

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA INTEGRADA

CLODOALDO PENHA ANTONIASSI

**AVALIAÇÃO DA DIFUSÃO DE INOVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO
SUS EM SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE ESPACIAL**

Maringá
2019

CLODOALDO PENHA ANTONIASSI

**AVALIAÇÃO DA DIFUSÃO DE INOVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO
SUS EM SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE ESPACIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá-UEM como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Odontologia Integrada.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mitsue Fujimaki

Maringá
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

A635a

Antoniassi, Clodoaldo Penha

Avaliação da difusão de inovação da qualificação da gestão do SUS em saúde bucal :
uma análise espacial / Clodoaldo Penha Antoniassi. -- Maringá, PR, 2019.
60 f.: il. color.

Orientadora: Profa. Dra. Mitsue Fujimaki.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da
Saúde, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
2019.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Sistema de
Informação Geográfica (SIG). I. Fujimaki, Mitsue, orient. II. Universidade Estadual de
Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 23.ed. 617.601

Márcia Regina Paiva de Brito - CRB-9/1267

CLODOALDO PENHA ANTONIASSI

**AVALIAÇÃO DA DIFUSÃO DE INOVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS
EM SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE ESPACIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá-UEM como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Odontologia Integrada.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mitsue Fujimaki
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. José de Oliveira Siqueira
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Christovam Barcellos
Fundação Oswaldo Cruz

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre tiveram como objetivo de suas vidas educar seus filhos na fé, no amor e na ciência, sem poupar esforços para isso. E a minha esposa que sempre esteve ao meu lado, com uma palavra de incentivo nos momentos de desânimo, um abraço e muitas orações nos momentos de vitória e dificuldades, me presenteando com o que é de valor imensurável: sua fé, confiança, fidelidade, experiências de vida e infinito amor. Sem este alicerce, com certeza não teria conquistado mais essa etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente em nossas vidas!

A Tatiana E. G. Antoniassi, ao Gustavo G. Antoniassi e a Lívia G. Antoniassi, por entender minha ausência física e mental inúmeras vezes. Por acreditar em mim e me apoiar sempre. Por me acalmar e às vezes por me estressar. Por estar sempre ao meu lado e por me fazer o homem mais amado e feliz.

À minha mãe Maria Concília, pela doçura e calma. Por entender, enquanto viva neste mundo, que amo o que faço e muitas vezes deixo de estar presente em busca da realização do meu sonho. Ao meu pai, João, por ter me ensinado a ser forte!

Às minhas irmãs Luciana e Daniéle, por entenderem a minha distância, minha loucura por estudar, por me apoiarem e principalmente torcerem por mim.

À Professora Mitsue Fujimaki. Sua calma e tranquilidade nos enchem de segurança e confiança. Obrigado pelas contribuições e por ter aceitado ser minha orientadora. Levarei sempre seu exemplo na minha carreira docente! Obrigado por dividir suas experiências e seu conhecimento conosco nestes anos de mestrado. Obrigado por insistir quando algumas vezes não estava a fim, obrigado por “puxar a orelha” quando a dedicação não estava suficiente e muito obrigado por entender quando o momento não era o melhor. Tenho muito orgulho de ter sido seu aluno e lembrarei sempre do modo como você nos ensinou.

Aos colegas e amigos: Gabriel Castanheira, Fernanda Tsuzuki, Fernanda Lobo, Isadora Balan, Camila Hirata, Amanda Penha, Ana Carolina Alves, Lays Chaves, Gislaine Amaral, Thaynara Almeida e Victor Lacerda . Obrigado por aguentarem o meu “bom humor” todas as manhãs. Obrigado por todas as risadas que demos juntos, pelos choros, pelos bons momentos e pela troca de experiência. Espero do fundo do coração que não percamos o contato. Levarei vocês na mente e no coração. Aos professores Luiz Fernando Lolli, José de Oliveira Siqueira, Christovam Barcellos, Sandra Mara Maciel, Oseias da Silva Martinuci pela paciência e pelo conhecimento transmitido. Aos funcionários, em especial, Sônia, pela ajuda constante e esforço interminável.

"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Saúde Bucal aponta a necessidade de aprimorar a gestão do cuidado e do trabalho no SUS para garantir uma atenção à saúde resolutiva e integral à população. Nessa perspectiva, as Universidades têm um importante papel de oportunizar a educação dos profissionais, visando o aprimoramento das práticas, atendendo as diretrizes do SUS. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar a difusão de inovação do processo de qualificação da gestão do SUS em Saúde Bucal no Paraná. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, do tipo ecológico, analisando áreas geográficas delimitadas, municípios e regionais de saúde, para verificar o processo de difusão do Curso de extensão “Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal”, realizado em quatro ciclos de capacitação, de 2012 a 2019, na qual o aluno de um ciclo pode tornar-se um multiplicador do ciclo seguinte, por adesão voluntária. Durante o Curso, os participantes realizaram o diagnóstico da gestão local e planejamento, apresentaram e implementaram propostas de intervenções, que foram descritas em um trabalho de conclusão do curso. Foram elaborados mapas utilizando bancos de dados do Curso e o Software QGIS para os Municípios e Regionais de Saúde que aderiram e concluíram os quatro ciclos, analisando a difusão de inovação por meio da Teoria de Difusão de Inovação de Rogers. **Resultado:** No total do processo, realizaram a inscrição voluntária 1.304 profissionais da saúde (equipe multiprofissional) de 321 municípios (80% dos municípios do Paraná), e 877 participantes de 259 municípios (65%) concluíram o Curso. O Curso apresentou a vantagem relativa, compatibilidade, observabilidade, experimentabilidade e baixa complexidade, além de utilizar canais de comunicação adequados e de ter o favorecimento do sistema social e o esforço dos agentes de mudança no processo. **Conclusão:** Conclui-se que o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em saúde bucal apresentou as características da Teoria da Difusão de Inovação, configurando-se um processo inovador em educação profissional com distribuição espacial no Estado do Paraná, reforçando o papel da importância da integração ensino/serviço em benefício da população.

Palavras-chave: sistema de informação geográfica; avaliação do ensino; difusão de inovação.

ABSTRAT

Introduction: The National Oral Health Policy points to the need to improve care and work management in the SUS to ensure resolute and integral health care for the population. In this perspective, Universities have an important role in providing the education of professionals, aiming at improving practices, meeting SUS guidelines.

Objective: The objective of this work was to evaluate the diffusion of innovation of the SUS management qualification process in oral health in Paraná. **Method:** This is an exploratory ecological study, analyzing delimited geographical areas, municipalities and regional health, to verify the diffusion process of the “Qualification of SUS Management in Oral Health”, conducted in four cycles. from 2012 to 2019, in which the student of one cycle can become a multiplier of the next cycle, by voluntary adhesion. During the course, participants made the diagnosis of local management and planning, presented and implemented intervention proposals, which were described in the Course Completion Work. Maps were prepared using Course databases and the QGIS Software for the municipalities and Regional Health that adhered to and completed the four cycles, analyzing the diffusion of innovation through Rogers' Diffusion of Innovation Theory. **Result:** A total of 1,304 health professionals (multidisciplinary team) from 321 municipalities (80% of the municipalities of Paraná) and 877 participants from 259 municipalities (65%) completed the course. The course presented the relative advantage, compatibility, observability, experimentability and low complexity, besides using adequate communication channels and having the favor of the social system and the effort of agents of change in the process. **Conclusion:** It is concluded that the SUS Management Qualification Course in oral health presented the characteristics of the Innovation Diffusion Theory, constituting an innovative process in professional education with spatial distribution in the State of Paraná, reinforcing the role of the importance of teaching / education integration service for the benefit of the population.

Keywords: geographic information system; teaching assessment; diffusion of innovation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Curva em formato de S.....	17
Figura 2 - Mapa das Regionais de Saúde do Paraná.....	24
Figura 3 - Mapas da adesão dos municípios por ciclos.....	26
Figura 4 - Mapa dos municípios que realizaram o curso e a vulnerabilidade social	28
Figura 5 – Gráfico de adesão de alunos e multiplicadores por ciclos de capacitação	29
Figura 6 - Mapas dos municípios que concluíram o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal por ciclos.....	30
Figura 7 – Mapa cumulativo dos municípios que concluíram o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal por ciclos.....	32
Figura 8 - Mapa das Regionais de Saúde que aderiram e concluíram o Curso	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Elementos condicionantes da difusão de inovação	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASB	Auxiliares de Saúde Bucal
CD	Cirurgiões Dentistas
IADR	<i>International Association for Dental Research</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
PIB	Produto Interno Bruto
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SIG	Sistema de Informação Geográfico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TSB	Técnicos em Saúde Bucal
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.1	INOVAÇÃO.....	14
1.2	DIFUSÃO DE INOVAÇÃO.....	15
1.3	GESTÃO EM SAÚDE.....	17
2	INTRODUÇÃO	18
3	METODOLOGIA	20
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2	CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS EM SAÚDE BUCAL.....	20
3.3	AQUISIÇÃO DE DADOS E VARIÁVEIS.....	22
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	23
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO	37
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	50

1.CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 INOVAÇÃO

A inovação sempre teve papel importante para a humanidade, no entanto, apenas nas últimas décadas as organizações têm-se concentrado em buscá-la, principalmente pelas demandas e mudanças do ambiente que exigem o aperfeiçoamento por meio da inovação (BAREGHEH et al., 2009). A definição de inovação ainda constitui-se um desafio (BRASIL, 2018). Uma das definições de inovação mais amplamente usadas é fornecida pelo Manual de Oslo, que a define como “a introdução de um produto novo ou significativamente melhorado, que pode ser um processo, de um novo método organizacional ou de marketing, nas práticas internas da empresa, na organização do local de trabalho ou nas relações externas” (OCDE, 2005). Inovação ainda pode ser definida como uma ideia ou prática que é percebida como nova por um indivíduo ou um coletivo para sua adoção (ROGERS, 2003), bem como o processo de desenvolvimento de seu uso prático, criando possibilidades por meio da combinação de formas diferentes do conhecimento, podendo ser implementada em vários tipos de organizações, como nas Instituições de Ensino, trazendo assim benefícios para a sociedade (POZZO & CORDEIRO, 2014).

