do instrumento atualmente em uso que é referido ao início de tratamento, e não à sua conclusão e às possíveis perdas no curso do atendimento;
3. O abandono do TC como instrumento de programação, seja na perspectiva prática de seu registro, seja na perspectiva teórica, quanto ao domínio conceitual sobre o que deve ser notificado sob o mesmo.
4. Em termos conceituais, pode-se verificar expressiva perda de sentido dos dados fornecidos inicialmente pelos coordenadores municipais quando, com base no modelo lógico da pesquisa, os municípios foram questionados quanto à consistência dos mesmos. O que se obteve por parte de mais da metade (56%) destes foi um grande silêncio; do qual deduz-se que esses informantes iniciais não sustentaram suas informações e presume-se que os dados não eram de qualidade.
 - 4.1. Essa perda foi mais sentida no nordeste, ao alcançar 71%;
 - 4.2. Ela foi menos sentida no sul, limitando-se a 39%;
 - 4.3. No sudeste ela se manteve exatamente na média, com 56%.
5. Ainda em termos conceituais, tais perdas traduzem debilidades quando:
 - 5.1. Seu uso não é restrito a oferta programática, ao se incluir no registro do TC a notificação da alta de pacientes de urgência, emergência e retornos (Ex.: queda de restaurações) – debilidade forte;
 - 5.2. Pela tradição, seu uso não é restrito a procedimentos curativos (cirúrgicos menores e restauradores) da atenção básica, pois ocorre no registro do TC a notificação de alta clínica de pacientes sem demanda curativa, os quais “apenas” fizeram uso da clínica para

procedimentos preventivos individuais (PPI) (raspagens, profilaxias e fluoroterapia) – debilidade fraca.

- 5.2.1. A tradição debilita o conceito de TC porque, por ela, registra-se qualquer alta clínica indistintamente. Por isso, é mais correto entender a debilidade fraca como uma extensão conceitual mais ampla de TC em prejuízo aos instrumentos de programação, pois o que se faz é registrar a alta clínica daqueles pacientes eletivos nos quais “só” foram realizados Procedimentos Preventivos Individuais (PPI), já que eles não demandavam procedimentos curativos. Aí então, TC é entendido como tão somente alta clínica; e não como aqui se entende: alta clínica curativa. Nesse caso, há prejuízos aos instrumentos de programação porque o número de TC registrados confunde demandas clínicas distintas: a preventiva/promocional e a curativa, ambas com seus conjuntos de procedimentos clínicos próprios. Considerando que o maior desafio assistencial é a universalização da assistência curativa, na falta do desenvolvimento técnico do instrumento para discriminar distintamente o TC curativo do TC de PPI, a “contaminação clássica” do TC curativo com dados de TC de PPI gera um sobre-registro que enfraquece esse indicador. Esta confusão, reduz a potencialidade do registro de TC como informação para retroalimentação do planejamento daquela parte da programação clínica que é mais difícil e desafiadora: a assistência curativa.
6. Em termos práticos, são provavelmente duas determinações que sustentam a organização residual da assistência para a efetivação do TC. Por um lado, a tradição de programação típica do sudeste e do sul do país, herdeira da cultura programática sespiana que se difundiu entre os anos 50 e 80 do século passado; por outro lado, a emergência do desafio de organização de sistemas locais de saúde bucal, notadamente no nordeste, a partir do início do processo de municipalização. Nesses últimos, objetiva-se romper com o legado inampiano hegemônico (oferta atomizada em procedimentos) buscando o paradigma da programação (oferta orientada a tratamentos); porém aí, na falta de tradição local, e/ou normas federais orientadoras, e/ou cooperação técnica suficiente, essa transição não se realiza com sucesso.

4.2. Resultados de utilidade: POE

4.2.1 - Quanto à medida de utilidade a partir do dado de efetivação de TC:

Com os dados confirmados e as principais inconsistências eliminadas foram calculados o Potencial de Oferta Efetivado (POE) e a Demanda Efetivada (DE); ambos, expressos em valores percentuais onde a marca 100% corresponde:

- (i) no POE ao volume de efetivação de TC pelas ESB conforme previsto pelo modelo lógico para aquela situação. Valores menores significam que na referida situação, o modelo lógico predizia uma efetivação maior de TC, portanto a produtividade assistencial ficou abaixo do possível. Valores maiores, ao contrário, traduzem uma efetivação maior de TC e uma produtividade assistencial acima do parametrizado;
- (ii) na DE ao volume de demanda estimada (pelo modelo lógico para aquela situação) que foi efetivado com a oferta de TC pelas ESB. Valores maiores não representam necessariamente POE maiores, uma vez que podem ser obtidos com a redução da população adstrita por ESB; ao inverso, valores menores também não significam POE menores, uma vez que podem ser obtidos com o aumento da população adstrita por

ESB. Valores significativos de DE são aqueles iguais ou maiores que 100%, onde há a adstrição preconizada pelo modelo (em torno de 6.900 habitantes para as situações favoráveis à racionalização programática e aproximadamente 4.650 habitantes para as situações desfavoráveis).

TABELA 4.2.1 – POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO, POR MUNICÍPIO. (%)

continua									
UF	Município	POE P1	POE P2	POE P3	POE P4	POE P5	POE P6	POE P7	POE P8
AL	Jacaré dos Homens			22					
AM	Lábrea							97	
CE	Choro			15					
CE	Guaramiranga	33		64					
CE	Jaguaribara			31				4	
CE	Paramoti								59
CE	São Gonçalo do Amarante	30		45					
CE	São João do Jaguaribe				48			23	
CE	Tianguá				12				
ES	Cachoeiro do Itapemirim				52				
ES	Rio Bananal			13					
GO	Água Fria de Goiás			12					
GO	Campinorte	18	27						
GO	Orizona							107	
GO	Santa Isabel			25					
MA	São José de Ribamar			145					
MG	Araporã	31							
MG	Campanha			25					
MG	Doresópolis			21					
MG	Gouveia	54		121					
MG	Japonvar			31					
MG	Lontra		19						
MG	Luz		30						
MG	Oliveira Fortes			60					
MG	Ouro Branco				128				
MG	Patrocínio		82						
MG	Pedras de Maria da Cruz	15							
MG	Piedade do Rio Grande	34							
MG	Quartel Geral	32							
MG	Rodeiro			33					
MG	Santa Bárbara					40		65	
MG	Santa Bárbara do M. Verde			20					
MG	Santana do Garambéu			15					
MG	São Sebastião da Bela Vista			13					
MG	Tombos	18		35					
MG	Virgolândia			41					
MS	Amambaí								99
MS	Campo Grande			36					
MS	Eldorado								67
MS	Jaraguari			26					
MS	São Gabriel do Oeste			4					
MS	Três Lagoas							67	
MT	Lucas do Rio Verde			33					
MT	União do Sul				11				
PB	Nazarezinho							17	
PE	Calumbi			28					
PI	Porto Alegre do Piauí							7	
PR	Bom Jesus do Sul			61					
PR	Cambira			20					
PR	Ibiporã		129*	148					
PR	Londrina		1						
PR	Renascença			62					
PR	São Tomé		54						
RJ	Angra dos Reis			11					
RJ	Volta Redonda	24		50					
RN	Canguaretama			16					
RN	Jardim do Seridó			44					
RS	Ajuricaba			58					
RS	Alto Feliz			55					

TABELA 4.2.1 – POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO, POR MUNICÍPIO. (%)

UF	Município	conclusão							
		POE P1	POE P2	POE P3	POE P4	POE P5	POE P6	POE P7	POE P8
RS	Catuípe				48				
RS	Caxias do Sul				100				
RS	Chувисca			5					
RS	Entre Rios do Sul			92					
RS	Estrela			17					
RS	Itaqui			7					
RS	Marques de Souza			76					
RS	Nova Palma			123					
RS	São José das Missões			14					
RS	São Valentim			86					
RS	Westfalia			77					
SC	Indaial				62				
SC	Laguna				21				
SE	Aracaju				33				
SE	Cumbe			114					
SE	Itabaiana			20	24				
SE	Neópolis	26		56					
SP	Araçatuba				43				
SP	Araras			34					
SP	Barueri						71*		91
SP	Cássia dos Coqueiros			40					
SP	Embu-Guaçu			65					
SP	Florínia			8					
SP	Gália				139				
SP	Hortolândia			46					
SP	Lindóia				105				
SP	Miracatu			13					
SP	Ourinhos			59					
SP	Penápolis	36	42						
SP	Santana de Parnaíba			31					
SP	Santo Antônio da Alegria			57					
SP	São Caetano do Sul		36						
SP	São Paulo		19*		97		74*		172
SP	Ubirajara			48					
TO	Araguaína			33					
TO	Ponte Alta do Tocantins			30					
TO	Presidente Kennedy			38					
Número de municípios que confirmaram dados sem discrepâncias: TOTAL = 96									
Número de vezes que o Pareto foi acusado:									
TOTAL n= 113		n=12	n=10	n=60	n=15	n=1	n=2	n=8	n=5
100%		10,6	8,9	53,1	13,2	1,0	1,8	7,0	4,4

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

* THD fecha

** THD não fecha

As Tabelas 4.2.1.; 4.2.2.; 4.2.3 e 4.2.4 apresentam valores de POE.

A Tabela 4.2.1 apresenta o POE por município, segundo as posições de eficiência (Paretos) previstas pelo modelo lógico. Destacam-se os valores de cada caso; bem como, os valores médios e máximos de todos os casos. Os dados dessa tabela se referem aos 96 municípios que confirmaram dados, no universo dos 106 municípios que confirmaram dados de TC. Dos 11 municípios restantes, 2 apresentaram série de dados menor que 12 meses (Cambé-PR e Guarani-MG), 4 confirmaram a oferta, mas declararam não registrá-la (Quixeramobim-CE, Cláudia-MT, João Câmara-RN e David Canabarro-RS), 4 apresentaram dados confirmados, porém com discrepância por sobre-registro não corrigível, uma vez que incluem nos dados de TC altas de urgência-emergência (ver item 4.2.2).

Valores superiores a 100% do POE são perfeitamente admissíveis considerando:

1. a tolerância do modelo, com margem de segurança teoricamente configurada quando se optou por parâmetros de produtividade razoáveis ao invés de valores máximos atribuídos em função de uma leitura taylorista extremada.

Porém, é importante frisar que todos os municípios que foram considerados representativos do seu Pareto, após contato telefônico, confirmaram incluir altas de PPI no registro de TC. Em relação ao modelo lógico dessa pesquisa, que é exclusivo para a assistência curativa, essa prática gerou sobre-registro dos dados, ou seja, os valores de POE e DE passaram a apresentar um viés de alta, menos expressivo em situações municipais indexadas em CPOD mais alto e mais expressivo em situações de CPOD mais baixo. Isso porque, situações de CPOD mais baixo apresentam um volume maior de indivíduo sem necessidade curativa, portanto, um volume maior de TC de PPI, e vice-versa.

Assim, valores superiores a 120% do POE são perfeitamente admissíveis considerando:

1. a imputação de sobre-registro por TC de PPI que gera uma inflação no registro de TC, se esse for entendido, tal como é nesta pesquisa, como estritamente referido à alta curativa.

Os casos dos valores acima de 120% do POE são Ibiporã-PR, São José do Ribamar-MA, Gália-SP, Nova Palma-RS e Ouro Branco-MG. Em nenhum deles, como de resto em todos os casos aqui considerados, há sobre-registro com notação de procedimentos ao invés de altas (*per capita*), ou com registros de altas de urgência/emergência.

Os casos de Patrocínio com 82% de POE no Pareto 2 (com THD, mas que não fecha) aparentemente discrepante, e de São Paulo com 172% no Pareto 7 (sem THD) realmente discrepante, serão considerados com especial detalhamento mais à frente.

Da Tabela 4.2.1., vê-se que 81 municípios (84,3%) implantam ESB somente em um arranjo de oferta (com um tipo de Pareto); 14 municípios (14,6%) implantam ESB em dois arranjos de oferta (com dois tipos de Pareto) (em Guaramiranga, São Gonçalo do Amarante, Gouveia, Tombos, Volta Redonda, Neópolis, Ibiporã, Barueri, Jaguaribara, São João do Jaguaribe, Campinorte, Santa Bárbara, Itabaiana e Penápolis) (nos oito primeiros há ESB com e sem THD); e, apenas São Paulo (1,0%) apresentou oferta em quatro arranjos distintos. Afora esses, não se verificou outra variação de arranjos de oferta.

Da Tabela 4.2.1., vê-se ainda que os municípios que oferecem TC se distribuem pelas regiões brasileiras com as seguintes proporções: 6% no norte, 17% no nordeste, 13% no centro-oeste, 42% no sudeste e 22% no sul.

A Tabela 4.2.2. apresenta valores médios, maiores e típicos do potencial de oferta efetivado, segundo as posições de eficiência (Paretos) previstas pelo modelo lógico, por município. Nesta tabela são destacados os municípios eleitos como casos típicos (com valores aproximados à idealização do

modelo lógico), nos quais estão incluídos todos os municípios com POE máximos, superiores ou próximos a 100% e, com POE próximos a 50% nos casos dos Paretos 1, 2 e 5 onde há ESB com THD que não “fecham”; visto que não fechar implica formalmente em reduzir pela metade a produtividade assistencial curativa.

TABELA 4.2.2 – VALORES MÉDIOS, MAIORES E TÍPICOS DO POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO, POR MUNICÍPIO NÃO DISCREPANTE. (%)

	POE P1	POE P2	POE P3	POE P4	POE P5	POE P6	POE P7	POE P8
Média	29,3	41,9	43,8	61,5	40,0	72,5	48,4	79,0 ⁽¹⁾
Maior	54 Gouveia	129 Ibiporã *	148 Ibiporã *	139 Gália	40 Santa Bárbara **	74 São Paulo *	107 Orizona	99 Amabaí
Típicos	54 Gouveia **	129 Ibiporã *	148 Ibiporã	139 Gália	40 Santa Bárbara **	ND	107 Orizona	99 Amambaí
		62(1) Patrocínio **	145 S. J. Ribamar	105 Lindóia			97 Lábrea	
		54 São Tomé **	123 Nova Palma	128 Ouro Branco				
			121 Gouveia	100 Caxias do Sul				
			92 Entre Rios Sul	97 São Paulo				

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

* THD fecha

** THD não fecha

(1) Foi excluído o valor discrepante de São Paulo (nesse Pareto) para o cálculo desta média.