A inovação, baseada no conhecimento, pode ser definida como conhecimento novo que possui ao mesmo tempo a possibilidade de ser duplicável, novo no contexto em que é introduzido e demonstrar utilidade para aquele sistema social (QUINTANE et al., 2011). Ainda está relacionado a transformação de conhecimento numa aplicação capaz de gerar soluções para problemas concretos na sociedade, com objetivo de ganhos na concepção e nos resultados da prestação de serviços de interesse e caráter públicos (NEVES; NEVES, 2011). Uma inovação é social na medida em que é aceita e difundida amplamente por toda a sociedade ou em certos sistemas dela, sem o interesse do lucro, para ser, finalmente, institucionalizada como prática social nova ou tornada rotina e são promovidas por atores, como as Instituições de Ensino Superior (IES), com a finalidade de responder às necessidades locais (HOWALD; SCHWARZ, 2010).

As Universidades devem exercer seu protagonismo na geração do conhecimento, aprendizagem e inovação, com utilização de novas tecnologias de

informação, substituição de aulas expositivas por trabalhos em grupo e o uso do ensino a distância (MASETO, 2004), bem como o rompimento da lógica atual da maneira que os indivíduos aprendem, numa inovação de paradigma (CHRISTENSEN et al., 2012). A inovação não deve ser um atributo automático destas Instituições, sendo um processo habilitado por uma gestão bem estruturada e atuante da coordenação (BESSANT et al., 2005). Para que estas inovações sejam socializadas necessitam do processo de difusão e seus elementos condicionantes, que quando adequadamente utilizadas podem efetivar a inovação e auxiliar a organização atingir seus objetivos (GIACOMINI FILHO et al., 2007).

A inovação pode ser classificada como incremental ou disruptiva, de acordo com o grau de mudança que provoca no sistema social. A primeira acarreta pequenas melhorias na funcionalidade dos serviços ou processos existentes. A segunda, gera impacto significativo no sistema social, podendo ser o surgimento de uma solução ainda não apresentada no serviço ou comunidade (OCDE, 2005). Além disso, podemos dividi-lo em três fases, sendo: *front end* da inovação, desenvolvimento e implementação. O *front end* da inovação está relacionado a todas as atividades realizadas até a tomada de decisão. O desenvolvimento, diz respeito às atividades executadas no sentido de especificar e detalhar o conceito de forma a tornar possível sua implementação, que corresponde as atividades executadas para materializar o conceito (HERSTATT et al. 2006).

Um dos possíveis problemas da gestão da inovação está justamente no que se compreende por inovação, conceito frequentemente confundido com invenção. Os termos inovação e invenção não são sinônimos, e esses conceitos geram questionamentos, como do ponto de vista territorial, pois muitas vezes o processo é inovação apenas em determinado local, podendo já ter se difundido em outras localidades (OCDE, 2005). Desta forma, o conhecimento do ambiente é relevante para poder avaliar o impacto e as decorrências da inovação (DOSI & GRAZZI, 2009).

1.2 DIFUSÃO DE INOVAÇÃO

A difusão de inovação teve em Gabriel Tarde's seu primeiro pesquisador em 1903, que relatou a importância dos líderes de opinião na adoção ou rejeição de uma inovação. No entanto, apenas nas décadas de 40 e 50, uma série de estudos

que abordava diferentes variáveis e áreas do conhecimento foram realizados, tendo seu ápice no final da década de 50 e início de 60 com Everett Rogers que unificou diversas áreas do conhecimento, propiciando o surgimento da Teoria da Difusão de Inovações (ROGERS, 2003). O estudo *“Diffusion of Innovations”* de Rogers foi considerado pelo *Institute for Scientific Information*, em 1990, como “Citação Clássica”, uma vez que tinha até então cerca de 7 mil citações em artigos publicados em periódicos científicos (ROGERS, 2003). Desta forma, será utilizada para descrever a difusão de inovação, considerado a sua relevância.

A difusão de inovação tem grande correlação com a comunicação social, tendo sua ideia central na relação entre os usuários e os benefícios e atributos da inovação (FILHO et al., 2007). A principal definição de difusão de inovações foi elaborada inicialmente por Rogers que a estabeleceu como “o processo pelo qual uma inovação é comunicada através de certos canais, ao longo do tempo, entre os membros de um sistema social”, tendo assim quatro determinantes: a inovação em si, a comunicação, o período de tempo e o sistema social. Em relação à inovação percebe-se cinco características que determinam a adoção: vantagem relativa (grau em que a inovação é percebida como sendo melhor do que as práticas atuais e está positivamente relacionada ao seu índice de adoção); compatibilidade (grau em que uma inovação é percebida como consistente e necessária aos adotantes potenciais); experimentabilidade (grau com que uma inovação pode ser usada experimentalmente antes de ser adotada ou rejeitada); observabilidade (é caracterizada como sendo o grau com que os resultados de uma inovação são visíveis por outros) e complexidade (refere-se a quanto uma inovação é percebida como relativamente difícil de ser entendida e utilizada), único elemento que é inversamente proporcional a taxa de adesão. A comunicação pode ocorrer por trocas interpessoais ou exposições em mídias sociais, tendo ambas efeitos positivos na taxa de adesão. O tempo demonstra o período em que os indivíduos conhecem a inovação e decidem aceitar ou rejeitar. Já o sistema social corresponde aos grupos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos (ROGERS, 2003). Para Moore e Benbasat (1991) existem duas formas destes grupos sociais aderirem a inovação: de forma voluntária ou de forma autoritária, sendo esta última guiada por políticas ou culturas.

Quando estas variáveis auxiliam na taxa de adesão haverá, segundo Rogers (2005), uma disseminação bem-sucedida seguindo uma curva em formato de S, que

aumenta lentamente no início, quando apenas os indivíduos inovadores a adotam, posteriormente existe aceleração quando atinge os adotantes iniciais e a maioria inicial. Em seguida, haverá um aumento mais lento, atingindo a maioria tardia e retardatária (figura 1).

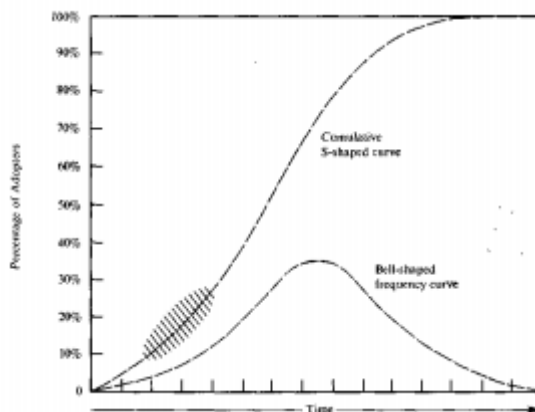


Figura 1- Curva em formato de S (Rogers, 2005, p.243)

1.3 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde como um espaço de poder com o objetivo de coordenar e direcionar às ações e serviços, com a finalidade de dar resolutividade e cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2001). A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) reforça a necessidade da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e aponta necessidade de reorganização da gestão em saúde bucal. As questões gerenciais, a partir da descentralização, com ênfase na municipalização, tornou a gestão dos setores mais democráticas e participativas, além de ainda trazer aos profissionais um papel relevante na gestão local e na necessidade de qualificar-se para utilização de ferramentas como o diagnóstico, planejamento e a avaliação, além do uso de indicadores para gerenciar o processo de trabalho e do cuidado (BRASIL, 2006).

As singularidades dos municípios brasileiros, seja pelas condições demográficas, socioeconômicas, políticas ou geográficas tornam-se um desafio para a gestão municipal, que deve fomentar o trabalho interprofissional e intersetorial, atuando sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (KUSMA et al., 2012). O aumento da expectativa de vida, a mudança do perfil epidemiológico no Brasil e o

aumento significativo das condições crônicas, torna-se necessário ao profissional a busca pela comunicação e colaboração no cuidado, visando uma atenção integral que aborde as inúmeras necessidades dos usuários (PEDUZZI, 2013). A intersectorialidade é uma nova maneira de planejar, executar e controlar o cuidado, ou seja, deve haver a articulação dos diversos segmentos da organização e demais setores buscando resolver de forma integrada as demandas e problemas da população (SOUZA et al., 2017).