Conforme apresentado anteriormente na Introdução, de todos os casos tomados como representativos do modelo lógico:

1. Apenas aqueles que figuram no Pareto 2 podem ser considerados administrativamente racionais, especialmente quando o THD exerce plenamente suas funções. Portanto, Ibiporã-PR se destaca de forma isolada, como único exemplo nacional rastreado por essa pesquisa onde há desenvolvimento ótimo das forças produtivas assistenciais da saúde bucal no SUS. Patrocínio-MG e São Tomé-PR também poderiam ser assim destacados se os THD de suas ESB exercessem funções restauradoras e as traduzissem em TC com a mesma efetividade com que os CD de suas ESB atuam;
 - 1.1. Quando os THD do Pareto 2 não exercem funções assistenciais restauradoras, formalmente, as equipes nesta situação se equivalem ao Pareto 4. Portanto, destacam-se para além de Patrocínio-MG e São Tomé-PR todos os casos tomados como representativo do Pareto 4, a saber: Gália-SP, Lindóia-SP, Ouro Branco-MG, Caxias do Sul-RS e São Paulo-SP. Casos que poderiam ser apontados como exemplos de desenvolvimento ótimo das forças produtivas assistenciais da saúde bucal no SUS, se lá fossem incorporados THD nas ESB e se eles exercessem funções restauradoras traduzindo-as em TC com a mesma efetividade com que os CD de suas ESB atuam.

2. Apenas aqueles que figuram no Pareto 5 podem ser considerados como exemplos nacionais para municípios com administração subótima razoável. São razoáveis porque buscam o máximo de eficiência em sua real situação de desfavorecimento, pois contam com THD nas ESB mesmo quando não podem racionalizar otimamente a oferta das unidades básicas. Não podem porque não possuem tamanho o bastante para operar unidades em rede; daí, eles são subótimos (ineficientes) porque, mesmo que queiram, estão impedidos objetivamente de trabalhar a racionalização do *case-mix* assistencial destas unidades, o que limita seu potencial de oferta. Apenas Santa Bárbara-MG se destaca de forma isolada nesse Pareto, como único exemplo nacional rastreado por essa pesquisa onde há o melhor desenvolvimento, ainda que subótimo das forças produtivas assistenciais da saúde bucal no SUS, dada suas limitações objetivas que escapam à capacidade de intervenção administrativa. Lamentavelmente, em Santa Bárbara-MG não se aproveita plenamente do potencial produtivo instalado, pois lá o THD da ESB não participa das rotinas restauradoras.
 - 2.1. Quando os THD do Pareto 5 não exercem funções assistenciais restauradoras, formalmente, as equipes nesta situação se equivalem ao Pareto 7. Portanto, destacam-se para além de Santa Bárbara-MG todos os casos tomados como representativo do Pareto 7, a saber: Orizona-GO e Lábrea-AM; casos que poderiam figurar como exemplos nacionais de organização razoável subótima involuntária da assistência em saúde bucal no SUS, se lá fossem incorporados THD nas ESB e se eles exercessem funções restauradoras traduzindo-as em TC com a mesma efetividade com que os CD de suas ESB atuam;
3. Todos os demais casos da Tabela 4.2.2, ainda que representativos de seus respectivos Paretos, apenas contribuem para a verificação da validade externa do modelo lógico; contudo, não representam situações tecnicamente definidas como racionais (ótimas), como também não representam situações razoáveis subótimas involuntárias justificáveis por razões de equidade como justiça.

Com os valores das Tabelas 4.2.1. e 4.2.2. é possível detalhar considerações específicas sobre o THD nas ESB, as quais serão feitas a seguir.

4.2.2. – Particularmente quanto à importância do THD na efetivação da assistência:

1. Em termos assistenciais, o modelo lógico previa formalmente, por comparação interna dos seus oito Paretos, que a presença de THD nas ESB duplicaria a efetivação de TC. Na prática, essa duplicação efetiva foi observada com significativa aproximação, tanto no subconjunto dos casos considerados como representativos (obviamente, afinal eles são representativos!), quanto no conjunto de todos os casos (o que não é uma obviedade, mas sim um achado).
 - 1.1. O detalhamento da ordem de grandeza dessa aproximação será feito quando da apresentação da Tabela 4.2.4. no modelo lógico
2. Sobre a participação do THD em rotinas restauradoras (fechando cavidades):
 - 2.1. Vale registrar, dos 25 municípios que confirmaram dados de ESB com THD (23,8% dos 106 que confirmaram dados) (entre os quais há 3 municípios com dados discrepantes por sobre-registro de TC), apenas 4 municípios (16% dos 25 com THD) (Castro-PR, Ibiporã-PR, Barueri-SP e São Paulo-SP) declararam ter THD participando na divisão técnica dos procedimentos restauradores.
 - 2.2. No Pareto 1, arranjo eficaz, porém ineficiente dado o superdimensionamento de recursos alocados para uma cobertura relativamente pequena, onde as ESB contam com THD, não ocorreu a notificação de qualquer caso onde essas THD participavam da divisão técnica dos procedimentos restauradores (segundo o jargão dos serviços, em nenhum caso eles

“fechavam”). Por isso, para a análise dos POE desses casos onde há THD, mas eles não fecham, o parâmetro de 100% deve ser dividido por 2 para representar tal ajuste. Assim, o modelo lógico passa a prever uma queda do POE para a ordem de 50%. Nesses termos, os maiores POE obtidos foram consistentes com o impacto da não utilização de THD na efetivação de TC; e, Gouveia-MG com POE de 54% tornou-se caso representativo da validade do modelo.

- 2.2.1. Cafelândia-PR, onde o THD não fecha, registrou um POE com inesperados 156%; porém, em contato de confirmação o coordenador declarou que o dado de TC incluía urgências, emergências e profilaxias, fato que ocasionou o sobre-registro;
 - 2.2.2. Castro-PR, onde THD fecha, seu POE foi de surpreendentes 220%; porém, o coordenador, recém-empossado na função, não soube precisar a natureza e a qualidade do dado de TC coletado em seu município. Infelizmente, não conseguimos realizar outro contato para precisar a informação;
- 2.3. No Pareto 2, o único arranjo racional (simultaneamente eficaz e eficiente), onde as ESB contam com THD, apenas Ibiporã-PR declarou utilizar o THD com atribuições assistenciais restauradoras. Portanto, Ibiporã-PR se tornou o único caso deste estudo onde há alocação racional dos recursos e aproveitamento pleno das forças produtivas.
- 2.3.1. Todas as demais situações observadas neste Pareto superior, *inter alia*, por não atribuírem funções restauradoras aos seus THD, não aproveitam plenamente o potencial das forças produtivas disponíveis, daí subtilizam recursos e perdem eficiência;
 - 2.3.2. Dentre esses casos que bem poderiam ser ótimos, mas por subtilizar os THD se tornam subótimos, um desafio lógico foi: explicar Patrocínio-MG que apresentou inicialmente um POE de 82% (32% acima do esperado).
 - 2.3.2.1. As informações, confirmadas pessoalmente, permitem uma explicação correta para esse desempenho surpreendente, pois, em Patrocínio-MG, segundo seu coordenador, o modelo lógico tem que utilizar 40h como estimador da jornada semanal de trabalho (ao invés das 32h que é o valor padrão), já que lá há uma rigorosíssima cobrança do cumprimento da jornada de trabalho e da produtividade em atividades exclusivamente clínicas são exemplares⁶.
 - 2.3.2.2. Com esse ajuste de jornada o POE de Patrocínio-MG foi corrigido para o valor de 62%, e a tolerância dos demais parâmetros do modelo explica o restante da variação, agora em margens bem mais razoáveis (12% acima do esperado). Vale reafirmar que o dado de TC de Patrocínio não é contaminado por qualquer registro de procedimento ou de alta de urgência/emergência.
- 2.4. No Pareto 3, há o mais farto registro de experiências (sua presença foi acusada em 53,1% dos municípios estudados – Tabela 4.2.1). Entre os casos confirmados, o mais representativo é novamente Ibiporã-PR com 148%, mas há também São José do Ribamar-MA com 145%, Nova Palma-RS com 123%, Gouveia-MG com 121% e Entre Rios do Sul-RS com 92%.
- 2.4.1. Esse arranjo é eficaz, porém ineficiente. Sua ineficiência está formalmente relacionada à ausência de THD como recurso alocado; fato que implica na redução da cobertura por equipe, como compensação.

⁶ Desde quando os ACS foram capacitados para as atividades preventivo-promocionais domiciliares, desonerando a equipe clínica em tais atribuições.

- 2.4.2. A introdução de THD nesses casos possibilita a duplicação da cobertura; por isso, o Pareto 3 é formalmente o Pareto 2 decaído em eficiência pela falta de THD no arranjo. Introduzir o THD neste Pareto inferior eleva-o à condição formal, superior e ideal do Pareto 2.
- 2.4.2.1. Considerando que o Pareto 3 é o arranjo mais prevalente, então, desenvolver mecanismos institucionais federais que promovam a elevação desses casos à condição de Pareto 2, constitui-se numa estratégia que, se for adotada politicamente, será muito acertada tecnicamente, dado seu caráter francamente racionalizador;
- 2.4.3. Lamentavelmente, alguns municípios com ESB nesse Pareto e com POE significativos não confirmaram dados de TC, é o caso de Vitória-ES com 144%, Piraí-RJ com 126%, Mato Queimado-RS com 120%, Pindoba-AL com 110%, Rancharia-SP com 102%, Guarapari-ES com 99%, Messias Targino-RN com 98%, Taquarussu-MS com 94%, Nísia Floresta-RN com 94%, Brejetuba-ES com 93% e Umirim-CE com 84%;
- 2.5. No Pareto 4, sem THD, entre os casos confirmados, os casos representativos são Gália-SP com 139%, Lindóia-SP com 105%, Ouro Branco-MG com 128%, Caxias do Sul com 100% e São Paulo com 97%.
- 2.5.1. Esse arranjo é ineficaz e ineficiente. Sua ineficiência está formalmente relacionada à ausência de THD como recurso alocado; fato que implicaria, tal como no Pareto 3, na redução da cobertura por equipe, como compensação. Porém, nesse Pareto não há redução da adstrição. Daí, além de ineficiente ele também se torna ineficaz.
- 2.5.2. A introdução de THD nesses casos possibilita atingir a eficácia nominal que ele não possui; por isso, tal como o Pareto 3, formalmente, o Pareto 4 é o Pareto 2 decaído em eficiência e eficácia pela falta de THD no arranjo. Introduzir o THD neste Pareto inferior também eleva-o à condição formal, superior e ideal do Pareto 2.
- 2.5.2.1. Considerando que o Pareto 3 é o segundo arranjo mais prevalente (sua presença foi acusada em 13,2% dos municípios estudados – Tabela 4.2.1), então, desenvolver mecanismos institucionais federais que promovam a elevação desses casos à condição de Pareto 2, também se constitui numa estratégia que, se for adotada politicamente, será muito acertada tecnicamente, dado seu caráter francamente racionalizador;
- 2.5.3. Lamentavelmente, alguns municípios com ESB nesse Pareto e com POE significativos não confirmaram dados de TC, é o caso de Caibi-SC com 142%, Baixo-CE com 127%, Ferraz de Vasconcelos-SP com 96% e Taboão da Serra-SP com 87%.
- 2.6. No Pareto 5, Santa Bárbara –MG onde tem THD, mas ele não fecha, seu POE de 40% passa a ser representativo (já que o esperado quando o THD não fecha é 50%).
- 2.6.1. Esse arranjo é eficaz e ineficiente. Sua ineficiência está formalmente relacionada ao pequeno tamanho do município que gera a incapacidade de estabelecer rede entre as unidades (trabalhar o *case-mix* na assistência básica); daí, torna-se racionalmente impossível trabalhar com jornadas assistenciais programáticas maiores. Sua eficácia é alcançada assegurando a presença de THD na equipe e fazendo uma baixa adstrição por ESB;
- 2.6.2. Nesses casos, tal como acontece com Santa Bárbara, não utilizar o potencial produtivo do THD que já se encontra na ESB acentua ainda mais a ineficiência do arranjo;

- 2.6.2.1. Considerando que a mudança dessa orientação está ao alcance da administração local, manter a subutilização dos THD é uma opção irracional e não-razoável;
- 2.6.3. Nesses casos, tal como também acontece com Santa Bárbara, não há condições objetivas à disposição da administração para reduzir a ineficiência determinada pelo pequeno tamanho do município, e conseqüentemente, para estabelecer rede e trabalhar o *case-mix* das unidades;
- 2.6.3.1. Considerando que a mudança necessária para a racionalização nessa variável é contextual, portanto, está determinada externamente e foge ao alcance da “vontade” da administração local; então, manter a ineficiência involuntária (ou determinada contextualmente) decorrente de uma limitação estrutural na utilização plena das forças produtivas, torna-se uma situação socialmente razoável em apelo à justiça como equidade;
- 2.6.4. O Pareto 5, com THD, é o único arranjo subótimo (ineficiente) indicado para a situação de desfavorecimento (ser município pequeno) onde o Pareto 2 é objetivamente impossível de ser implantado;
- 2.7. No Pareto 6, com THD, não apresentou caso típico.
- 2.7.1. Esse arranjo é ineficaz e ineficiente. Sua ineficiência está formalmente relacionada à opção administrativa deliberada por não estabelecer rede entre as unidades (trabalhar o *case-mix* na assistência básica), algo que impossibilita trabalhar com jornadas assistenciais programáticas maiores;
- 2.7.2. Neste cenário, os fatores tais como o não estabelecimento de rede e a alta adstrição por ESB, mesmo que contra-restados pela presença de THD, sua resultante não permite prover o arranjo de eficácia;
- 2.7.3. A mudança administrativa do perfil assistencial das unidades, no sentido de orientá-las para a oferta programática e, assim, aumentar a jornada semanal destinada a TC, possibilita que tais casos atinjam a eficácia e eficiência nominal que eles, por ora, não possuem; assim sendo, formalmente, o Pareto 6 é mais um Pareto 2 decaído em eficiência e eficácia pela falta da opção pela assistência programática (orientada a TC). Introduzir uma jornada programática maior neste Pareto inferior eleva-o à condição formal, superior e ideal do Pareto 2.
- 2.7.4. São Paulo-SP mesmo com POE de 74%, onde THD fecha; e, Barueri-SP com POE de 71%, onde a THD fecha “mas não o tempo todo (...) e reveza cadeira com o CD” conforme informou o coordenador, não são casos representativos deste Pareto porque, o Pareto 6 é razoável apenas para municípios pequenos em situação objetiva de desfavorecimento na alocação de recursos; algo que, obviamente, São Paulo e Barueri fogem ao enquadramento;
- 3.1.1.1. Esses arranjos são tecnicamente indicados para municípios que não possuem tamanho o bastante para operar unidades em rede. Daí, estão impedidos de trabalhar a racionalização do *case-mix* assistencial das suas unidades, situação que provoca, em cada unidade, a redução da jornada semanal dedicada à programação. Conseqüentemente o potencial de oferta é reduzido;
- 3.1.1.2. Em tese, São Paulo e Barueri reúnem condições técnicas para operarem suas ESB com jornadas semanais programáticas maiores, i.e., aparentemente, ambos têm condições para operarem suas equipes na idealidade do Pareto 2.