Novas ferramentas são necessárias para gerenciar as redes de atenção e do cuidado causando impactos significativos para usuários e profissionais. Conhecer os sistemas de informação, transformando dados em informações, tornou-se um elemento chave na gestão local. A utilização dos dados mais apropriados no local e momentos corretos podem auxiliar na incorporação de práticas no serviço baseadas em evidências de efetividade, realizando assim planejamento adequado para a realidade local (BITTAR et al., 2010). Frente a situação que o serviço público de saúde apresenta, faz-se necessário a implantação de processos inovadores e que estes se difundam para qualificar a gestão e o serviço para a comunidade.

2. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta a necessidade de reorganização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, bem como aprimorar a gestão do processo de trabalho por parte dos profissionais, garantindo a qualificação da atenção à saúde com resolutividade e integralidade (BRASIL, 2004). No entanto, a gestão dos serviços de saúde bucal no âmbito do SUS permanece permeada por inúmeros conflitos e contradições, destacando neste âmbito os aspectos relativos aos recursos humanos, destacando a baixa qualificação e formação dos profissionais para trabalhar com promoção e prevenção em saúde bucal, planejamento e diagnóstico do território (FRAZÃO E NARVAI, 2009).

Devido ao processo de descentralização das ações de saúde no Brasil, com ênfase na municipalização, os profissionais passam a ter um papel importante no protagonismo da gestão local e a necessidade de qualificar-se para utilização de ferramentas como o diagnóstico, planejamento e a avaliação, além do uso de indicadores para gerenciar o processo de trabalho e do cuidado (BRASIL, 2006). A gestão deve fomentar o trabalho interprofissional e intersectorial, atuando sobre os

determinantes sociais do processo saúde-doença e incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (KUSMA et al., 2012).

No processo de qualificação dos profissionais de saúde destaca-se o papel das IES tanto na formação durante a graduação quanto para fomentar a educação permanente dos profissionais em seus postos de trabalho com uma possível reconfiguração da prática (RANGEL et al, 2012). A Universidade Estadual de Maringá (UEM) propôs, através do Curso de Extensão “Qualificação da gestão do SUS em Saúde Bucal”, articular as relações entre a comunidade acadêmica e a sociedade na perspectiva de transformação social, qualificando os profissionais do SUS. Segundo as propostas da Política Nacional de Extensão Universitária (2012), o processo de avaliação deve mensurar a contribuição oferecida pelas ações extensionistas para a produção e transmissão do conhecimento e transformação social, bem como a amplitude de difusão das ações. Não obstante, a literatura mostra que ainda é recente o processo de avaliação das ações universitárias com relação à eficiência e eficácia (ARROYO E ROCHA, 2010).

As Universidades devem exercer seu protagonismo na geração do conhecimento, aprendizagem e inovação, com utilização de novas tecnologias de informação, substituição de aulas expositivas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como estímulo aos trabalhos em equipe e o uso do ensino a distância (MASETO, 2004), bem como o rompimento da lógica atual da maneira que os indivíduos aprendem, numa inovação de paradigma (CHRISTENSEN et al.,2012). A inovação deve ser um processo habilitado por uma gestão bem estruturada e coordenação atuante (BESSANT et al., 2005). As inovações tornam-se efetivas quando há o processo de difusão e utiliza adequadamente seus elementos condicionantes, auxiliando a organização atingir seus objetivos (GIACOMINI FILHO et al., 2007).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a difusão de inovação do processo de qualificação da gestão do SUS em Saúde Bucal no Paraná.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório, do tipo ecológico, utilizando a análise espacial como técnica de tratamento dos dados, as Regionais de Saúde e os municípios do Estado do Paraná como unidade geográfica de análise.

Descrição da Área

O Estado do Paraná é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está localizado na Região Sul. A estimativa populacional para o ano de 2019 é de 11.433.957 (IBGE, 2010). Neste estudo utilizou-se o estado do Paraná dividido em 399 municípios e 22 Regionais de Saúde (SESA, 2018). Têm como limites os estados de Santa Catarina (sul), Mato Grosso do Sul (sudoeste), de São Paulo (ao norte e a leste), Argentina (sudoeste), Paraguai (oeste) e ainda o Oceano Atlântico (leste). Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a densidade demográfica de aproximadamente 56,8 habitantes/km².

Segundo informações desse mesmo censo, o índice de desenvolvimento humano (IDH) do estado era 0,749, sendo o quinto maior do país. O produto interno bruto (PIB) do estado é o quinto maior do país, com 348.1 bilhões (IBGE, 2010). No entanto, a distribuição de renda é extremamente desigual dentro do Estado e também nos municípios que o compõem (RAIHER E LIMA, 2010).

3.2 CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS EM SAÚDE BUCAL

O Curso foi elaborado pelo Departamento de Odontologia UEM e aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2010, através do convênio 1.333/2010. A primeira etapa do projeto consistiu em realizar um levantamento da literatura sobre as condutas para a qualificação da gestão em saúde bucal visando a elaboração de um instrumento diagnóstico da gestão local, representando a base de estudo e dos conteúdos do Curso de “Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal”. Nesta fase, buscou-se um alinhamento conceitual entre as três esferas do governo,

convergindo para um norte comum da gestão da saúde bucal. Vale ressaltar que este instrumento é uma ferramenta para o diagnóstico situacional, cuja estrutura conceitual pode ser aplicado em qualquer município, o que tem possibilitado a reflexão e a elaboração de propostas de intervenção para a melhoria da gestão e da atenção à saúde bucal, entretanto, ele não tem finalidade avaliativa e de comparação entre municípios e equipes de saúde bucal (FUJIMAKI et al., 2019).

A proposta pedagógica do Curso de “Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal” foi estruturada no formato semipresencial. O material didático está organizado em seis módulos e foram construídos e acomodados na plataforma do Google Drive, a qual permite a criação de documentos compartilhados, organização de formulários, sendo um repositório de arquivos digitais. O conteúdo teórico dos módulos foi elaborado com a inclusão de hiperlinks para artigos, vídeos e outros materiais instrucionais, o que permitiu trabalhar utilizando tecnologias de informação e comunicação para o “*e-learning*” e “*blended-learning*”, tendo sido compartilhado com os alunos no Google Drive ou encaminhado por e-mail. Assim, considerando a necessidade do alinhamento conceitual e o do envolvimento de gestores e equipes de saúde para um norte comum para a melhoria da saúde bucal, o Curso foi pensado, tendo a seguinte estruturação, baseado em ciclos formativos:

1o ciclo: Capacitação da equipe de saúde bucal da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) e 22 coordenadores regionais de saúde bucal do Paraná (etapa realizada em 2012);

2o ciclo: Capacitação de coordenadores municipais de saúde bucal (etapa realizada em 2013-2014);

3o ciclo: Capacitação das equipes de saúde bucal, incluindo Cirurgiões Dentistas (CD), Técnicos em Saúde Bucal (TSB), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) do Estado do Paraná, docentes, alunos de pós-graduação e do 5º ano da graduação em Odontologia da UEM (etapa realizada em 2015-2016).

4o ciclo: Capacitação das equipes de saúde (incluindo os membros das equipes multiprofissionais), alunos da residência (Prótese Dentária, Radiologia Odontológica e Imaginologia, Periodontia, Endodontia e Odontopediatria), pós-graduação e do 5º ano da graduação do Curso de Odontologia da UEM (etapa realizada em 2017-2019) (FUJIMAKI et al, 2019).

Durante o curso, os participantes realizaram o diagnóstico da gestão local e planejamento, apresentaram e implementaram propostas de intervenções, que

foram descritas nos respectivos Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC), sendo a entrega deste um requisito para conclusão (FUJIMAKI et al., 2019).

3.3 AQUISIÇÃO DE DADOS E VARIÁVEIS

Neste estudo foi utilizado a base de dados da Coordenação do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal. No início de cada ciclo, todos os participantes (alunos e multiplicadores) preencheram um formulário on-line no Google Form com perguntas relacionadas à categoria profissional, município pertencente e outras informações pertinentes à condução do Curso. Este formulário foi encaminhado por e-mail pela Coordenação do Curso. Ao final de cada ciclo, todos preencheram um formulário de avaliação final do curso, com perguntas abertas e fechadas sobre sua percepção em relação às mudanças realizadas com o curso. Além disso, foram consultados os documentos do TCC para comprovação da conclusão. Todos os dados foram coletados por um único pesquisador em maio de 2019.

Foram analisadas as seguintes variáveis do Curso: Regionais de Saúde, Municípios, Participantes e Multiplicadores. Para cada ciclo, foi calculada a taxa de adesão voluntária ao Curso, bem como a taxa de conclusão, ou seja, os participantes que realizaram a entrega do TCC.

Para auxiliar na análise da participação dos municípios, foi utilizado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) dos municípios do Estado do Paraná foi obtido do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES (2010).

Para a análise dos elementos condicionantes da difusão de inovação, foi realizada uma pesquisa documental em capítulos de livros publicados sobre o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (FUJIMAKI et al., 2019), conteúdo teórico dos 6 módulos do Curso e relatórios de projetos de pesquisa realizados (TSUZUKI et al., 2017; GALBIATI, 2018).

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Nas diversas áreas de conhecimento, existem vários conceitos para a inovação (BRASIL, 2018). Para o presente estudo, considerou-se a inovação e a difusão como conceitos diferentes e interligados, de acordo com a teoria de Difusão de Inovação de ROGERS (2003). Primeiramente, vale ressaltar a diferença entre invenção e inovação: a primeira ocorre no momento que a ideia é gerada; e a segunda ocorre quando a ideia é implementada no meio social (SCHUMPETER, 1982). Neste estudo, a inovação foi compreendida como a produção e circulação do conhecimento (ANDRADE, 2006), educação e treinamento da força de trabalho (CARDOSO, 1997), além da busca, experimentação e adoção de novos processos (SERZEDELLO, 2010). Considerou-se que a inovação pode ser uma alteração de sentido a respeito da prática corrente e deve ter o caráter intencional, sistemático e planejado, em oposição às mudanças espontâneas, propiciando benefícios para a comunidade e auxiliando no desenvolvimento socioeconômico do país (MESSINA, 2011).

Para análise da difusão de inovação, utilizou-se a Teoria de Rogers (2003), segundo ela a difusão é “o processo pelo qual uma inovação é difundida por meio de canais ao longo do tempo, dentre membros de um sistema social. É um tipo especial de comunicação, na qual as mensagens são ligadas a novas ideias”. Além disso, é um processo pelo qual mudanças ocorrem na estrutura e função de um sistema social, trazendo impactos sociais.

Em relação ao processo de difusão da inovação, existem cinco elementos condicionantes no processo de adesão da inovação que devem ser mencionados: I) as características percebidas da inovação (vantagem relativa, compatibilidade, complexidade, experimentabilidade e observabilidade); II) o tipo de decisão (opcional, coletiva e autoritária); III) os canais de comunicação; IV) as características da unidade decisória; V) a extensão dos esforços dos agentes de mudança.

Segundo esta teoria (Teoria de atributos percebidos) uma inovação irá experimentar um aumento na taxa de difusão, se os adotantes potenciais avaliarem e perceberem favoravelmente a inovação, segundo as características acima.

Para a construção dos mapas de adesão e conclusão foi utilizado o Sistema de Informação Geográfico (SIG), QGIS 3.4.6.

Foram construídos os seguintes mapas:

- Adesão das Regionais e municípios do Paraná;

- Adesão dos municípios e vulnerabilidade social;
- Conclusão dos municípios;
- Adesão e conclusão das Regionais de Saúde do Paraná.

4. RESULTADOS

Verificou-se que no primeiro ciclo (2012), todas as 22 Regionais de Saúde (100%) participaram com a adesão dos seus coordenadores regionais de Saúde Bucal (figura 2).

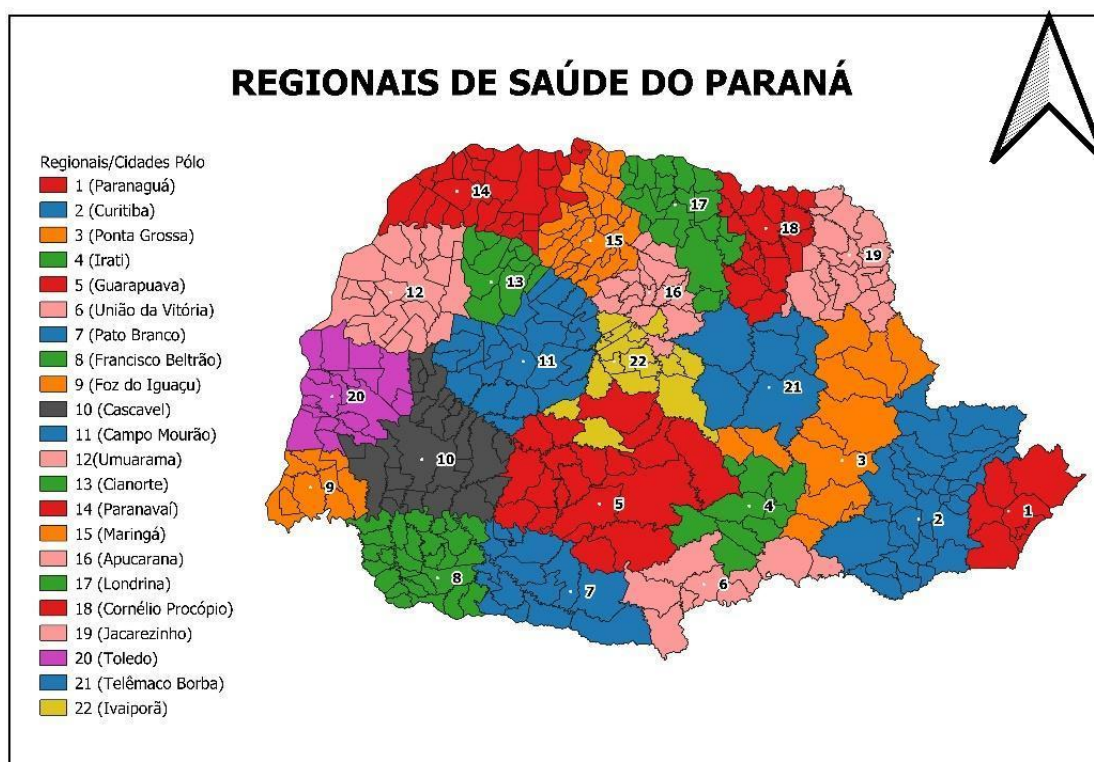


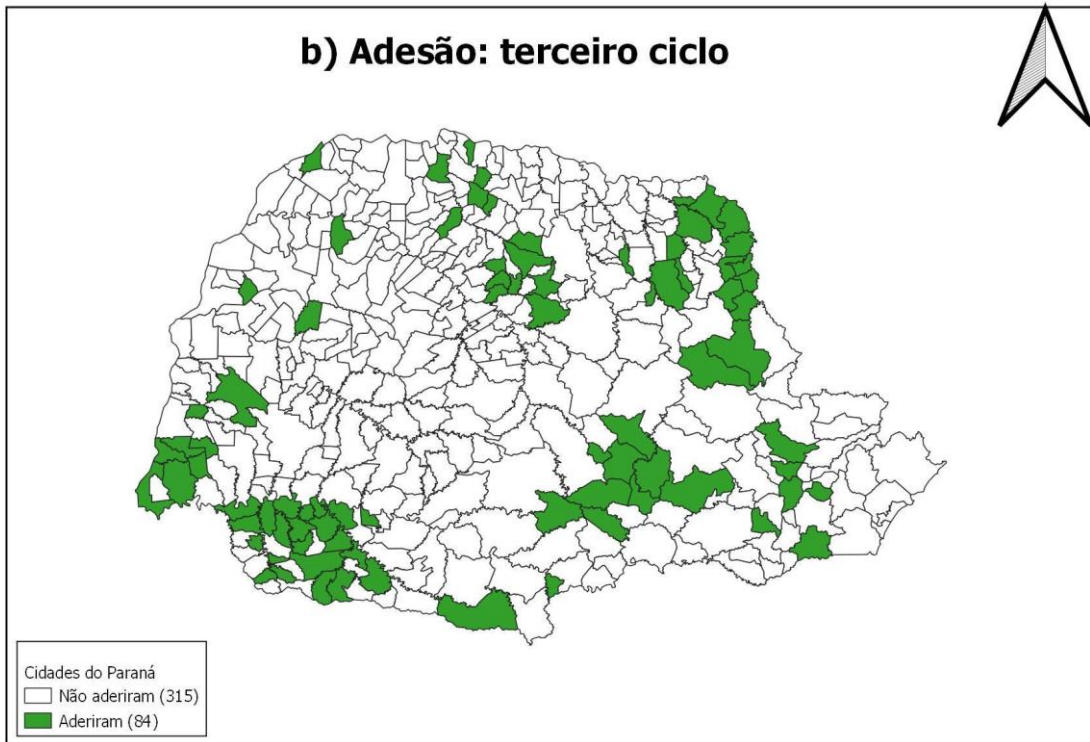
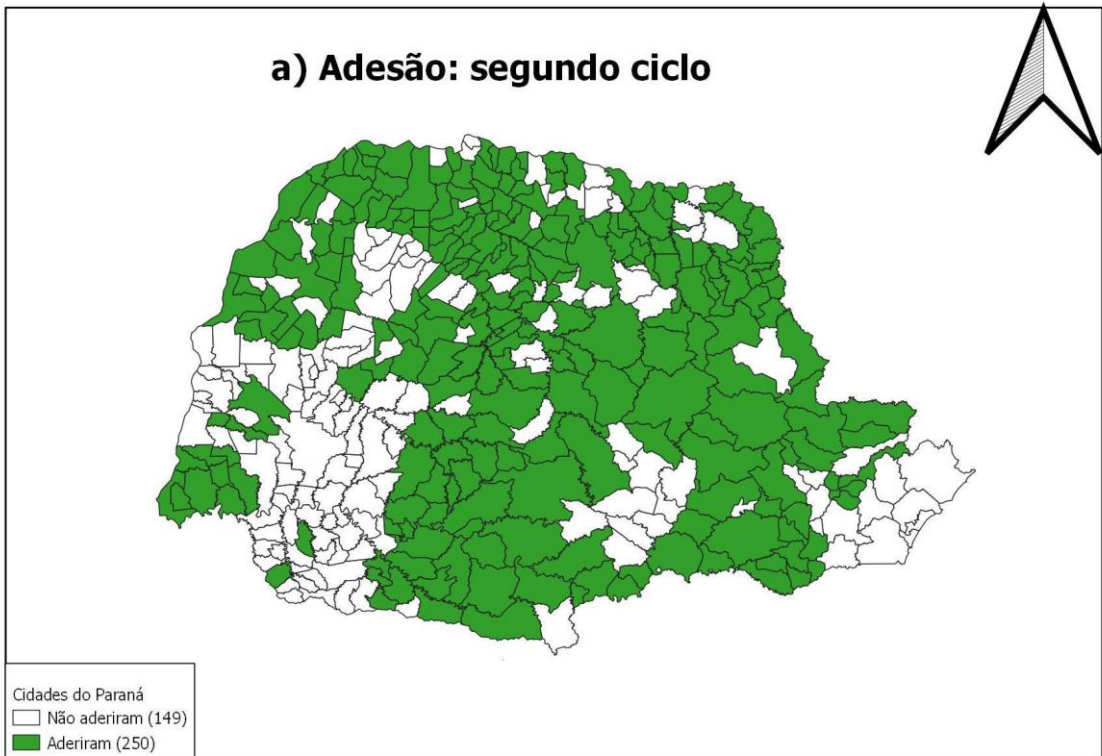
Figura 2- Mapa das Regionais de Saúde do Paraná