- 2.7.4.1. Em que pese São Paulo e Barueri não serem representativos deste Pareto, os dados fornecidos estão em acordo com as previsões do modelo lógico, fazendo-os bons casos de confirmação da validade externa do modelo.
- 2.8. No Pareto 7, sem THD, Orizona-GO com 107% e Lábrea-AM com 97% foram os casos representativos;
- 2.8.1. Porque Lábrea-AM declarou uma jornada semanal menor em atividades de TC, esse município é um dos dois que tiveram esse valor reduzido para a média de 9h (ao invés das 12h adotada como padrão para os demais desse Pareto);
- 2.8.2. Esse arranjo é ineficaz e ineficiente. Sua ineficiência está formalmente relacionada ao pequeno tamanho do município que gera a incapacidade de estabelecer rede entre as unidades (trabalhar o *case-mix* na assistência básica); daí, torna-se racionalmente impossível trabalhar com jornadas assistenciais programáticas maiores. Sua ineficácia decorre da não presença de THD na equipe, mesmo em cenário de baixa adstrição por ESB;
- 2.8.3. O Pareto 7 é o Pareto 5 decaído pela ausência de THD (função plena) na ESB;
- 2.8.3.1. Considerando que a mudança da orientação de ter ou não THD na ESB é opção ao alcance da administração local, e que por não tê-los o Pareto 7 é um Pareto 5 decaído, então, desenvolver mecanismos institucionais federais que promovam a elevação desses casos à condição de Pareto 5, também se constitui numa estratégia que, se for adotada politicamente, será muito acertada tecnicamente, dado seu caráter francamente racionalizador para municípios de pequeno porte;
- 2.8.4. Nesses casos, tal como também acontece no Pareto 5, não há condições objetivas à disposição da administração para reduzir a ineficiência determinada pelo pequeno tamanho do município, e conseqüentemente, para estabelecer rede e trabalhar o *case-mix* das unidades;
- 2.8.4.1. Assim, há que se considerar novamente que, se este arranjo for elevado racionalmente pela presença de THD, a outra mudança necessária para a racionalização é decorrente de uma variável contextual, portanto, está determinada externamente e foge ao alcance da “vontade” da administração local; então, manter a ineficiência involuntária (ou determinada contextualmente) decorrente de uma limitação estrutural na utilização plena das forças produtivas, fará deste Pareto, se elevado à condição de Pareto 5, uma situação socialmente razoável em apelo à justiça como equidade;
- 2.9. No Pareto 8, sem THD, Amambaí-MG com POE de 99% é o caso representativo.
- 2.9.1. Esse arranjo é ineficaz e ineficiente. Sua ineficiência está dupla e formalmente relacionada às opções administrativas: (i) por não estabelecer rede entre as unidades (trabalhar o *case-mix* na assistência básica), algo que impossibilita trabalhar com jornadas assistenciais programáticas maiores; (ii) por não alocar THD nas ESB;
- 2.9.2. Neste cenário, os fatores tais de ineficiência somados à alta adstrição por ESB, não permitem prover o arranjo de eficácia;
- 2.9.3. A título de racionalização, fazem-se necessárias duas mudanças administrativas: (i) mudar o perfil assistencial das unidades, no sentido de orientá-las para a oferta programática e, assim, aumentar a jornada semanal destinada a TC; (ii) dotar as ESB de THD. Estas possibilitam que tais casos atinjam a eficácia e eficiência nominal que eles,

por ora, não possuem; assim sendo, formalmente, o Pareto 8 é mais um Pareto 2 muito decaído em eficiência e eficácia pela falta da opção pela assistência programática (orientada a TC) e de THD nas ESB. Introduzir THD e uma jornada programática maior neste Pareto inferior eleva-o à condição formal, superior e ideal do Pareto 2.

- 2.9.4. Neste Pareto, Barueri-SP, mesmo contando com o POE de 121%, não é município representativo pelo mesmo motivo que não foi para o Pareto 6. O Pareto 8 é razoável apenas para municípios pequenos em situação objetiva de desfavorecimento na alocação de recursos; algo que, obviamente, Barueri foge ao enquadramento. Aparentemente, Barueri tem condições técnicas plenas para operar suas equipes na idealidade do Pareto 2.
- 2.9.4.1. Em que pese Barueri não ser representativo deste Pareto, os dados do município é mais um excelente caso de confirmação da validade externa do modelo;
- 2.9.5. Nesse Pareto, um desafio lógico não vencido foi explicar São Paulo-SP que apresentou inicialmente um POE de 172% (72% acima do esperado). A discrepância do POE de São Paulo no Pareto 8 com um valor de POE muito acima dos 100% levou-nos a investigar mais detalhadamente os motivos para tanto. Afora o fato que em São Paulo se registra TC de PPI, não encontramos qualquer outra justificativa para tamanha discrepância. Desta forma, os dados do Pareto 8 de São Paulo figuram como o único caso de toda a pesquisa onde se configurou uma discrepância não justificável, fato único e importante que colocou em cheque a validade externa do modelo lógico da pesquisa; e que, por isso, merece uma investigação futura mais apurada.
- 2.9.5.1. Mesmo se os dados de São Paulo não fossem discrepantes (sem qualquer justificativa racional para tanto) nesse Pareto (e apenas nele), esse município não figuraria como caso representativo pelo mesmo motivo que Barueri aqui também não figurou (ou ainda, igualmente porque ambos não figuraram no Pareto 6): tais Paretos são razoáveis apenas para municípios de pequeno porte;
- 2.9.5.2. Em tese, São Paulo e Barueri reúnem condições técnicas para operarem com jornadas semanais programáticas maiores; na idealidade do Pareto 2.

A seguir, a Tabela 4.2.3 apresenta os casos discrepantes de Potencial de Oferta Efetivado (POE), segundo as posições de eficiência (Paretos) previstas pelo modelo lógico, especificando as razões para tal discrepância, por município. Considerando que todos esses casos se encontram entre aqueles que confirmaram informações, eles mereceram um contato pessoal, via telefone, para a identificação das possíveis causas das discrepâncias. Todas elas foram explicadas pelo fato de que correspondiam exclusivamente à debilidade conceitual forte no uso do instrumento TC, ao registrar altas de urgência e emergência junto às altas eletivas.

A Tabela 4.2.4 apresenta as médias de Potencial de Oferta Efetivado (POE), segundo as posições de eficiência (Paretos) previstas pelo modelo lógico, posições agrupadas por presença de THD na ESB e por tamanho da população adstrita por ESB. Ai, destacam-se os valores médios em todos os casos e os valores médios dos casos considerados típicos (mais representativos) de cada posição de eficiência. Para os cálculos das médias, foram dobrados os valores dos POE dos Paretos com THD que não fecham.

Desta tabela, os valores médios de POE dos casos típicos (coluna A) comparados entre si ajudam a confirmar a validade externa do modelo lógico, sua capacidade preditiva; uma vez que esses valores orbitaram, em média, pouco acima dos 100%.

TABELA 4.2.3 – CASOS DISCREPANTES DE POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO, E RAZÕES PARA TAL DISCREPÂNCIA, POR MUNICÍPIO – CASOS NÃO CONTABILIZADOS. (%)

UF	Município	POE P1	POE P2	POE P3	POE P4	POE P5	POE P6	POE P7	POE P8
RJ	Miracema ⁽¹⁾			334					
PR	Castro ⁽²⁾	220*							
MG	Santa Rita de Jacutinga ⁽¹⁾						228		
PR	Cafelândia ⁽¹⁾	156							

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

* THD fecha

(1) O coordenador declarou que o valor do TC incluía urgência e emergência, fato que gerou sobre-registro

(2) O coordenador recém-empossado não soube precisar a natureza e qualidade do dado

Uma vez que o modelo lógico previa uma perda de efetivação de 50% quando da ausência do trabalho restaurador do THD nas ESB (ou duplicação quando da introdução) e que os dados de campo verificaram a validade externa do modelo, observando descritivamente o conjunto dos 17 casos representativos, torna-se racional e realista trabalhar com essa estimativa de perda.

TABELA 4.2.4 – MÉDIAS DE POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO AGRUPADAS POR PRESENÇA DE THD NA ESB E TAMANHO DA POPULAÇÃO ADSTRITA POR ESB.

Perfis	POE média (%)		(A-B) perdas (ineficiência)
	(A) casos típicos ⁽³⁾	(B) todos os casos	
C/ THD Paretos #1 #2 #5 #6	117	46	71
S/ THD Paretos #3 #4 #7 #8	115	63	53
1:1 Paretos #2 #3 #5 #7 ⁽¹⁾	116	44	72
1:2 Paretos #1 #4 #6 #8 ⁽²⁾	114	65	49

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

(1) Casos em que a adstrição era igual ou inferior a 5.000 habitantes por ESB, aqui casualmente denominados em relação 1:1

(2) Casos em que a adstrição era igual ou superior a 5.001 habitantes por ESB, aqui casualmente denominados em relação 1:2

(3) Ainda que São Paulo e Barueri em seus Paretos 6 e 8 tenham POE expressivas, elas não foram consideradas nos cálculos desta coluna porque ambos não são representativos (típicos) desses Paretos, pelos motivos já apresentados.

Os dados da Tabela 4.2.4. referentes os valores médios de POE entre todos os casos (coluna B) permitem confirmar a validade externa do modelo lógico uma vez que esses valores orbitam numa faixa de variação com uma amplitude relativamente estreita: entre 46 e 65%; considerando a diversidade de situações e os variáveis níveis de racionalidade administrativa existentes.

Ainda segundo a Tabela 4.2.4., os valores médios de POE dos casos típicos comparados com os valores de todos os casos, permite estimar, no geral, perdas médias de produtividade (ineficiência média) variando entre 49 e 72%. Esses dados de ineficiência são alarmantes, pois na prática, a produtividade assistencial nas condições de oferta atuais deveria ser, no mínimo, o dobro daquela que é atualmente praticada.

Vale destacar as perdas de POE entre os casos típicos comparados com os demais:

1. Quando todos os casos são reunidos em dois grupos distinguidos pela presença ou não de THD na ESB, e daí comparados aos casos tomados como representativos, pode-se observar perdas de 71% para o grupo com THD e 53% para o sem THD. Ou seja, os casos gerais quando comparados aos casos representativos acusam grande desperdício nas possibilidades de produtividade clínica já existentes. No geral, a presença ou não de THD nas ESB é uma variável que gera diferenças substantivas nas perdas de produtividade (aproximadamente 20%). Há mais desperdício nas ESB com THD, porque o potencial produtivo instalado não é aproveitado em sua plenitude.
2. Quando todos os casos são reunidos em dois grupos distinguidos pela adstrição, baixa (até 5.000 habitantes – relação 1ESB : 1 ESF) ou alta (5.001 ou mais habitantes – relação 1ESB : 2 ESF), e daí comparados aos casos tomados como representativos, pode-se observar perdas de aproximadamente 50% para o grupo com alta adstrição; e, de aproximadamente 70% para o grupo de baixa adstrição. Ou seja, os casos gerais quando comparados aos casos representativos acusam mais uma vez grande desperdício nas possibilidades de produtividade clínica já existentes. No geral, o volume adstrito por ESB é uma variável que gera diferenças substantivas nas perdas de produtividade (também na ordem de 20%); e, há mais desperdício do potencial produtivo atual nas ESB com baixa adstrição que nas ESB com alta adstrição. É razoável supor que a pressão da demanda nas equipes cuja adstrição é maior diminui as perdas de produção por ineficiência por força moral, social ou política.

4.2.3. – Particularmente quanto à validade externa do modelo:

1. Os dados da Tabela 4.2.5 permitem verificar o realismo do modelo lógico para exercícios de análise por simulação (ou de análise quase experimental), algo possível nos casos onde são oferecidos mais de um Pareto no mesmo município, comparando situações em que há ESB com e sem THD no mesmo município. Destacam-se dois grupos de comparação intramunicipal:
 - 1.1. Municípios que possuem simultaneamente ESB com e sem THD, onde nas ESB com THD eles “não fecham”: conforme previsão do modelo, nesses municípios a produtividade de TC não varia entre ESB com e sem THD;
 - 1.1.1. Quando as ESB com THD não participam dos procedimentos restauradores elas têm seus potenciais produtivos reduzidos pela metade; entretanto, as ESB sem THD mantêm seus baixos potenciais produtivos e POE em valores normais (sem reduções).
 - 1.1.2. Por isso, considerando os 6 casos, a média do POE das ESB de Pareto 1 com o valor de 30,8% é formalmente equivalente à média do POE das ESB de Pareto 3 com o valor de 61,8%; pois, $[POE P1 \cong POE P3 \rightarrow (30,8\% \times 2 = 61,6) \cong 61,8\%]$.
 - 1.1.3. Assim, com produtividades assemelhadas, o POE esperado das ESB com THD que não exercem atividades restauradoras (metade do POE esperado caso elas fechassem) é praticamente idêntico ao POE esperado das ESB sem THD.
 - 1.1.4. Isso foi confirmado nos seis casos que em que essa situação ocorreu: Guaramiranga-CE; São Gonçalo do Amarante-CE; Gouveia-MG; Tombos-MG; Volta Redonda-RJ; Neópolis-SE.
 - 1.2. Municípios que possuem simultaneamente ESB com e sem THD, onde nas ESB com THD eles “fecham”: em dois casos esta situação ocorreu, Ibiporã-PR (Paretos 2 e 3) e Barueri-SP (Paretos 6 e 8). A diferença interna prevista pelo modelo era de 0%. Porém, elas ficaram inesperadamente em torno de 20% a favor da realização das ESB sem THD. Considerando as duas formas de verificação, observacional-descritivo apresentada anteriormente e quase-

experimental agora considerada, torna-se racional e realista trabalhar com uma estimativa de perda variando entre 30 e 50%; ou, pela outra perspectiva, estimar um aumento de 43 a 100% do potencial de efetivação de oferta assistencial quando da introdução do trabalho restaurador do THD nas ESB.