No ciclo seguinte (2013-2014), 250 municípios (63%) realizaram adesão ao Curso, sendo que as Regionais de Curitiba, Ponta Grossa, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Foz do Iguaçu, Umuarama, Paranavaí, Maringá, Apucarana, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã tiveram mais de 70% de adesão de seus municípios, destacando 100% de adesão na Regional de Foz do Iguaçu, Jacarezinho e Telêmaco Borba. Já as Regionais de Paranaguá, Irati,

Francisco Beltrão, Cascavel, Cianorte e Toledo tiveram menos de 10% de adesão de seus municípios (figura 3a).

No terceiro ciclo (2015-2016), 84 municípios (21%) aderiram ao Curso, sendo que as Regionais de Paranaguá, Guarapuava, Cascavel, Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Londrina, Cornélio Procópio, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã tiveram menos de 10% de adesão de seus municípios. E as Regionais de Francisco Beltrão e Irati tiveram mais de 70% de adesão de seus municípios (figura 3b).

No quarto ciclo (2017-2018) 161 (40%) municípios aderiram ao Curso. Sendo que as Regionais de Paranaguá, Guarapuava e Francisco Beltrão tiveram a adesão de mais de 70% dos municípios, destacando 100% na Regional de Francisco Beltrão. Já as Regionais de Ponta Grossa, Cascavel, Paranavaí e Jacarezinho tiveram menos de 10% de participação de seus municípios (figura 3c).



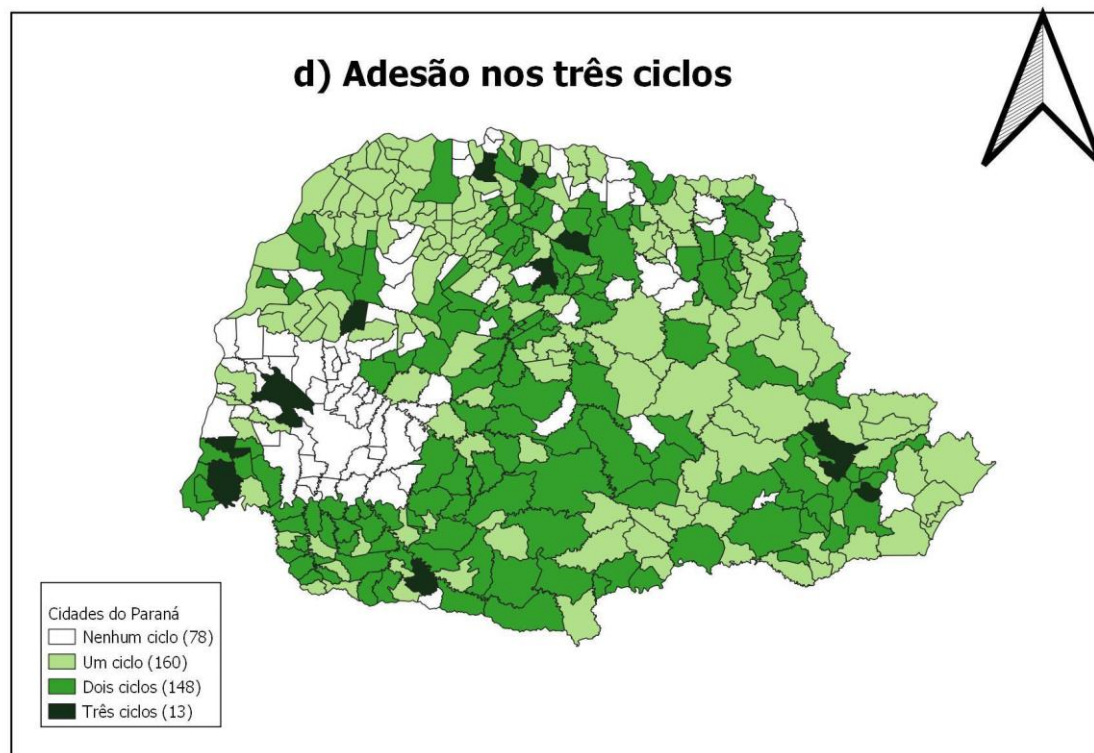
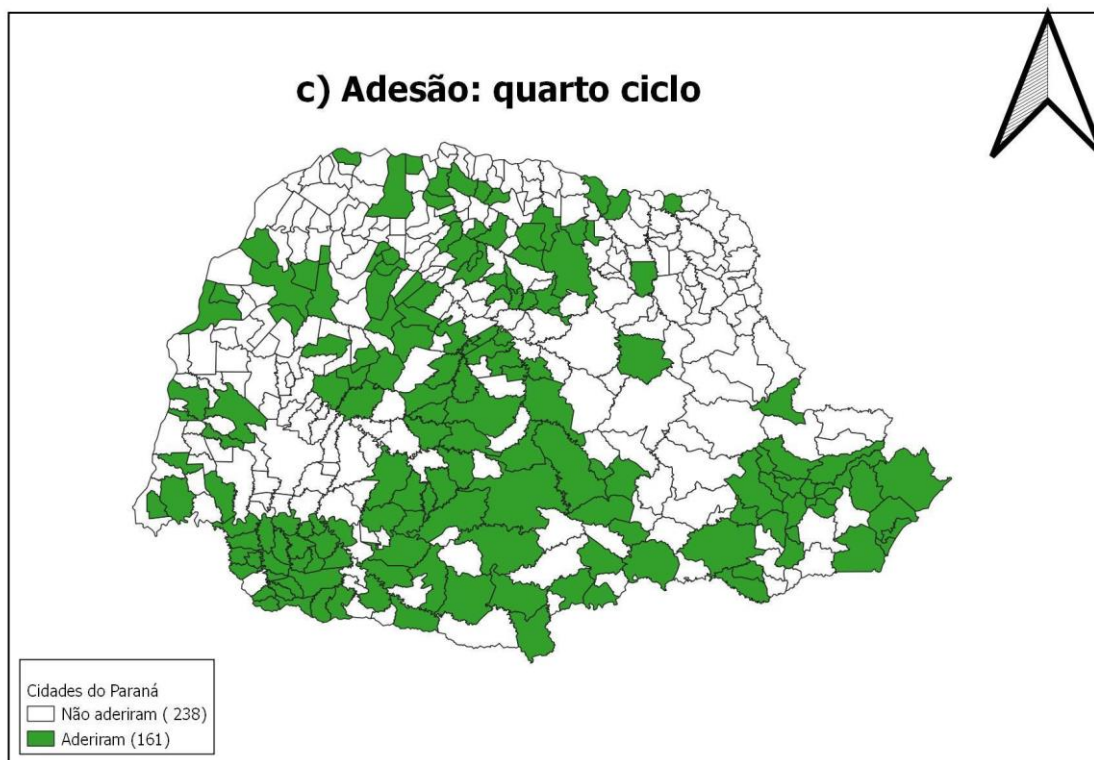


Figura 3- Mapas da adesão dos municípios por ciclos - a) segundo ciclo (2012); b) terceiro ciclo (2013-2014); c) quarto ciclo (2017-2018); d) adesão nos três ciclos ao Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal. Maringá-2019.

As Regionais de Curitiba, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Umuarama, Maringá, Apucarana, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã tiveram mais de 90% de adesão de seus municípios em pelo menos um ciclo. Em contrapartida, as Regionais de Cascavel e Toledo tiveram menos de 30% dos municípios que aderiram a pelo menos um ciclo.

Dos 399 municípios do Paraná, 321 municípios (80%) realizaram adesão ao Curso em pelo menos um ciclo de formação, sendo que 160 municípios (40%) realizaram apenas um ciclo, 148 municípios (37%) realizaram dois ciclos e 13 municípios (4%) (Pato Branco, Toledo, São Miguel do Iguaçu, Missal, Jandaia do Sul, Arapongas, Marumbi, Paranacity, Nossa Senhora das Graças, Mariluz, Piraquara, Rio Branco do Sul e Almirante Tamandaré) realizaram adesão nos três ciclos (figura 3d).

Podemos verificar através da figura 4 que o Curso atingiu 100% dos municípios com IDH-M baixo (0,5 a 0,599) e 69% dos com IDH-M médio (0,6 a 0,699).