TABELA 4.2.5 – MÉDIAS DE POTENCIAL DE OFERTA EFETIVADO, SEGUNDO AS POSIÇÕES DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS PELO MODELO LÓGICO, NOS MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM SIMULTANEAMENTE ESB COM E SEM THD. (%)

UF	Município	POE P1	POE P2	POE P3	POE P4	POE P5	POE P6	POE P7	POE P8
CE	Guaramiranga **	33		64					
CE	São Gonçalo do Amarante **	30		45					
MG	Gouveia **	54		121					
MG	Tombos **	18		35					
RJ	Volta Redonda **	24		50					
SE	Neópolis **	26		56					
	Média onde THD não fecha:	30,8		61,8					
PR	Ibiporã *		129	148					
SP	Barueri *						71		91
	Média onde THD fecha:		100,0⁽¹⁾						119,5⁽²⁾

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

(1) Média entre os valores de 129% e 71%

(2) Média entre os valores 148% e 91%

* THD “fecha”

** THD “não fecha”

- 1.3. O município de São Paulo poderia ter figurado como a possibilidade de se fazer nessa pesquisa um duplo exercício de concordância interna: um considerando ESB em Paretos 2 e 4; e outro, considerando ESB em Paretos 6 e 8. Porém, em São Paulo, a causa que produz tanta diversidade nos arranjos de oferta é a mesma que leva a desconsiderá-lo como caso válido para tanto. É que lá há várias instituições prestadoras que se articulam com a secretaria municipal de saúde na condição de parceiros institucionais, para o provimento da oferta de serviços públicos de saúde bucal. Isso provocou, na atual gestão municipal, o início um processo complexo de unificação dos padrões administrativos, algo ainda em curso. Até que esse processo se realize com sucesso, continuarão a coexistir diversos modos administrativos. Modos nem sempre suficientemente racionalizados à luz da institucionalidade do SUS, ainda que coerentes para com a cultura da instituição a que pertencem individualmente. Pela mesma razão, há também muita variação na forma de coletar e registrar os dados. Na falta da unificação, formam-se por entre as fissuras institucionais desse ambiente multiparceiros, discrepâncias administrativas grandes que invalidam as informações disponíveis para a proposta de um exercício quase-experimental que compare a produtividade realizada nas situações lá vigentes. Além disso, foi no Pareto 8 de São Paulo que se configurou a única e importante discrepância que essa pesquisa não conseguiu justificar.
2. Mesmo com variações, em todos os casos que tiveram seus dados de TC confirmados e que não foram excluídos como discrepantes (mediante justificação), com exceção do Pareto 8 de São Paulo (para o qual não há justificação), verificou-se a validade externa do modelo. Nenhum dos casos, novamente com exceção do Pareto 8 de São Paulo, negou a predição do modelo com

valores exorbitantes (Ibiporã-PR apresentou o maior POE com 148% no Pareto 3); e, invariavelmente, todos os casos representativos do modelo apresentaram sobre-registro com TC de PPI.

3. A simples existência inovadora do modelo lógico dessa pesquisa conferiu a capacidade crítica ao processo de recebimento de dados, e permitiu identificar todos os casos discrepantes. Com isso, possibilitou-se a correção ou eliminação (dada a não confirmação) criteriosa dos dados inconsistentes ou discrepantes. Esse exercício demonstrou o caráter aplicado e o realismo desse instrumento, bem como corroborou com a tese dele ser válido para processos nacionais rotineiros de avaliação da racionalidade da oferta assistencial no PSF de cada sistema local de saúde bucal.
4. É válida a margem de segurança no modelo. Margem que foi teoricamente configurada quando se optou por parâmetros de produtividade razoáveis ao invés de valores máximos, atribuídos em função de uma leitura taylorista extremada.

4.3. Resultados de justiça como eqüidade

Conforme aquilo que foi exposto em todo item das considerações teóricas preliminares (7.1) e na metodologia desta pesquisa (9.1, 9.2 e 9.3), aqui os julgamentos de justiça foram feitos observando a função de utilidade e tomado justiça como eqüidade.

A função de utilidade foi apresentada com os dados de POE e DE.

Para os julgamentos de justiça, cabe iniciar esse item reafirmando aquilo que o modelo lógico da pesquisa formalizava inicialmente e como isso é cotejado com as estimativas de POE e de DE.

O Quadro 4.3.1. apresenta as situações de eficácia, eficiência e relações formais de POE e DE, segundo posição de eficiência (Pareto) prevista no modelo lógico

QUADRO 4.3.1 – EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E RELAÇÕES FORMAIS DE POE E DE, SEGUNDO POSIÇÃO DE EFICIÊNCIA (PARETO) PREVISTA NO MODELO LÓGICO

MODELO LÓGICO							
PARETO	100% POE	c/ DE a	100% DE	c/ POE a	Arranjo de recursos:	Eficácia	Eficiência
1	1160 TC	306%	378 TC	33%	Pletora	eficaz	ineficiente
2	1160 TC	153%	757 TC	65%	Recomendável p/ MAG	eficaz	eficiente
3	580 TC	153%	378 TC	33%	Pletora	eficaz	ineficiente
4	580 TC	77%	757 TC	131%	Precário (4)	ineficaz	eficiente
5	464 TC	123%	378 TC	81%	Recomendável p/ LAG	eficaz	ineficiente
6	464 TC	61%	757 TC	163%	Precaríssimo	ineficaz	eficiente
7	232 TC	61%	439 TC	189%	Precário (5)	ineficaz	ineficiente
8	232 TC	19%	378 TC	176%	Precaríssimo	ineficaz	eficiente

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

Neste quadro, observa-se formalmente que há apenas quatro posições de eficácia, pois só os Paretos 1, 2, 3 e 5 são capazes de alcançar e ultrapassar, simultaneamente, os 100% de POE e DE. Todas as demais posições são ineficazes, já que, nelas, os 100% de POE não são suficientes para alcançar os 100% de DE. Alcançar 100% de DE sem redução de adstrição é critério de eficácia, atribuído quando se considera a universalidade como princípio finalístico necessário à administração dos recursos.

Dessa quatro posições eficazes, apenas uma, o Pareto 2, pode ser considerada eficiente. Nos Paretos 1 e 3 há plethora de recursos (ineficiência por desperdício ou sobreoferta), pois se as ESB nesse arranjo expressassem 100% de sua força produtiva (com 100% de POE) elas seriam produtivas o suficiente para atender o triplo da demanda prevista no Pareto 1 e 53% a mais do que o previsto no Pareto 3. Mas, considerando ambos, há diferenças na forma como alcançam suas sobreofertas.

O Pareto 1 é um arranjo de recursos que se caracteriza por sobreoferta porque nele há a máxima potencialidade das forças produtivas assistenciais oferecidas para uma pequena população adstrita. Nesse contexto, qualquer município que pode se dar ao luxo de contar com todo o potencial produtivo e ter como estratégia de universalização a duplicação do número de ESB dada sua opção administrativa por uma baixa adstrição por ESB, ele, definitivamente, não se encontra em situação de desfavorecimento. Se a adstrição é condição implicada ao LAG, então, o Pareto 1 é sim um falso-LAG.

Ainda que tanto no Pareto 3, quanto no Pareto 2 exista uma oferta 53% superior à necessária, no Pareto 3 ela pode ser considerada ineficiente porque o POE maior do que a DE se configura com prejuízos à eficiência alocativa: a ausência de THD na ESB se faz às expensas da adstrição. Isto é, a ausência do THD na ESB é “compensada” pela redução da adstrição à metade. Nesse contexto, qualquer município que pode se dar ao luxo de ter como estratégia de universalização a duplicação do número de ESB dada sua opção administrativa por não locar THD nas ESB, ele, definitivamente, não se encontra em situação de desfavorecimento. Pelo mesmo motivo atribuído ao Pareto 1, o Pareto 3 também é um falso-LAG.

Por essas razões utilitárias, diferente dos Paretos 1 e 3 (ambos eficazes, porém ineficientes), o Pareto 2 é o arranjo de recursos racionalmente justificável e recomendável (por ser eficaz e eficiente) para os municípios que se encontram em situação de favorecimento (verdadeiros-MAG); i.e., aqueles que podem realizar as forças produtivas de forma plenamente desenvolvida.

Mas, conforme visto, há municípios onde, mesmo que seus administradores queiram, não há como realizar as forças produtivas de forma plenamente desenvolvida. Nestes, sequer o melhor arranjo produtivo de recursos (algo que necessariamente conta com THD) consegue ser suficiente para superar o pequeno porte populacional, um obstáculo contextual que os impedem de trabalhar o *case-mix* de suas unidades básicas e introduzir a divisão técnica de trabalho entre as unidades. Neles não se faz o melhor aproveitamento produtivo da divisão técnica do trabalho desenvolvido em cada unidade. Por isso, esses municípios de pequeno porte são aqui considerados como em situação de desfavorecimento (verdadeiros-LAG): eles não podem, ainda que queiram, realizar as forças produtivas em sua plenitude.

Por essas razões utilitárias e de justiça, o Pareto 5 é o arranjo de recursos racionalmente justificável (por ser eficaz) e recomendável (ainda que seja ineficiente, porém é o mais razoável) para esses municípios que se encontram em situação de desfavorecimento.

Todos os demais Paretos (4, 6, 7 e 8) não são justificáveis tecnicamente porque são intrinsecamente ineficazes, portanto inúteis e desnecessários para administrações que tenham a universalidade como princípio finalístico. Afinal, frente àquilo que o nível mais alto do ordenamento jurídico do SUS expressa, esses arranjos ainda que permitidos nos níveis mais baixos (na institucionalidade administrativa das portarias ministeriais) são taxativa e definitivamente inconstitucionais. São arranjos de oferta precária ou precaríssima. Na vigência administrativa deles, o texto da constituição passa a expressar apenas “provisões constitucionais vazias” (Dalh, 2005:39); i.e., a condição de cidadania brasileira em saúde é esvaziada por formas irracionais de administração pública.

Dentre esses arranjos ineficazes, o Pareto 4 é considerado precário (e não precaríssimo) porque sua situação de MAG permite a administração municipal, caso queira, realizar as forças produtivas de forma plenamente desenvolvida, bastando para tanto incorporar THD nas rotinas de assistência curativa de suas ESB; i.e., migrar para o Pareto 2 (ótimo).

Os Paretos 6 e 8 são considerados precaríssimos porque suas situações de MAG permitem a administração municipal, caso queira, realizar as forças produtivas de forma plenamente desenvolvida, desde que não só incorpore THD nas rotinas de assistência curativa de suas ESB, mas que também trabalhe o *case-mix* de suas unidades básicas em rede, ampliando assim a jornada de trabalho dedicada à assistência programática com seus compromissos de TC; i.e., migrar para o Pareto 2 (ótimo).

O Pareto 7 também merece ser tratado apenas como precário porque, ainda que ineficiente e em desfavorecimento (LAG), caso as administrações municipais queiram, elas podem desenvolver suas forças produtivas ao incorporar THD nas ESB, alcançando assim o Pareto 5 e seu nível razoável de eficácia (com POE a 100% e DE a 123%). Obviamente essas forças produtivas no Pareto 7 jamais alcançarão nível ótimo de eficiência, tal como aquela expressa otimamente no Pareto 2, pois continuarão com metade da população adstrita; mas, a sua ineficiência pode ser minimizada com a alocação de THD nas ESB, alcançando assim condições subótimas de racionalidade em razoabilidade.

O confronto de todas essas assertivas formais com os dados reais de PIB médio *per capita* municipal (dados de 2002) configura a situação distributiva expressa na Tabela 4.3.1.

Nesta tabela, quando apenas as médias internas de PIB *per capita* (excluídos os valores externos ao desvio padrão) são consideradas, observa-se uma correspondência forte entre os dados reais e a atribuição formal de favorecimento (MAG) e desfavorecimento (LAG) aos Paretos do modelo lógico.

Quando os dados dessa tabela são descritos de acordo com as características internas de cada Pareto (apresentadas esquematicamente na Figura 9.3.2.1, do item 9.3.2 deste texto) conforma-se o didático Quadro 4.3.2.

QUADRO 4.3.2. – RANKING DAS POSIÇÕES FORMAIS DE EFICIÊNCIA (PARETOS) PREVISTAS NO MODELO LÓGICO SEGUNDO A MÉDIA INTERNA DO PIB PER CAPITA MUNICIPAL E SEUS ATRIBUTOS: CONDIÇÃO DE FAVORECIMENTO, PRESENÇA DE THD NA ESB, JORNADA DE ASSISTÊNCIA PROGRAMÁTICA E TAMANHO DA POPULAÇÃO ADSTRITA.