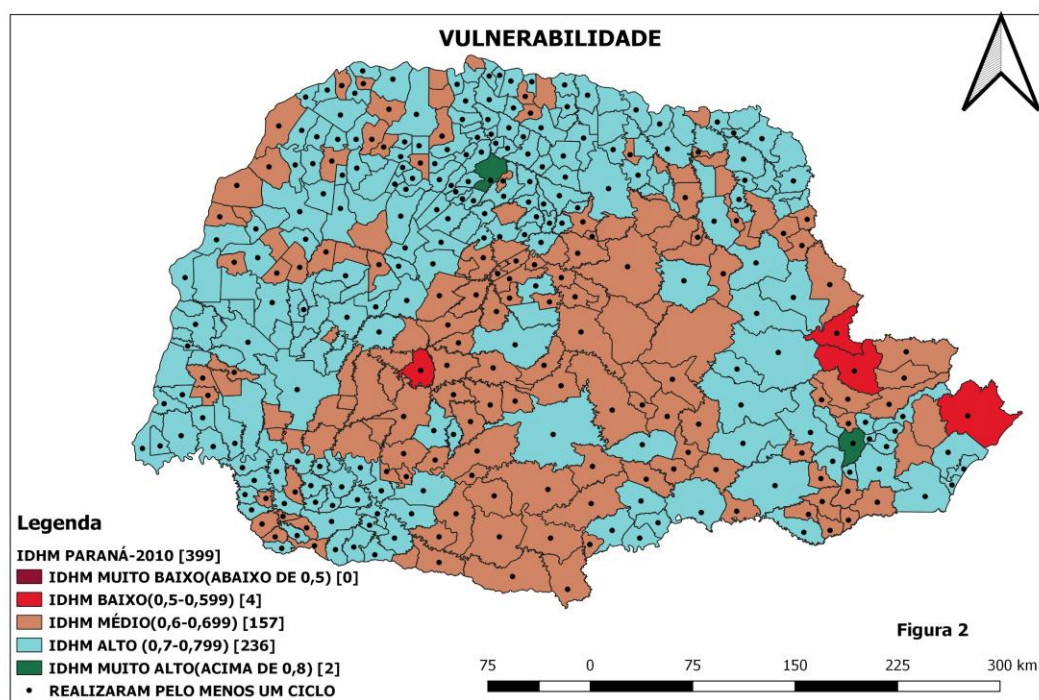


Figura 4 – Mapa dos municípios que realizaram o curso e a vulnerabilidade social.

Em relação ao quantitativo e perfil dos participantes, no segundo ciclo foram qualificados os coordenadores municipais de saúde bucal e profissionais da equipe de saúde bucal, totalizando 384 profissionais.

No terceiro ciclo houve 262 inscritos, sendo composto por coordenadores de saúde bucal, CD, ASB e TSB. No ciclo seguinte houve 636 inscritos, sendo possível a adesão de toda equipe multiprofissional que é constituída por CD, ASB, TSB, enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), entre outros profissionais da Atenção Primária.

No primeiro ciclo existiram três multiplicadores que capacitaram 22 alunos. No segundo 20 multiplicadores capacitaram 384 alunos, e no terceiro 17 multiplicadores capacitaram 262 profissionais. E no quarto ciclo 55 multiplicadores capacitaram 636 profissionais (figura 5).

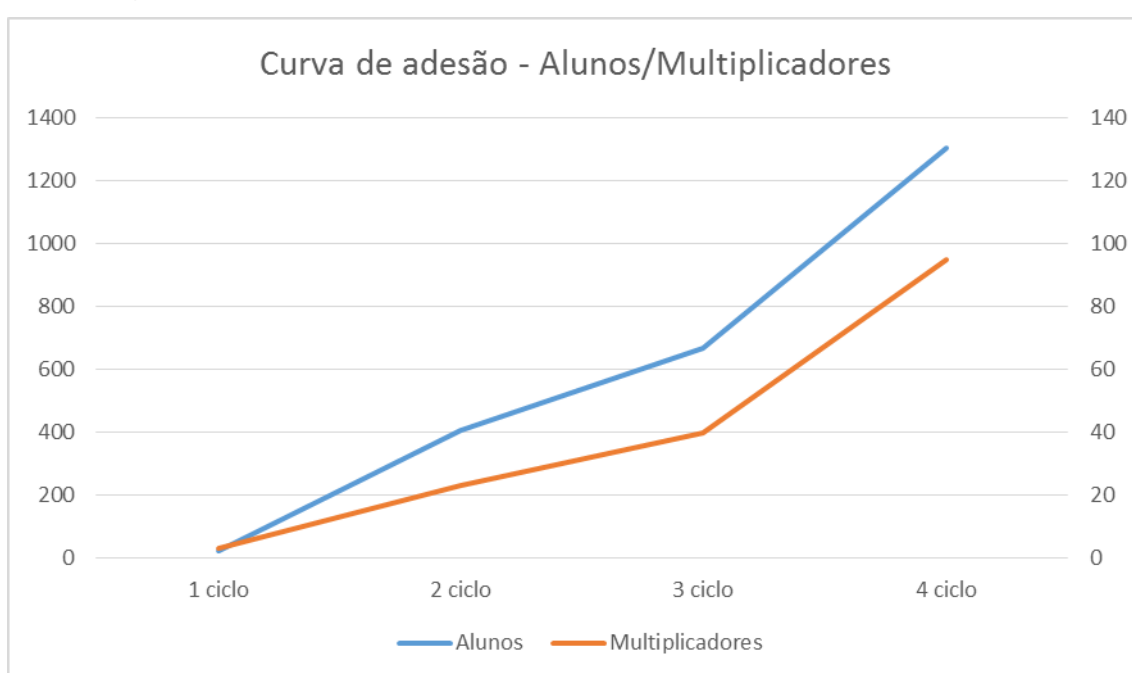
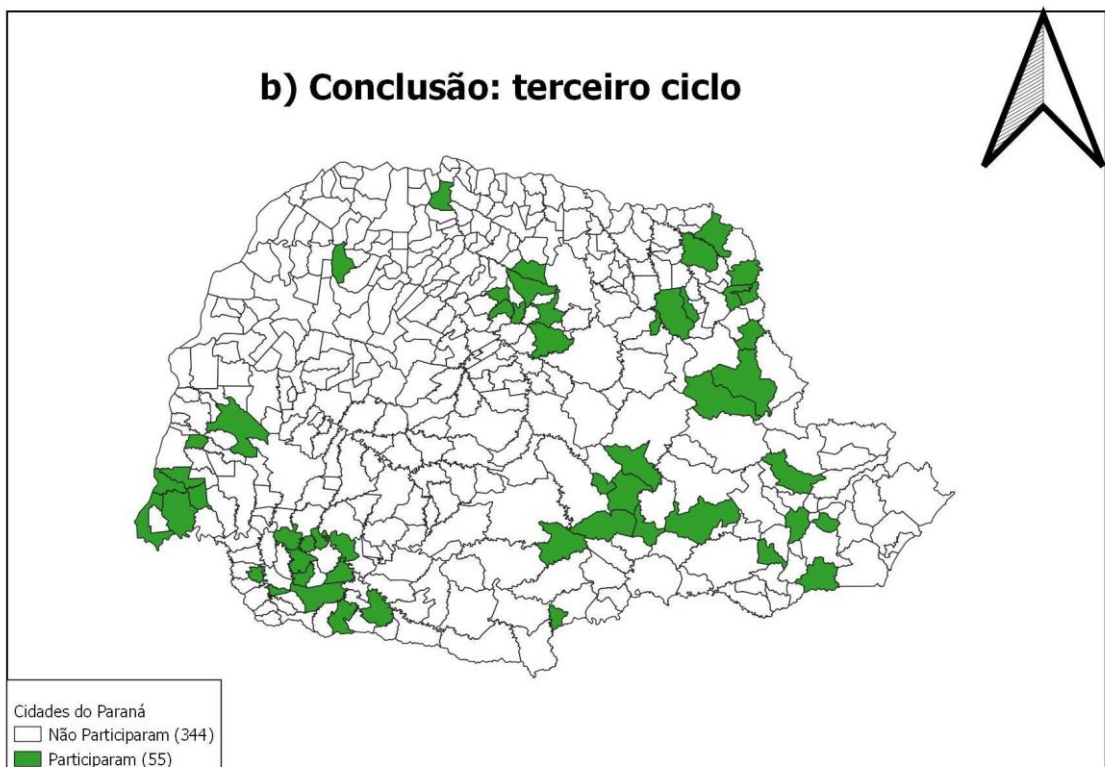
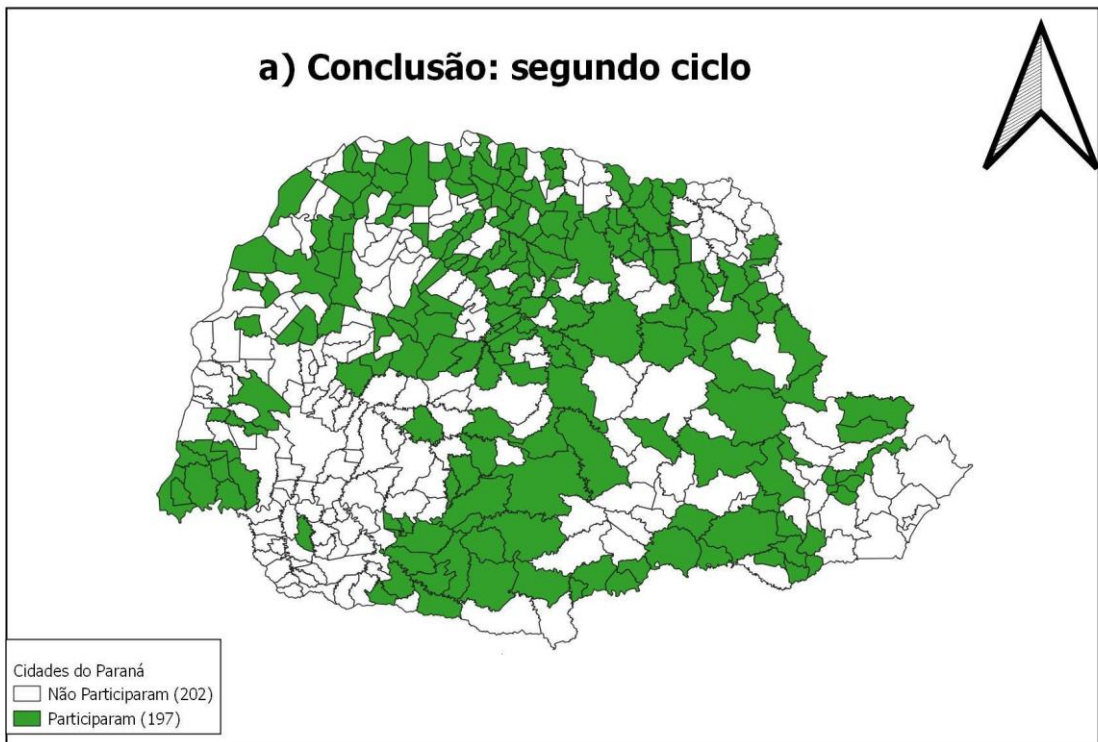