Posição no Ranking	PIB médio <i>per capita</i>	Pareto formalizado	Condição de favorecimento	Auxiliar alocado	Jornada programática	População adstrita
# 1º	7.200,85	1	MAG	THD	30h	3.450 (falso-LAG)
# 2º	6.380,79	6	MAG	THD	12h	6.900
# 3º	5.430,56	2	MAG	THD	30h	6.900
# 4º	5.176,05	4	MAG	-	30h	6.900
# 5º	4.962,61	3	MAG	-	30h	3.450 (falso-LAG)
# 6º	4.718,35	8	MAG	-	12h	6.900
# 7º	4.362,32	5	LAG	THD	12h	3.450
# 8º	3.936,55	7	LAG	-	12h	3.450

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

TABELA 4.3.1 – PIB MÉDIO *PER CAPITA* DOS MUNICÍPIOS QUE OFERECEM TC EM ARRANJOS DE EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, POE E DE, SEGUNDO POSIÇÃO DE EFICIÊNCIA (PARETO) PREVISTA NO MODELO LÓGICO

MODELO LÓGICO									DADOS COLETADOS REFERENTES AOS MUNICÍPIOS PIB <i>per capita</i> médio municipal (R\$) - dados 2002 ⁽³⁾				
Pareto	100% POE	c/ DE a	100% DE	c/ POE a	Arranjo de recursos:	Eficácia	Eficiência	Situação de Favorecimento ⁽¹⁾⁽²⁾	n ⁽⁴⁾	%	Média	Média interna (excluídos valores externos ao DP)	
1	1160 TC	306%	378 TC	33%	pletora	eficaz	ineficiente	falso - LAG → MAG	19	7%	10.923,82	7.200,85	
2	1160 TC	153%	757 TC	65%	recomendável p/ MAG	eficaz	eficiente	verdadeiro - MAG → MAG	37	14%	8.389,89	5.430,56	
3	580 TC	153%	378 TC	33%	pletora	eficaz	ineficiente	falso - LAG → MAG	142	54%	6.633,07	4.962,61	
4	580 TC	77%	757 TC	131%	precário	ineficaz		verdadeiro - MAG → MAG	32	12%	7.023,87	5.176,05	
5	464 TC	123%	378 TC	81%	recomendável p/ LAG	eficaz	ineficiente	verdadeiro - LAG → LAG	2	1%	4.362,32	4.362,32	
6	464 TC	61%	757 TC	163%	precaríssimo	ineficaz		verdadeiro - MAG → MAG	4	2%	12.966,39	6.380,79	
7	232 TC	61%	439 TC	189%	precário	ineficaz		verdadeiro - LAG → LAG	19	7%	5.188,64	3.936,55	
8	232 TC	19%	378 TC	176%	precaríssimo	ineficaz		verdadeiro - MAG → MAG	10	4%	7.518,84	4.718,35	
									PESQUISA	265	100%	7.241,51	5.230,32
									BRASIL	5.560	100%	5.933,15	4.554,61

FONTE: Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UnB). Pesquisa de campo (P5) nov. 2005 a jun. 2006.

(1) MAG - Grupo em situação representativa de maior favorecimento

(2) LAG - Grupo em situação representativa de menor favorecimento

(3) Dados extraídos de IBGE, 2005

(4) Número de vezes que os municípios pesquisados acusaram ter pelo menos uma ESB no respectivo Pareto

Os quadros internos que fazem o zoneamento do Quadro 4.3.2. ajudam-nos a observar a fortíssima correlação das características intrínsecas dos Paretos e o *ranking* dos PIB *per capita* médios (médias internas) dos municípios que declararam oferecer assistência segundo os Paretos.

Há uma observação principal: o que prontamente chama a atenção no Quadro 4.3.2 é o fato das posições formalizadas como as de maior favorecimento (MAG) ocuparem consecutivamente as seis primeiras posições do *ranking*, restando para os Paretos formalizados como de menor favorecimento apenas as duas últimas posições. Considerando que essa atribuição é fundamental para o julgamento de justiça segundo o modelo, verifica-se a sua validade geral. Em outras palavras, pelo modelo, a imputação formal de favorecimento ou desfavorecimento (tomada como critério de equidade) atribuída aos Paretos praticados pelas administrações municipais corresponde, em média, ao nível de capacidade alocativa municipal quando esse é expresso na forma de PIB *per capita*.

Chama muita atenção também uma curiosa correlação, os Paretos 1 e 6 ocupam as primeiras posições do *ranking*. Isso pode ser explicado com a seguinte pressuposição: (i) tem que ser município muito “rico” para conseguir mobilizar todos os recursos necessários, e então oferecê-los sistematicamente em excesso (pletora) a uma pequena população adstrita, tal como é o caso da oferta no Pareto 1 que ocupa a primeira posição no *ranking*; (ii) como também, tem que ser município igualmente “rico” para mobilizar todos os recursos necessários e não saber o que fazer com eles, dispondo-os administrativamente de forma irracional e caindo na ineficácia, tal como é o caso da oferta no Pareto 6 que ocupa a segunda posição no *ranking*.

Quanto ao objeto empírico dessa pesquisa que é a alocação de THD, vê-se que sob o ordenamento atual, a presença de THD apenas acontece nos municípios mais ricos, figurando nas duas primeiras posições do *ranking* (os Paretos 1, 6 respectivamente) e nos municípios cujos arranjos correspondem às posições idealizadas de: (i) racionalidade (eficácia e eficiência) do Pareto 2, que também é o terceiro mais rico no *ranking*; e, (ii) razoabilidade (eficácia e eficiência subótima contextualmente determinada) do Pareto 5 que ocupa a sétima posição no *ranking*. Os municípios que não alocam THD acabam figurando nas posições inferiores do *ranking* dos seus respectivos blocos (dos MAG e dos LAG). Em outras palavras, alocar THD nas equipes hoje é uma oportunidade para o município que pode, e não uma garantia de racionalização administrativa para todos os municípios que precisam deste trabalhador da saúde.

Com exceção do Pareto 6, dado o motivo supracitado, todos os municípios que podem alocar uma jornada maior para a oferta assistencial programática também conformam um bloco no *ranking*, da primeira à quinta posição. Portanto, a oferta programática orientada a TC está associada hoje à condição de favorecimento. Mas, nesse subconjunto de MAG: (i) 23% contam com THD nas ESB; (ii) 2% contam com THD fechando; (iii) 15% estão em Pareto 2.

Por fim, há também uma posição compacta ocupada da primeira à sexta posição no *ranking* que é formada pelos municípios que fazem maiores adstrições populacionais por ESB ou que têm condições objetivas para tanto e não as realizam imediatamente (tal como o falso-LAG Pareto 1) ou não as realizam mediante alocação de THD nas ESB (tal como o também falso-LAG Pareto 3).

O conjunto desses dados corrobora com aquilo que foi apresentado no item 9.3.: que há uma grande irracionalidade nas regras administrativas federais atualmente vigentes. Por elas, ao ser permitido o repasse de recursos tanto para ESB em Modalidade 1 quanto em Modalidade 2, aceita-se a situação da ausência ineficientizadora de THD nas ESB. Tal ausência deveria ser configurada, no máximo, como ocorrência provisória e aprazada, judiciosamente justificada; já que, os municípios em Paretos 3, 4, 7, 8 (onde não há THD nas ESB) não observam a utilidade como função (função que é pré-requisito para julgamentos de justiça como equidade) administrativa espelhada nos princípios constitucionais do ordenamento jurídico do SUS. Nesta condição, encontram-se assustadores 76% dos casos que responderam ao chamado dessa pesquisa.

Dos 24% restantes; i.e., onde as ESB contam com THD, 95% apresentam condições objetivas de eficaciedade, entre as quais apenas 60% são potencialmente capazes de realizar suas ofertas com eficiência.

Curiosamente, mesmo que com tantos dados desfavoráveis na perspectiva da racionalidade administrativa, 92% dos municípios que responderam ao chamado dessa pesquisa, encontram-se formalmente em situação de favorecimento, são MAG. Esse registro concorda com a pressuposição de que há aqui um viés favorável às médias de POE (Potencial de Oferta Efetivado) e de DE (Demanda Efetivada), já que a informação foi fornecida voluntariamente e sem qualquer constrangimento, portanto, ela foi propícia a não explicitação de uma considerável parcela de casos situação ainda pior.

Nota-se que as normas atualmente vigentes para a transferência de recursos não estão tecnicamente orientadas no compromisso de promover a racionalização da assistência básica odontológica, nem de desenvolver as forças produtivas nessa assistência. Se assim fosse, teríamos um quadro inverso do atual, pois a presença de THD nas ESB seria condição obrigatória e sua ausência, condição de exceção.

Nota-se também que as normas vigentes em 72% dos casos estudados (Pareto 1 e 3) transfere proporcionalmente mais recursos (o dobro) de forma pouco razoável, pois a transferência se dá para quem se encontra em situação de favorecimento. Se somarmos neste montante as transferências para os 11% dos municípios identificados no ineficaz Pareto 4 (falso-MAG), aí a transferência injusta sobe para 83%.

Esses dados demonstram uma orientação profundamente iníqua nas normas atuais de transferências federais de recursos, especialmente quando observamos no estudo que as transferências razoáveis para os desfavorecidos (para o Pareto 5) só ocorrem em 1% do total dos casos. No total dos municípios que receberam transferências específicas para os desfavorecidos, apenas 11% delas são razoáveis; o restante é francamente inútil e injustamente transferido já que, inconstitucionalmente, esses 89% restantes jamais terão condições de serem despendidos em estratégias espelhadas na universalidade: são deliberadamente excludentes e, nas bases com que se realizam, não têm a menor condição de deixarem de ser; portanto, não apresentam qualquer compromisso futuro.

Em outras palavras, a iniquidade está sendo reforçada pela regra vigente que é baseada na diferenciação de ESB com ou sem THD. Com ela se transfere até recursos federais para municípios com PIB *per capita* alto, mesmo quando isso venha a representar, em termos de utilidade muito, desperdício e irracionalidade. E, se tomarmos justiça como equidade, então, as regras vigentes são injustas, pois elas não asseguram um maior aporte de recursos (inclusive THD) aonde eles são mais necessários: na melhoria da situação daqueles que se encontram mais desfavorecidos.

5. CONCLUSÕES

À guisa de conclusão, considerando o objetivo geral dessa pesquisa e as verificações processadas com os dados coletados em campo, pode-se afirmar que o modelo lógico proposto como instrumento técnico-científico é válido para a avaliação da utilidade e justiça da presença de THD nos sistemas locais de saúde bucal. Ele é válido também para analisar o impacto do ordenamento federal da assistência à saúde bucal sobre os sistemas locais, quando os princípios de universalidade e equidade do SUS são considerados; bem como, quando se tem como referência os arranjos de oferta assistenciais distinguidos pelas seguintes categorias: porte populacional dos municípios (variável contextual) e presença do THD nas ESF (variável programática).

Considerando a hipótese dessa pesquisa, concluiu-se que o modelo lógico construído teoricamente sob pretensões de validade interna, no geral, também apresenta validade externa quando referido a experiências representativas, algo que, aqui comprovado, fê-lo apto a servir como quadro de referência para exercícios extensivos de avaliação em âmbito nacional.

Do conjunto das 113 situações locais (envolvendo 542 ESB implantadas) que puseram o modelo à prova, em apenas uma, e em parte dela (os casos das ESB do tipo Pareto 8 de São Paulo, envolvendo 28 ESB), ocorreu discrepância significativa e não justificável entre as previsões do modelo e os dados de campo. Esse caso único coloca em cheque a validade externa do modelo. Em que pese termos feito uma visita técnica a São Paulo (quando se reuniu o pesquisador responsável e os administradores das várias instituições prestadoras), na qual foi levantada a informação de que lá ocorre o registro de TC de PPI nos dados de TC, ainda assim, essa discrepância não foi explicada. Isso demonstra que há necessidade de novos estudos centrados nas particularidades dos casos que pelo modelo seriam considerados como “discrepantes ou anômalos”, e assim tentar descobrir qual a natureza do problema, se das construções formais do modelo ou das observações reais do caso.

Considerando os objetivos específicos:

1. Mapear nacionalmente as ESF que organizam sua oferta assistencial mediante compromisso programático de cobertura expresso na produção clínica e rotineira de Tratamentos Completados (TC – alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro necessitados por cada paciente):

Considerando que apenas 6% dos municípios que implantaram ESB no PSF declararam realizar oferta de TC, pode-se inferir que o padrão de oferta tem sido orientado no paradigma administrativo ancestral (de tradição inampiana), em detrimento do paradigma da programação que presumivelmente deveria estar sendo implicado e cobrado, uma vez que a inclusão da saúde bucal no PSF tem sido feita sob o bordão da “reorganização da atenção básica”. Porém, a herança previdenciária ainda não foi suficientemente expurgada e suas características atomizantes têm sobrevivido, obviamente travestidas, ao longo dos quase 20 últimos anos de história do setor saúde.

O baixo volume de informações recebidas pode indicar que há, provavelmente, por parte dos municípios que não enviaram dados, muito receio em repassá-las.

Considerando que desde inícios de 2001 o Ministério da Saúde repassa recursos financeiros a esses municípios na forma de PAB variável, a imagem reversa dos dados coletados nessa pesquisa (o negativo dessa tomada de exposição; i.e., a informação que não chegou) sugere uma hipótese forte que merece mais investigação: a de que há uma gigantesca bagunça assistencial grassando nesse processo.

2. Identificar as experiências-modelo que mais se aproximam dos tipos ideais formalizados:

A pesquisa conseguiu identificar 17 casos representativos dos 8 Paretos formalizados teoricamente. Apenas o Pareto 6 não apresentou caso representativo.

Ibiporã-PR foi o único caso que representou as posições de oferta racionalmente ideais para município em condição de favorecimento, formalizadas no Pareto 2.

Santa Bárbara-MG também seria o único caso a representar as posições de oferta idealizadas como razoáveis para município em condição de desfavorecimento, formalizadas no Pareto 5. Porém lá, lamentavelmente, o THD existente na ESB não expressa todo seu potencial produtivo por não realizar suas funções assistenciais restauradoras.

Todos os 15 demais casos, ainda que representativos de seus respectivos Paretos, apenas contribuem para a verificação da validade externa do modelo lógico; contudo, não representam situações tecnicamente definidas como racionais (ótimas), como também não representam situações razoáveis subótimas involuntárias (determinadas contextualmente) justificáveis por razões de equidade como justiça.