Figura 5 – Adesão de alunos e multiplicadores por ciclos de capacitação

Em relação à conclusão, ou seja, entrega de TCC, no primeiro ciclo todos os coordenadores regionais realizaram. No segundo ciclo, 197 municípios realizaram o TCC (49% dos municípios do Estado e 78% dos que aderiram ao Curso). O terceiro ciclo teve 55 municípios realizando o TCC (14% dos municípios do Estado e 65% dos que aderiram ao Curso). Já no quarto ciclo, 103 realizaram o TCC (26% dos municípios do Estado e 64% dos que aderiram ao Curso). No Paraná, nos três ciclos 259 municípios realizaram o TCC (65% dos municípios do Estado). Ou seja, 80% dos municípios que aderiram e 877 profissionais, realizaram o TCC com diagnóstico de gestão local e planejamento local (Figura 6).



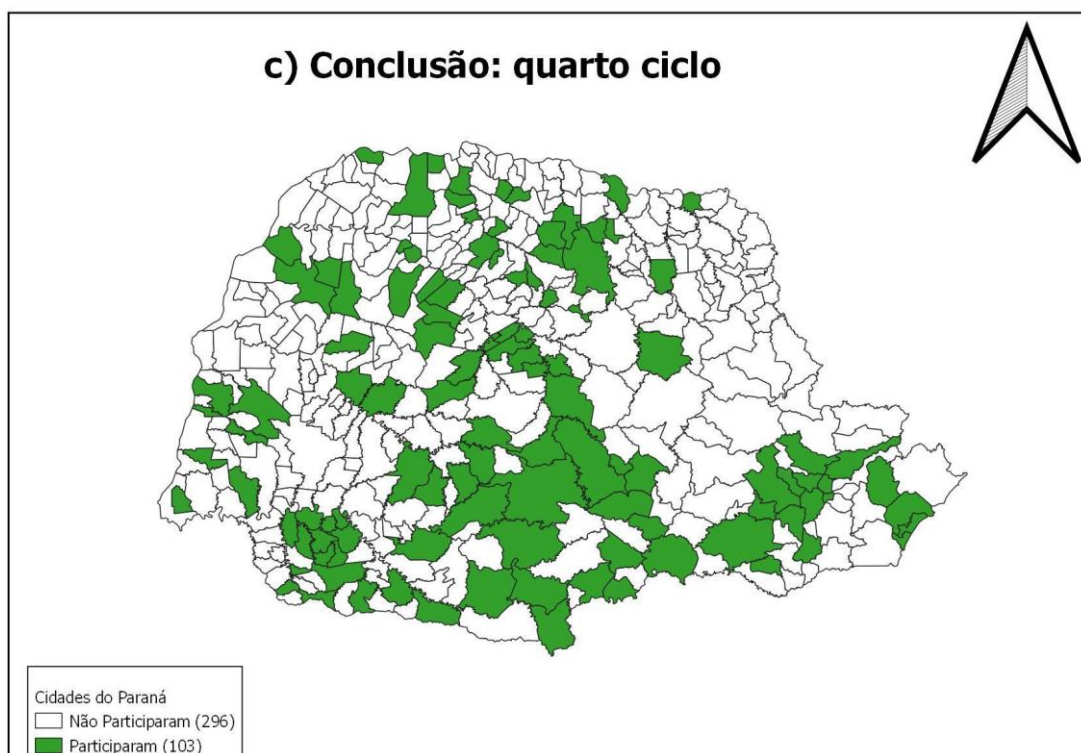


Figura 6 – Mapas dos municípios que concluíram o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal por ciclos. a) Segundo Ciclo; b) Terceiro Ciclo; c) Quarto Ciclo

No primeiro ciclo, participaram e concluíram 22 cidades pólos (Regionais de Saúde). Posteriormente, 197, 26 e 36 municípios concluíram o curso, realizando o TCC, contendo um diagnóstico situacional, planejamento, além do relato da implementação de intervenções em sua realidade local (figura 7).

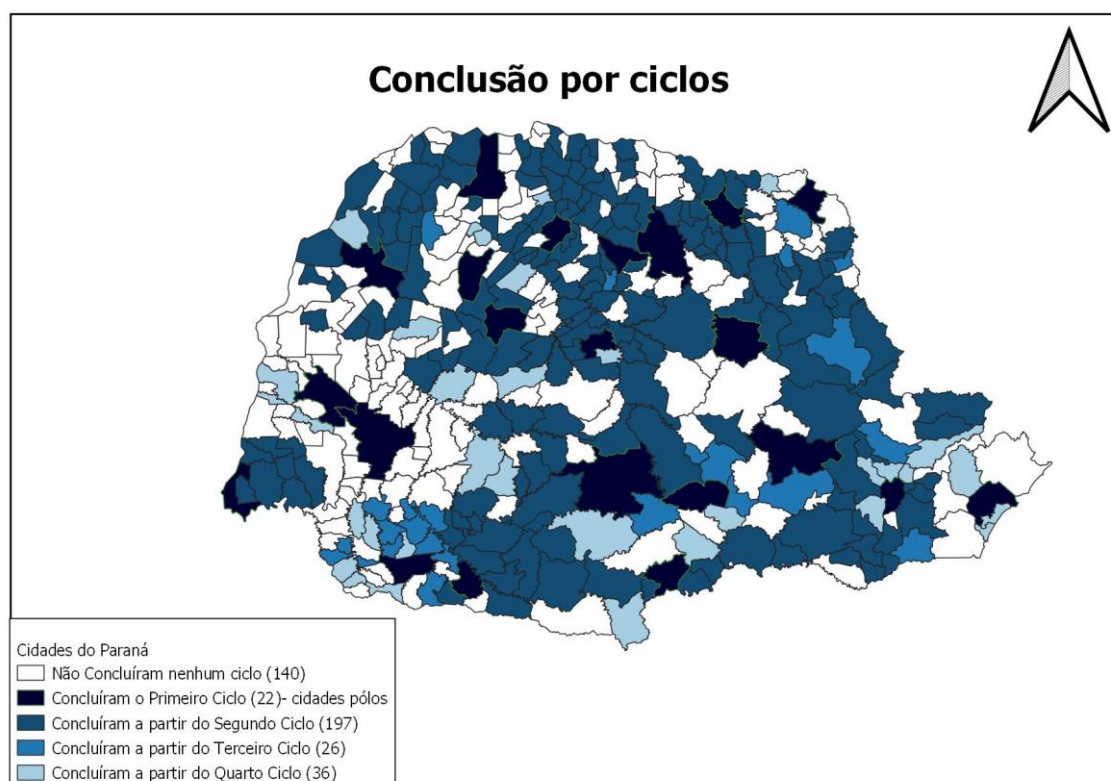


Figura 7 – Mapa cumulativo dos municípios que concluíram o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal por ciclos.

Em relação à proporção entre adesão e conclusão, notou-se que das 22 Regionais de Saúde, nove Regionais tiveram mais de 75% de adesão e conclusão, oito Regionais tiveram adesão maior que 75% e conclusão entre 31-75%, três Regionais de Saúde tiveram adesão e conclusão entre 31-75%, enquanto duas Regionais tiveram adesão e conclusão inferior a 30% (figura 5).