3. Medir a precisão do modelo (verificar o nível de validade externa do modelo em situações típicas):

Em termos assistenciais, o modelo lógico previa formalmente, por comparação interna dos seus oito Paretos, que a presença de THD nas ESB duplicaria a efetivação de TC. Na prática, essa duplicação foi observada com significativa aproximação, por exercício observacional-descritivo, tanto no subconjunto dos 17 casos considerados como representativos (obviamente, afinal eles são representativos!), quanto no conjunto de todos os 96 casos não discrepantes (o que não é uma obviedade, mas sim um achado).

Assim, os dados da pesquisa permitem verificar o realismo e a precisão do modelo lógico no geral, e ao verificar a validade externa do modelo, tornou racional e realista trabalhar com a estimativa de perda de 50% no potencial de efetivação de oferta assistencial quando da ausência do trabalho restaurador do THD nas ESB; ou, pela outra perspectiva, estimar a duplicação (aumento de 100%) do potencial de efetivação de oferta assistencial quando da introdução do trabalho restaurador do THD nas ESB.

Os dados da pesquisa também permitiram verificar o realismo e a precisão do modelo lógico em exercícios de análise por simulação (ou de análise quase experimental), algo possível nos casos onde são oferecidos mais de um Pareto no mesmo município, quando se comparam situações em que há ESB com e sem THD.

Deste conjunto há dois subconjuntos: ESB onde os THD fecham; e, ESB onde os THD não fecham.

O primeiro caso, onde os THD “fecham”, a situação quase-experimental se configurou em Ibiporã-PR (Paretos 2 e 3) e Barueri-SP (Paretos 6 e 8). A diferença interna prevista pelo modelo era de 0%. Porém, nos dois casos, elas ficaram inesperadamente em torno de 20% a favor da realização das ESB sem THD.

O segundo caso, onde os THD “não fecham”, a situação quase-experimental se configurou em Guarimiranga-CE, São Gonçalo do Amarante-CE, Gouveia-MG, Tombos-MG, Volta Redonda-RJ e Neópolis-SE. A diferença interna prevista pelo modelo era de perda de 50% no potencial de efetivação de oferta assistencial quando da ausência do trabalho restaurador do THD nas ESB. Ou seja, conforme a previsão do modelo, a produtividade de TC não varia entre ESB com e sem THD. Isso foi plenamente verificado.

Considerando as duas formas de verificação, observacional-descritivo e quase-experimental, torna-se racional e realista trabalhar com uma estimativa de perda no potencial de efetivação de oferta assistencial (eficácia) quando da ausência do trabalho restaurador do THD nas ESB variando entre 30 e 50%; ou, pela outra perspectiva, estimar um aumento de 43 a 100% do potencial de efetivação de oferta assistencial quando da introdução do trabalho restaurador do THD nas ESB.

Mesmo com variações, em todos os casos que tiveram seus dados de TC confirmados e que não foram excluídos como discrepantes (mediante justificção), com exceção do Pareto 8 de São Paulo (para o qual não há justificção), verificou-se a validade externa do modelo. Afora este último, nenhum dos demais casos negou a predição do modelo com valores exorbitantes (Ibiporã-PR apresentou o maior POE com 148% no Pareto 3).

Ajuda explicar valores superiores aos 100% o fato de que todos os municípios que foram considerados representativos do seu Pareto, após contato telefônico, confirmaram incluir altas de PPI no registro de TC. Em relação ao modelo lógico dessa pesquisa, que é exclusivo para a assistência curativa, essa prática gerou sobre-registro dos dados, ou seja, os valores observados passaram a apresentar um viés de alta, menos expressivo em situações municipais indexadas em CPOD mais alto e mais expressivo em situações de CPOD mais baixo. Isso porque, situações de CPOD mais baixo apresentam um volume maior de indivíduos sem necessidade curativa, portanto, um volume maior de TC de PPI, e vice-versa.

Nesses valores superiores a 100%, há também que se considerar a margem de segurança no modelo. Margem que foi teoricamente configurada quando se optou por parâmetros de produtividade razoáveis ao invés de valores máximos, atribuídos em função de uma leitura taylorista extremada.

Do conjunto dos municípios que apresentaram valores superiores aos 100%, quatro deles tiveram os seus dados considerados como discrepantes, e daí foram descartados no exercício de validação. Em três desses casos os dados de TC incluíam registros de altas por urgência-emergência e num deles, o coordenador recém-empossado não soube precisar a natureza e a qualidade do dado coletado em seu município.

Para além dessas medições, a verificação dos níveis de efetivação de TC realizados nos municípios considerados representativos permitiu ainda observar perdas de produtividades nos demais casos.

Os valores dos casos típicos comparados com os valores de todos os casos, permitem estimar, no geral, perdas médias de produtividade (ineficiência média) variando entre 49 e 72%. Esses dados de ineficiência são alarmantes, pois na prática, a produtividade assistencial nas condições de oferta atuais deveria ser, no mínimo, o dobro daquela que é atualmente praticada.

Pode-se observar perdas de 71% para o grupo com THD e 53% para o sem THD. Ou seja, os casos gerais quando comparados aos casos representativos acusam grande desperdício nas possibilidades de produtividade clínica já existentes. No geral, a presença ou não de THD nas ESB é uma variável que gera diferenças substantivas nas perdas de produtividade (aproximadamente 20%). Há mais desperdício nas ESB com THD, porque o potencial produtivo instalado não é aproveitado em sua plenitude.

Pode-se também observar perdas de aproximadamente 50% para o grupo com alta adstrição; e, de aproximadamente 70% para o grupo de baixa adstrição. Ou seja, os casos gerais quando comparados aos casos representativos acusam mais uma vez grande desperdício nas possibilidades de produtividade clínica já existentes. No geral, o volume adstrito por ESB é uma variável que gera diferenças substantivas nas perdas de produtividade (também na ordem de 20%); e, há mais desperdício do potencial produtivo atual nas ESB com baixa adstrição que nas

ESB com alta adstrição. É razoável supor que a pressão da demanda nas equipes cuja adstrição é maior diminui as perdas de produção por ineficiência por força moral, social ou política.

4. Analisar a propriedade do modelo lógico como quadro de referências para aplicá-lo, num futuro próximo, a processos de avaliação de experiências municipais:

Dos 239 municípios que inicialmente responderam ao chamamento da pesquisa, apenas 9 (4%) não conseguiram enquadrar suas ESB por entre os oito arranjos de oferta (Paretos) formalizados pela pesquisa.

Novamente, mesmo com variações, em todos os casos que tiveram seus dados de TC confirmados e que não foram excluídos como discrepantes (mediante justificação), com exceção do Pareto 8 de São Paulo (para o qual não há justificação), verificou-se a validade externa do modelo. Algo que, aqui comprovado, habilita-o como quadro de referência para exercícios extensivos de avaliação em âmbito nacional.

A simples existência inovadora do modelo lógico dessa pesquisa conferiu a capacidade crítica ao processo de recebimento de dados, e permitiu identificar todos os casos discrepantes. Com isso, possibilitou-se a correção ou eliminação criteriosa dos dados inconsistentes ou discrepantes. Esse exercício demonstrou o caráter aplicado e o realismo desse instrumento, bem como corroborou com a tese dele ser válido para processos nacionais rotineiros de avaliação da racionalidade da oferta assistencial no PSF de cada sistema local de saúde bucal brasileiro.

5. Descrever, analisar e julgar a utilidade e justiça da alocação das THD nas ESF:

Quanto à razão prática da utilidade, os distintos níveis de utilidade de cada um dos oito Paretos foram verificados. As análises concordaram com aquilo que foi formalizado no modelo lógico.

Os procedimentos de verificação apontaram correspondência entre o grau de eficácia e eficiência das variáveis programáticas formalizadas no modelo lógico e o grau de efetividade experimentado/observado. A verificação, atendendo a convocação da formalização teórica, acusou a correspondência entre lógica e empiria, etapas distintas de esforços de validação e verificação científica.

Quanto à razão prática da justiça, o princípio da diferença adotado nos julgamentos de justiça como equidade (razoabilidade) foi extremamente preciso para fazer as distinções entre as situações representativas de maior favorecimento e as situações representativas de menor favorecimento à realização das forças produtivas.

Para tanto, pesquisou-se a correspondência das médias internas de PIB *per capita* (excluídos os valores externos ao desvio padrão) municipais com as posições de favorecimento (MAG) e desfavorecimento (LAG) imputadas aos 8 Paretos formalizados pelo modelo.

Com os dados, observa-se uma correspondência forte entre a riqueza dos municípios e a atribuição formal.

O que chamou muita atenção é o fato das posições formalizadas como as de maior favorecimento (MAG) ocuparem consecutivamente as seis primeiras posições no *ranking* do PIB *per capita* municipal, restando para os Paretos formalizados como de menor favorecimento apenas as duas últimas posições. Considerando que essa atribuição é fundamental para o julgamento de justiça, verifica-se a validade geral modelo. Em outras palavras, pelo modelo, a imputação formal de favorecimento ou desfavorecimento (tomada como critério de equidade, para se transferir mais ou menos recursos federais) atribuída aos Paretos praticados pelas administrações municipais corresponde, em média, ao nível de capacidade alocativa municipal quando esse é expresso na forma de PIB *per capita*.

Por essas duas razões práticas, diferente dos Paretos 1 e 3 (ambos eficazes, porém ineficientes), o Pareto 2 é o arranjo de recursos racional e razoavelmente justificável, recomendável (por ser eficaz e eficiente) para os municípios que se encontram em situação de favorecimento (verdadeiros-MAG); i.e., aqueles que podem realizar as forças produtivas de forma plenamente desenvolvida.

Também por essas razões práticas, o Pareto 5 é o arranjo de recursos racionalmente justificável (por ser eficaz) e razoável (ainda que seja ineficiente), recomendável para esses municípios que se encontram em situação de desfavorecimento. Desfavorecimento porque neles não há condições objetivas à disposição da administração para reduzir a ineficiência determinada pelo pequeno tamanho do município, e conseqüentemente, para estabelecer rede e trabalhar o *case-mix* das unidades. Considerando que a mudança necessária para a racionalização nessa variável é contextual, portanto, está determinada externamente e foge ao alcance da “vontade” da administração local; então, manter a ineficiência involuntária (ou determinada contextualmente) decorrente de uma limitação estrutural na utilização plena das forças produtivas, torna-se uma situação socialmente razoável em apelo à justiça como equidade. O Pareto 5, com THD, é o único arranjo subótimo (ineficiente) indicado como útil e justo para todas as situações de desfavorecimento (ser município pequeno) onde o Pareto 2 é objetivamente impossível de ser implantado.

Todos os demais Paretos (4, 6, 7 e 8) não são justificáveis tecnicamente porque são intrinsecamente ineficazes, portanto inúteis e desnecessários para administrações que tenham a universalidade como princípio finalístico. Afinal, frente àquilo que o nível mais alto do ordenamento jurídico do SUS expressa, esses arranjos ainda que permitidos nos níveis mais baixos (na institucionalidade administrativa das portarias ministeriais) são taxativa e definitivamente inconstitucionais. São arranjos de oferta precária ou precaríssima. Na vigência administrativa deles, o texto da constituição passa a expressar apenas “provisões constitucionais vazias” (Dalh, 2005:39); i.e., a condição de cidadania brasileira em saúde é esvaziada por formas irracionais de administração pública.

Por tudo que foi considerado nessa pesquisa:

Conclui-se que a presença de THD nas ESF representa recurso fundamental que, quando em condição *ceteris paribus*, sempre resulta formal e realisticamente num aumento considerável de utilidade no sistema. A ausência de THD nas ESF é algo que figura tanto no plano das idealizações quanto na realidade, como opção racionalmente insustentável. Na prática, essa ausência só é razoavelmente sustentável quando compreendida como estratégia de transição devidamente aprazada para que esse recurso humano passe a figurar nas equipes.

O conjunto dos dados dá base empírica para (verifica) aquilo que foi teoricamente formalizado e sugerido: que há uma grande irracionalidade nas regras administrativas federais atualmente vigentes. Por elas, ao se permitir o repasse de recursos tanto para ESB em Modalidade 1, aceita-se a situação da ausência ineficientizadora de THD nas ESB. Tal ausência deveria ser configurada, no máximo, como ocorrência provisória e aprazada, judiciosamente justificada; já que, os municípios em Paretos 3, 4, 7, 8 (onde não há THD nas ESB) não observam a utilidade como função (pré-requisito técnico para julgamentos de justiça como equidade) administrativa espelhada nos princípios constitucionais do ordenamento jurídico do SUS. Nesta condição, encontram-se assustadores 76% dos casos que responderam ao chamado dessa pesquisa.

Considerando que todas essas formas municipais de administrar recursos estão amparadas no ordenamento administrativo federal, no mínimo por não feri-lo, segundo as duas racionalidades práticas que pautaram essa pesquisa, conclui-se que na perspectiva da alocação de THD nas ESB: o ordenamento administrativo federal vigente é irracional (inútil) e não-razoável (injusto).

6. RECOMENDAÇÕES

Do ponto de vista particular, técnico e formal sobre a alocação de recursos federais transferidos para sistemas locais de saúde bucal, a principal recomendação dessa pesquisa é para que se instale um processo de revisão criteriosa e justa do ordenamento federal, e que este parta das seguintes observações práticas, tomando-as como assertivas:

1. Em condições locais de oferta verdadeiramente favoráveis ao desenvolvimento das forças produtivas assistenciais (com THD e trabalhando as unidades em rede) seria mais justo e útil exigir a adstrição média por equipe de 6.900 hab. (relação 1 ESF : 2 ESB); já que há condições utilitárias para ser eficaz (garantir acesso universal) e eficiente (a um menor custo) com a metade do volume de recursos;
2. Em condições locais de oferta verdadeiramente desfavoráveis ao desenvolvimento das forças produtivas assistenciais (municípios de pequeno porte trabalhando suas unidades sem estabelecer rede) seria útil exigir a presença de THD na ESB e justo exigir a adstrição média por equipe de 3.450 hab. (relação 1 ESF : 1 ESB); já que não há condições de alcançar a eficiência superior. Assim, para ser eficaz, é justo se dobrar o volume de recursos repassados;
3. Em condições locais de oferta verdadeiramente desfavoráveis ao desenvolvimento das forças produtivas assistenciais (municípios de pequeno porte trabalhando suas unidades sem estabelecer rede), onde não se viabiliza administrativamente a presença de THD na ESB, mesmo com adstrição média por equipe de 3.450 hab. (relação 1 ESF : 1 ESB) não há condições de eficácia; já que a ineficiência é extrema. Nesses casos, não há procedimento de justiça que compense a inutilidade dos recursos mobilizados desta forma!

Considerando realisticamente essas assertivas, há que cotejá-las à consideração de que vivemos num ambiente em que não se pode dar ao luxo de perdas e ineficiências; que também, historicamente, carece de justiça. Daí, qualquer padrão estritamente utilitário é injustificável para enfrentar o desafio da universalidade; pois, exigências razoáveis do desafio da equidade somam-se às exigências racionais de eficácia para a universalidade.

Com base em tudo isso, pode-se afirmar que o ordenamento federal seria mais útil e justo se, ao invés das atuais prescrições expressas na Portaria n. 648/GM, de 29/03/2006 (quando se trata das ESB no Capítulo III), figurassem as seguintes sentenças normativas para a instalação e financiamento das ESB:

- a. A exigência padrão inferior para situação dos menos favorecidos (verdadeiros-LAG), àqueles que não têm condições de operar rede e trabalhar o *case-mix* na oferta de suas unidades: “opção de adstrição (X_{n_1}) de 3.450 hab. e opção pela modalidade 2 (X_{n_2} com THD). Isto é < relação 1 ESF : 1 ESB em Pareto 5 >”;
- b. A exigência padrão superior para situação dos mais favorecidos (verdadeiros-MAG), àqueles que têm condições de ter um número mínimo de unidades, podendo assim estabelecer rede com a divisão técnica do trabalho entre as unidades (trabalhar o *case-mix* das unidades básicas); assim, serem capazes de alcançar o máximo de eficiência: “opção de adstrição (X_{n_1}) de 6.900 hab., opção pela modalidade 2 (X_{n_2} com THD) e cenário programático 2 ($X_8=30h$). Isto é < relação 2 ESF : 1 ESB em Pareto 2 >”;
- c. Exigir sempre a presença de THD nas equipes, senão imediatamente, ao menos de forma aprazada conforme pacto de gestores na bipartite. (Paretos 7 e 4)

13. Referências bibliográficas:

1. Arendt H. A condição humana. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1993.
2. Bobbio N. Teoria do ordenamento jurídico. 10a ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1999.
3. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 3a ed. Campinas: Papirus; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000; Dez 29; n. 601; Seção 1:85].
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2003; Jun 4; n. 106; Seção 1:44].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.434, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2004; Jul 15; n. 135; Seção 1:36].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fevereiro_2005.xls. Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal, Similar e situação de Bloqueio do PAB e Falha - Fevereiro/2005. Brasília; 2005. 1 arquivo (1,67 Mb). Microsoft Excel 2000 via Internet <jose.riani@saude.gov.br> [mensagem pessoal]. [citado 2005 Apr 01]. E-mail para Carlo Henrique Goretti Zanetti (zanetti@unb.br)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 14 de fevereiro de 2006. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006; Fev 15; n. 33; Seção 1:37-38].
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006; Mar 29; n. 61; Seção 1:71-76].
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006; Mar 29; n. 61; Seção 1:76-77].
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 493, de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006; Mar 13; n. 49; Seção 1:45-52].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 814, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006; Abr 18; n. 74; Seção 1:98-110].
13. Centers for Disease Control and Prevention [online]. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999(RR-11). [cited 2005 Feb 20]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf>
14. Correia A. Geração de indicadores do município. Inserção da Saúde Bucal no PSF de Campo Grande-MS: relato da experiência. 2006 [Apresentado no 1º Congresso Internacional de Odontologia; Associação Brasileira de Odontologia – seção Matogrosso do Sul; 2006; Campo Grande, MS]

15. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, 1998. [1994]
16. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
17. IBGE [online]. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2002. [citado 2005 May 03]. Disponível em: URL <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2002/default.shtm>
18. Prigogone I, Stengers I. A nova aliança. 3a ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1997.
19. Rawls J. Justiça e democracia. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
20. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
21. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
22. Schumpeter JA. [1942] Capitalismo, socialismo e democracia. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.
23. Sen A. Sobre ética e economia. São Paulo: Companhia as Letras; 1999.
24. Weber M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. 4a ed. Brasília: UnB, 1999. v.1.
25. Weber M. [1919] Ciência e Política: duas vocações. 12a ed. São Paulo: Cultrix, 2004.
26. Weber M. Os três tipos de dominação legítima. In: Cohn G. Weber: Sociologia. 3a ed. São Paulo: Ática, 1986. p. 128-141
27. Zanetti CHG. A utilidade como função para universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

APÊNDICE 1

Brasília, 15 de novembro de 2005.

Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde,

Vimos por meio desse ofício circular solicitar de V.Sa. uma colaboração imprescindível para a realização de nossa pesquisa. Pois, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), somente V.Sa. pode autorizar, ou não, que o Coordenador de Saúde Bucal do seu município participe voluntariamente dessa pesquisa e nos forneça alguns dados institucionais sobre a assistência clínica odontológica oferecida pelas equipes de saúde bucal (ESB) do PSF.

Nossa pesquisa objetiva identificar como está se dando a oferta assistencial odontológica no PSF. Objetivo geral que se desdobra em três objetivos específicos:

- ✓ Primeiro, mapear se as equipes oferecem ou não rotineiramente a assistência na forma de Tratamento Completado (TC). Esperamos construir com essas informações o “Mapa Brasileiro de Oferta de TC no PSF”. Aqui entendemos TC como: alta clínica após, no mínimo, a realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e/ou ionômero de vidro necessitados por cada paciente.
- ✓ Segundo, classificar o padrão dessa oferta. Para tanto, é necessário que todas as ESB do seu município e que ofereçam rotineiramente TC sejam declaradas segundo os oito modelos apontados no questionário de coleta de dados. Não importa qual a modalidade de ESB, relação entre ESB:ESF, cobertura, etc que essas equipes se encontram, elas certamente se enquadrarão nos modelos do questionário.
- ✓ Terceiro, validar um instrumento de avaliação que visa descrever os ganhos em efetividade de cobertura assistencial de TC quando da presença ou não da THD na equipe. Para que essa validação possa se dar, necessitamos de dados de todas as ESB que ofereçam rotineiramente TC, tanto daquelas que trabalham, quanto das que não trabalham com THD, a fim de que possamos compará-las.

Acreditamos na importância desses dados. Esperamos com eles reunir informações e conhecimentos que permitam discutir, com mais propriedade e justificção, o nível de utilidade (se é racional) e justiça (se é razoável) das regras atuais de financiamento federal das equipes de saúde bucal no PSF.

Caso V.Sa. entenda por bem autorizar a participação, agradecemos antecipadamente a gentileza do seu acolhimento e a disposição para colaborar com a pesquisa.

Segue em anexo:

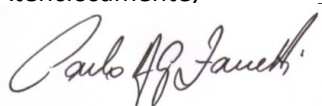
- ✓ Autorização da Instituição (impresso no verso desse ofício) – a ser assinada pelo Secretário de Saúde;
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – a ser assinado pelo Coordenador de Saúde Bucal;
- ✓ Questionário de Pesquisa – a ser preenchido pelo Coordenador de Saúde Bucal.

Sr. Secretário, favor assinar o verso desse ofício e repassá-la junto com o questionário e termo de consentimento ao Coordenador de Saúde Bucal de seu município. Após o preenchimento desse três instrumentos favor retorná-los.

Solicitamos a brevidade na resposta, pois ela favorece muito o andamento do nosso trabalho. O prazo máximo para retorno será: 28 de dezembro de 2005 (última quarta-feira do ano).

Em função da exigência de contarmos com as assinaturas nos termos de autorização e de consentimento, esses instrumentos não devem ser retornados via e-mail; mas sim, por via postal (**Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A FM/FS; Brasília - DF CEP.:70.910-900**) ou, preferencialmente, por **fax: (61) 3340-9774**.

Atenciosamente,



Carlo Henrique Goretti Zanetti
Prof. Dr. Departamento de Odontologia – ODT/UnB

Autorização da Instituição

Eu,....., Secretário de Saúde do Município de do estado de, autorizo o Sr. Coordenador Municipal de Saúde Bucal (ou profissional em função correspondente), a fornecer as informações administrativas solicitadas pelo pesquisador Carlo H.G. Zanetti, professor do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília - UnB e sua equipe (Palmira Guimarães e Marina Lima) a fim de realizar pesquisa nesta Instituição, sob o título: **Razões Práticas: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do Programa Saúde da Família (PSF), coordenado pelo professor Carlo Henrique Goretti Zanetti .**

Pesquisa que objetiva compreender **a utilidade da presença do Técnico de Higiene Dental (THD) nas equipes de saúde bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF), que organizam a sua oferta de assistência clínica básica de forma programática;** aqui entendida como oferta rotineira de tratamentos completados (TC - alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro necessitados por cada paciente)..

Espera-se, com a pesquisa, contribuir com **conhecimentos que possibilitem o aprimoramento das regras de financiamento federal (transferências para os municípios), em termos de utilidade e justiça.**

Para tanto, serão utilizados como instrumentos de pesquisa um questionário na primeira fase e, se o município for selecionado como caso-modelo para segunda fase, serão utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista com o Coordenador de Saúde Bucal e possível visita técnica à(s) unidade(s) básica(s).

Local:

Data:/...../2005

.....
Assinatura

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da 1ª etapa da pesquisa – **Razões Práticas: utilidade e justiça na alocação do Técnico de Higiene Dental (THD) para a oferta assistencial programada do Programa Saúde da Família (PSF), coordenado pelo professor Carlo Henrique Gorette Zanetti .**

Você foi selecionado **em função do cargo que ocupa (coordenador municipal ou estadual de saúde bucal)** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Universidade de Brasília (UnB) ou com qualquer outra instituição.

O objetivo geral deste estudo é **a descrição, análise e avaliação da utilidade da presença do Técnico de Higiene Dental (THD) nas equipes de saúde bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF), que organizam a sua oferta de assistência clínica básica de forma programática;** aqui entendida como oferta rotineira de tratamentos completados (TC - alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro necessitados por cada paciente).

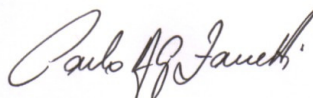
O objetivo da 1ª etapa desse estudo é **construir o mapa da oferta de TC no Brasil/SUS**, já que há problemas na coleta desses dados pelo SIAB; bem como, **quantificar as equipes segundo o modelo lógico desse estudo**. Acreditamos que a realização dessa etapa permitirá reunir informações de todo o país para localizar e selecionar aquelas ESB que, na condição de casos-modelo, possam representar nesse estudo os tipos fundamentais de oferta clínica programática básica. Essas ESB-modelo, na 2ª e última etapa, servirão para a validação do modelo a ser utilizado em futuras avaliações.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que se encontram no verso deste termo de consentimento, desde que você concorde livremente em respondê-las e que exista em seu município, pelo menos uma ESB com oferta regular de TC. Em função dessas respostas, você poderá ou não ser convidado para participar da última etapa desse estudo.

Sua participação não implica em riscos, pois as informações obtidas através dessa pesquisa serão de caráter público, e não têm quaisquer finalidades de avaliação institucional para fins administrativos.

Sua participação também não implicará em nenhum benefício direto para você ou seu município. Porém, espera-se com esse estudo produzir conhecimentos que possibilitem o aprimoramento das regras de financiamento federal (transferências para os municípios), em termos de utilidade e justiça.

Você retornará uma cópia deste termo pelos correios ou fax, no telefax ou endereço do pesquisador principal discriminado abaixo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.



Nome e assinatura do pesquisador principal:

Carlo Henrique Gorette Zanetti

Prof. Dr. Carlo Henrique Gorette Zanetti, Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde Universidade de Brasília – UnB. (61) 9975-7849; **3340-9774** <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br> zanetti@unb.br
Endereço Postal: **Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A FM/FS; Brasília - DF CEP.:70.910-900**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação nessa pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Local e Data:

Assinatura (sujeito da pesquisa)

RG: nº CRO - nº

Contato: Telefone () E-mail:

ATENÇÃO:

NA PRÓXIMA PÁGINA, ENCONTRA-SE O INSTRUMENTO DE PESQUISA. NELE, CADA UM DOS OITO MODELOS DE ARRANJO DE RECURSOS ASSISTENCIAL GUARDA CORRESPONDÊNCIA COM AS CARACTERÍSTICAS DE CADA UM DOS PARETOS DO MODELO LÓGICO DA PESQUISA.

DURANTE A ELABORAÇÃO DESSE INSTRUMENTO, OS MODELOS 1 E 2 DEVERIAM CORRESPONDER AOS PARETOS 1 E 2, RESPECTIVAMENTE.

PORÉM, OCORREU UMA TROCA ACIDENTAL: **O MODELO 1 CORRESPONDE AO PARETO 2**; E, **O MODELO 2 CORRESPONDE AO PARETO 1**. ISSO EM NADA PREJUDICOU A COLETA OU A ANÁLISES DOS DADOS, JÁ QUE, PARA TODA ANÁLISE ATÉ AQUI APRESENTADA O QUE SE FEZ FOI SIMPLEMENTE APRESENTAR COMO MODELO 1 TUDO AQUILO QUE FOI COLETADO COMO MODELO 2, E VICE-VERSA; RETORNANDO ASSIM A CORRESPONDÊNCIA PERFEITA ENTRE MODELO DE COLETA E PARETO DO MODELO LÓGICO.

Questionário de Pesquisa

1. No município que coordena, já se levantou o CPOD médio aos 12 anos ? [] Sim [] Não

Caso esse estudo tenha sido feito:

1.1. Em que ano ele foi realizado ? _____

1.2. Por quem ? _____ (instituição) _____

1.3. Qual é o valor do CPOD encontrado ? _____

2. Há no município ESB/PSF que ofereça rotineiramente alguma assistência clínica odontológica na forma de tratamento completado (TC - alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro necessitados por cada paciente) ? Seja para qualquer população-alvo: gestantes, crianças, hipertensos, etc. [] Sim [] Não

Caso exista esse tipo de oferta clínica:

2.1. Em quantas ESB há oferta regular de TC ? _____

3. Dessas ESB, como elas se distribuem nos modelos abaixo:

Características:

Favor informar:

<p>Modelo 1: - <u>mais de 20 horas semanais</u> (mais que um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - presença de THD na ESB (Modalidade 2); - relação 1 ESB : 2 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 21 e 29 horas semanais, ou [] 30 ou mais horas semanais - n° de ESB em Modelo 1: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 2: - <u>mais de 20 horas semanais</u> (mais que um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - presença de THD na ESB (Modalidade 2); - Relação 1 ESB : 1 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 21 e 29 horas semanais, ou [] 30 ou mais horas semanais - n° de ESB em Modelo 2: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 3: - <u>mais de 20 horas semanais</u> (mais que um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - sem THD na ESB (Modalidade 1); - Relação 1 ESB : 1 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 21 e 29 horas semanais, ou [] 30 ou mais horas semanais - n° de ESB em Modelo 3: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 4: - <u>mais de 20 horas semanais</u> (mais que um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - sem THD na ESB (Modalidade 1); - Relação 1 ESB : 2 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 21 e 29 horas semanais, ou [] 30 ou mais horas semanais - n° de ESB em Modelo 4: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 5: - <u>20 horas semanais ou menos</u> (até um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 01 e 09 horas semanais, ou [] Entre 10 e 20 horas sem - n° de ESB em Modelo 5: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____</p>

<p>de TC; - presença de THD na ESB (Modalidade 2); - Relação 1 ESB : 1 ESF</p>	<p>hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 6: - <u>20 horas semanais ou menos</u> (até um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - presença de THD na ESB (Modalidade 2); - Relação 1 ESB : 2 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 01 e 09 horas semanais, ou [] Entre 10 e 20 horas sem - n° de ESB em Modelo 6: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 7: - <u>20 horas semanais ou menos</u> (até um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - sem THD na ESB (Modalidade 1); - Relação 1 ESB : 1 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 01 e 09 horas semanais, ou [] Entre 10 e 20 horas sem - n° de ESB em Modelo 7: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>
<p>Modelo 8: - <u>20 horas semanais ou menos</u> (até um turno diário) de jornada clínica trabalhada <u>efetivamente</u> para oferta de TC; - sem THD na ESB (Modalidade 1); - Relação 1 ESB : 2 ESF</p>	<p>- Jornada semanal prevalente: [] Entre 01 e 09 horas semanais, ou [] Entre 10 e 20 horas sem - n° de ESB em Modelo 8: _____ - n° de habitantes adstritos (soma) por todas essas ESB: _____ hab. - n° de TC produzidos (soma) por todas essas ESB: _____ TC (Total TC nos últimos 12 meses)</p>

OBS: verificar se a soma do número de ESB declaradas por modelo na pergunta 3 corresponde ao quantitativo declarado no item 2.1 da pergunta 2.

APÊNDICE 2

Brasília, 28 de março de 2005.

Ilmo(a) Sr(a) Dr(a) FULANO DE TAL
Secretaria Municipal de Saúde
Rua TAL, 410
XXXXXXXX - MG
CEP: XXXXX-000

Prezado Sr.(a),

Vimos por meio desse ofício circular **geral** agradecer a disposição de V.Sa. em responder ao chamado da nossa pesquisa. Sem a sua colaboração e dos demais coordenadores que responderam, o nosso trabalho não se viabilizaria.

Contudo, vale registrar que, mesmo que tenhamos feito um pré-teste de verificação da clareza e entendimento do questionário de pesquisa utilizado, as respostas que chegaram expuseram algumas falhas na elaboração do questionário. Em alguns itens não detalhamos ou especificamos bem o pedido dos dados.

As nossas principais falhas de elaboração foram:

1. não especificamos que o conceito de TC implica na noção de alta clínica registrada **per capita**. O registro do TC é como o registro do número de cesarianas em uma maternidade: não importam quantos e quais procedimentos operatórios foram realizados para se obter a alta clínica; cada parto é registrado uma única vez. Na falta deste esclarecimento, que agora fazemos, uma boa parte dos dados sobre TC registrou erroneamente o número de procedimentos implicados na realização das altas clínicas, e não aquilo que seria o correto: registrar apenas o número de **pessoas** que obtiveram tais altas. Portanto, em vários questionários retornados, ocorreu uma inconsistência no registro por supernotificação de TC;
2. também não fomos capazes de deixar bem claro que, o número de horas dedicadas à realização dos TC não é a jornada contratual obrigatória de 40 horas semanais do PSF; mas sim, aquela parcela desta jornada de trabalho que é, em média, dedicada “exclusivamente” para a oferta de TC, excluindo daí as horas despendidas em outras atividades extraclínicas ou clínicas de natureza diversa e não programada, tais como: as urgências /emergências ou os procedimentos clínicos-cirúrgicos isolados em procedimentos que não são orientados para a oferta na forma de altas clínicas (TC);
3. não criamos um campo para fornecimento da seguinte informação: há a oferta programática na forma de TC no município, mas não há registro de dados dessa produção; portanto, o dado não está disponível.

Afora estas nossas falhas principais, outras pequenas falhas que dificultaram o recebimento das informações. Entre elas:

1. solicitamos o fax como forma prioritária de retorno dos dados; deveria ter sido dada a prioridade aos correios. Isso nos custou vários problemas: desde manter o nosso equipamento funcionando num período de muita chuva, relâmpagos e trovoadas; até o simples, mas não menos nocivo, problema de superposição das folhas de resposta, provocado pelo operador dos aparelhos de fax no ato do envio;
2. não destacamos que os dados, ao serem preenchidos à mão, deveriam ser preferencialmente registrados com letra de forma. Muita informação chegou completamente ilegível;
3. não criamos um campo no termo de consentimento para o nome por extenso do Coordenador Municipal de Saúde Bucal. Neste caso, felizmente, na maioria das vezes o número do CRO nos salvou;
4. não criamos outros campos no termo de consentimento, para dados de contato com o Coordenador Municipal de Saúde Bucal, tais como: endereço, número de fax e/ou e-mail (ainda que esses últimos fossem institucionais ou de terceiros).

Também ocorreu uma dificuldade para preservar a consistência na classificação das equipes (ESB) em sua relação para com o número de ESF: se 1 para 1; ou, se 1 para 2. Isso não se deu por qualquer erro, mas sim porque há uma lacuna nas normas federais, a saber:

1. Na normatização geral do PSF, uma ESF opera com uma população adstrita entre 3.000 e 4.500 habitantes. Daí, na saúde bucal, para quem trabalha na relação 1 ESB : 1 ESF, seria lógico esperar que também se operasse com a faixa de adstrição geral, a qual, se ampliada, toleraria uma adstrição mínima de 2.500 e máxima de 5.000 habitantes. Para quem trabalha na relação 1 ESB : 2 ESF seria lógico esperar o dobro nesses números. Acontece que, quando da normatização específica das ESB no PSF (Portarias 1.444/2000 e 673/2003), não se fixou faixas de adstrição com valores máximos e mínimos; mas sim, fez-se tão somente a definição da média para a relação 1:2 fixada em 6.900 habitantes. Essa “atrapalhada” na constituição das normas específicas da saúde bucal gera inconsistências de todo tipo. Há municípios declarando relação 1:1 com números de adstrição que seriam mais apropriados para a relação 1:2, e vice-versa.
2. Daí, ainda que essas situações sejam reais no dia-a-dia dos municípios; há que se destacar que, para fins da nossa pesquisa, não há modelo formal que dê conta de enquadrá-los. Por isso, nesses casos extremos, e somente neles, mesmo quando os valores de adstrição foram declarados corretamente, nós iremos modificar a classificação fornecida pelo Coordenador Municipal de Saúde Bucal no que diz respeito à relação (se 1:1 ou 1:2) para reenquadrá-las na faixa especificada no início do item anterior.

Por fim, ocorreram situações que simplesmente escapam ao nosso controle, a saber:

1. Falta do envio do “Termo de Autorização do Secretário Municipal de Saúde”, ou falta apenas da assinatura;
2. Falta do envio do “Termo de Consentimento Informado do Coordenador Municipal de Saúde Bucal”, ou falta apenas da assinatura;
3. Falta do envio do questionário completo, ou parte dele – a saber:
 - a. valor do CPOD aos 12 anos, quando foi declarado ter havido levantamento;
 - b. jornada semanal prevalente para oferta de TC;
 - c. número de ESB (total);
 - d. número de habitantes adstritos (total);
 - e. número de TC realizados nos últimos 12 meses (total)

Considerando todos esses problemas, vimos por meio deste ofício circular geral solicitar a todos os Srs(as). Coordenadores(as) a gentileza de nos reenviar:

1. Um e-mail para contato, seja ele institucional ou de terceiros, caso não tenha sido enviado anteriormente um e-mail pessoal;
2. Um número de fax de contato, seja ele institucional ou de terceiros, caso não tenha sido enviado anteriormente;
3. Verificar se o número de TC é um registro de altas, totalizado *per capita* e não por somatório de procedimentos;
4. **Qualquer dado que mereça reparo, em função daquilo que foi exposto neste ofício circular.**

Para os coordenadores que declararam ESB com THD (Modalidade II), solicitamos também o fornecimento de novos dados para **complementação** das informações:

1. O THD da ESB executa atividades clínicas ? [] SIM [] NÃO
Considerando os termos da Consolidação das Normas CFO Título I - Capítulo IV Atividades Privativas do Técnico em Higiene Dental, Art. 12., onde se define: “I) inserir e condensar substâncias restauradoras”:
2. O THD da ESB exerce essa atribuição listada acima quando em atividade clínica ? [] SIM [] NÃO
3. Em média, qual a percentagem do tempo que o cirurgião-dentista dedica à produção de TC, no qual ele é acompanhado do THD exercendo a atribuição listada acima? _____ %

Afora esses pedidos gerais, solicitamos ainda a justificativa e/ou complementação/retificação de alguns dados que nos foram enviados, pois eles nos suscitaram dúvidas:

XXXXXXX - MG:

- 1- Verificar se há realmente oferta rotineira de assistência odontológica na forma de TC.

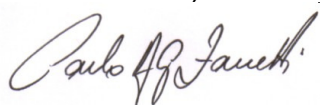
2- O número de TC por ano está alto: 1500 em média por ESB, quando o esperado seria abaixo. Não conseguimos compreender como que, com duas ESB se produz 3.000 TC por ano para 2.000 hab. adscritos. Considerando que na resposta de vários coordenadores ocorreu o problema de inconsistência no registro do número de TC, vimos por meio desta solicitar de V.Sa. um contato de confirmação sobre o número declarado no formulário. Esse problema ocorreu quando, ao invés de se lançar o número de TC (instrumento de informação que registra alta clínica; portanto, ele é contabilizado *per capita*, independentemente do número e natureza dos procedimentos realizados para se obter essa alta), acreditamos que, foram lançados os dados relativos ao somatório de procedimentos individuais para a realização dos TC. A declaração desses dados de procedimento, e não de alta clínica *per capita*, gera uma inconsistência no registro do dado. Uma vez que esse problema de inconsistência nos dados de TC foi freqüente nas respostas, estamos enviando esse pedido de verificação a todos os coordenadores que responderam ao chamado da pesquisa.

Segue em anexo uma nova cópia do material da pesquisa, idêntica àquela que foi enviada anteriormente. Ela também pode ser obtida no site www.saudebucalcoletiva.unb.br. Em caso de dúvida, entre em contato: zanetti@unb.br ou (61)3307-1424 (à tarde) ou (61)9975-7849.

Caso seja necessário o envio de algum termo (de autorização ou consentimento) assinado, favor remetê-los, por via postal para **Departamento de Odontologia, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A FM/FS; Brasília - DF CEP.: 70.910-900**. Caso seja necessário apenas o envio de informações de complementação ou retificação, favor retornar, preferencialmente, por e-mail para: zanetti@unb.br (notificaremos imediatamente o recebimento de todos os e-mail recebidos – caso esta nossa notificação não ocorra em até 24 horas, ela pode ter sido extraviada; daí, favor reenviar o mesmo e-mail até que o seu recebimento seja notificado por nós); ou pelo endereço postal acima.

Agradecemos mais uma vez a colaboração e solicitamos a imediata resposta, pois ela favorece muito o andamento do nosso trabalho.

Atenciosamente,



Carlo Henrique Goretti Zanetti
Prof. Dr. Departamento de Odontologia – ODT/UnB

APÊNDICE 3

CAPITAIS:

RESPONDERAM:

- 1 - Maceió - AL
- 2 - Salvador - BA
- 3 - Vitória - ES
- 4 - Goiânia - GO
- 5 - Campo Grande - MS
- 6 - João Pessoa - PB
- 7 - Natal - RN
- 7 - Aracaju - SE
- 8 - São Paulo - SP

NÃO RESPONDERAM:

- 1 - Rio Branco - AC
- 2 - Manaus - AM
- 3 - Macapá - AP
- 4 - Fortaleza - CE
- 5 - Brasília - DF
- 6 - São Luiz - MA
- 7 - Belo Horizonte - MG
- 8 - Cuiabá - MT
- 9 - Belém - PA
- 10 - Recife - PE
- 11 - Terezina - PI
- 12 - Curitiba - PR
- 13 - Rio de Janeiro - RJ
- 14 - Porto Velho - RO
- 15 - Boa Vista - RR
- 16 - Porto Alegre - RS
- 17 - Florianópolis - SC
- 18 - Palmas - TO

CASOS REPRESENTATIVOS:

- 1- Amambaí - MS
- 2 - Caxias do Sul - RS
- 3 - Entre Rios do Sul - RS
- 4 - Gália - SP
- 5 - Gouveia - MG
- 6 - Ibiporã - PR
- 7 - Lábrea - AM
- 8 - Lindóia - SP
- 9 - Orizona - GO
- 10 - Ouro Branco - MG
- 11 - Nova Palma - RS
- 12 - Patrocínio - MG
- 13 - Santa Bárbara - MG
- 14 - São Paulo - SP
- 15 - São José do Ribamar - MA
- 16 - São Tomé - PR