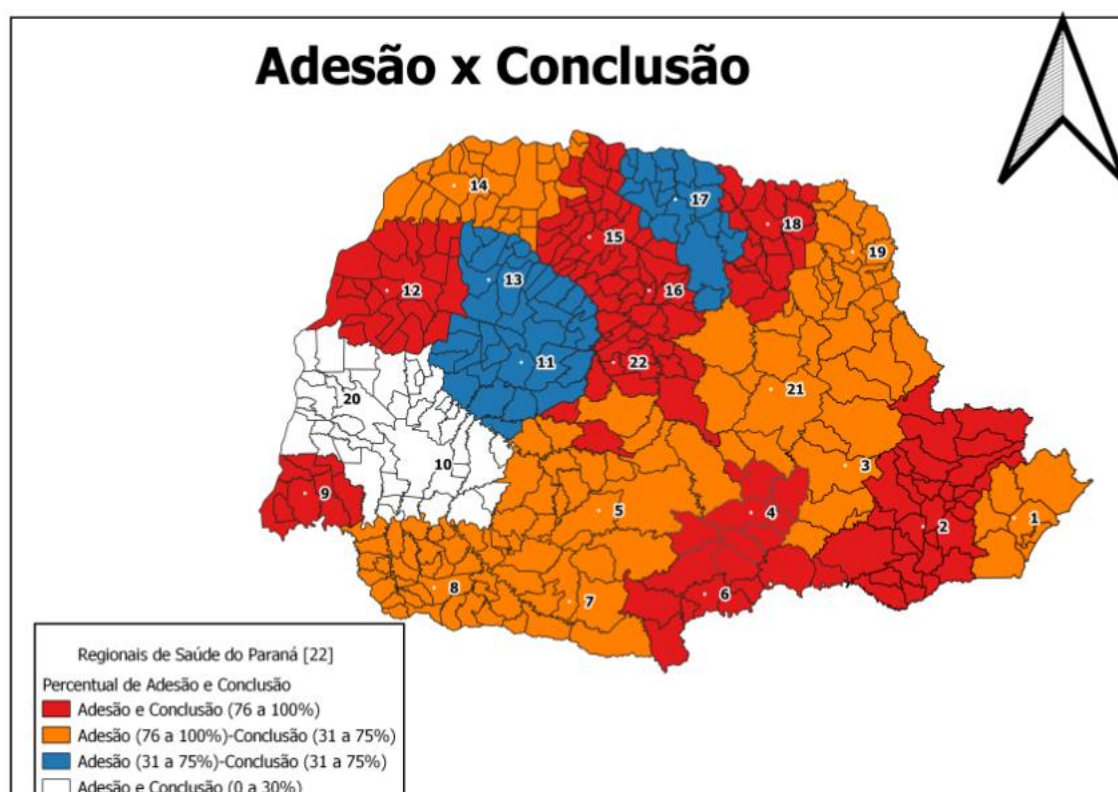


Figura 8– Mapa das Regionais de Saúde que aderiram e concluíram o Curso

Na tabela 1 estão apresentados os elementos condicionantes da difusão, adaptados de Moore e Benbasat (1991).

Tabela 1: Elementos condicionantes da difusão de inovação

Elementos	Pergunta norteadora	Evidências
1) Características Percebidas da inovação		
A) Vantagem Relativa	O Curso ofereceu benefício para o serviço e/ou profissional?	Sim, oportunizou a vivência da educação permanente, fomentou pensamento crítico-reflexivo e transformou as práticas de trabalho em 321 municípios e 1304 profissionais que conheceram o

Instrumento Diagnóstico. E pelo depoimento de um multiplicador:

“Já percebi profissionais transformando sua posição frente à abordagem dos textos. Outros profissionais valorizando o conteúdo e trazendo junto aos obstáculos do dia a dia, as soluções. Por exemplo, uma equipe já planejando e programando horário diferenciado de atendimento para melhorar acesso de usuários trabalhadores”

Fonte: Tsuzuki et al. (2017)

B) Compatibilidade	O Curso estava alinhado à missão e objetivos do SUS?	Sim, é baseado nos princípios e diretrizes do SUS e norteadas pelas Normativas vigentes e atualizadas do SUS.
C)Complexidade	O Curso é fácil de implementar?	Sim, o Curso ocorre em módulos. A implementação ocorre gradualmente e de acordo com a realidade local e individual. Os custos são baixos, pois o material didático é disponibilizado de forma digital. Existem barreiras como a liberação da gestão local para a participação dos profissionais e as características individuais dos profissionais.
D)Experimentabilidade	Este Curso pode ser vivenciado	Sim. Os participantes primeiramente fazem o Curso e

	antes de tomar a decisão de multiplicá-lo?	posteriormente são convidados a serem multiplicadores. Existiram 95 multiplicadores voluntários nos 4 ciclos do Curso.
E) Observabilidade	É fácil ver se o Curso está funcionando ou é eficaz?	<p>Sim, pela observação de municípios e/ou profissionais de outros municípios que tenham realizado o Curso. Segue relato de um multiplicador: “[houveram] grandes mudanças na prática... é muito gratificante perceber que muda a visão do serviço, do entendimento das realidades, das dificuldades e todo o potencial motivacional em criar novos modelos, novas formas de ver, sentir e encarar os desafios da saúde bucal.”</p> <p>Fonte: Tsuzuki et al. (2017)</p>
	É fácil verificar se os profissionais estão satisfeitos com o Curso?	<p>Sim. A satisfação pôde ser verificada pela motivação dos participantes e multiplicadores, além da taxa conclusão de 80%.</p> <p>Numa pesquisa realizada com participantes do 3º. Ciclo, 89,3% afirmaram que o curso estimulou-os a buscar mais informações para melhorar sua atuação como servidor público; 95,6% apontaram mudanças no interesse em buscar evidências para a prática e/ou nas</p>

formas de atuar com prevenção e promoção de saúde e/ou no entendimento do papel do servidor no SUS (GALBIATI, 2018).

2) Tipo de decisão

A) Opcional	A adesão foi voluntária?	Sim. 100% dos participantes e multiplicadores, nos 4 ciclos.
3) Canais de Comunicação	Foram utilizados meios de comunicação adequados?	Sim. Foi utilizada a comunicação interpessoal com gestores e comunicação interinstitucional por meio de e-mails da UEM e da SESA. Foram realizadas reuniões presenciais no início e no final de cada ciclo com os gestores para o planejamento e avaliação. E também foram realizadas reuniões por videoconferência com os multiplicadores antes de cada módulo no quarto ciclo.
4) Natureza do sistema social	O sistema social favoreceu a difusão?	Sim. Houve parcerias com as três esferas de governo: Federal (Ministério da Saúde), Estadual (SESA) e Municipal (Coordenadores Municipais).
5) Extensão dos esforços dos agentes de mudança	Os agentes de mudança (coordenadores regionais e multiplicadores)	Sim. Os Coordenadores Regionais (100%) aderiram ao primeiro ciclo e foram multiplicadores nos seguintes, formando novos multiplicadores.

ajudaram no
processo de
difusão?

5. DISCUSSÃO

A educação superior brasileira tem enfrentado alguns problemas nas últimas décadas, como qualificar os educandos para exercer adequadamente sua profissão (SANTOS, 2010). Buscando melhorar a formação, utiliza-se da extensão universitária como instrumento para efetivação do seu compromisso social, trazendo benefícios para os aprendizes e para a comunidade (RODRIGUES et al., 2013). A UEM fomenta a extensão, intensificando as relações transformadoras entre a Universidade e Sociedade por meio dos seus processos educativo, cultural e científico (UEM, 2017). No entanto, para aprimorar a extensão universitária são necessários processos avaliativos rigorosos e sistemáticos para que as ações extensionistas, como o Curso Qualificação em Gestão de Saúde Bucal no SUS, exerçam seu papel de transformar a situação social e formação de indivíduo-cidadão com pensamento crítico-reflexivo voltado para sua realidade (ARROYO; ROCHA, 2010).

A partir dos conceitos de inovação adotados neste estudo (BRASIL, 2018; ROGERS, 2003; SCHUMPETER, 1982; ANDRADE, 2006; CARDOSO, 1997; SERZEDELLO, 2010; MESSINA, 2011), o Curso foi considerado um processo inovador, tendo sido reconhecido pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, por meio da premiação do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com foco em Educação Permanente em Saúde, que selecionou 15 experiência em todo o país, dentre diversas iniciativas na área da saúde. Verificou-se que o Curso pôde contribuir para a melhoria do processo de trabalho, para a qualificação de profissionais, para a melhoria da gestão, tendo o objetivo de atender as necessidades da população e da qualificação da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2018). Além disso, este trabalho foi reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - a divisão Brasileira da *International Association for Dental Research* (IADR)-, tendo recebido o primeiro lugar no Prêmio de Pesquisa

Odontológica de Ação Coletiva no ano de 2018, pela utilização da metodologia problematizadora na educação profissional em serviço. Considerando que o curso implementado no Paraná agregou valor aos profissionais e serviço, beneficiando a comunidade, a divulgação desta proposta e sua amplitude são pontos importantes para serem estudados e detalhados.

O espalhamento geográfico desta inovação, pôde ser verificado pela adesão dos profissionais de diferentes localidades do Estado do Paraná. No presente estudo, 321 municípios (80%) aderiram a pelo menos um ciclo do Curso, apresentando semelhança com o estudo de Pankratz et al. (2002), que avaliou 214 distritos escolares em 12 estados dos Estados Unidos em relação à adesão de uma política federal de prevenção às drogas. No estudo americano, 82% relataram ter concluído pelo menos um ciclo e 68% os dois ciclos. No presente estudo a adesão dos dois ciclos foi de 40%. Uma possível diferença pode ter sido pelas necessidades locais e priorização da gestão, o que resulta numa adesão expressiva.

A adesão de 22 (1ºciclo), 384 (2ºciclo), 262 (3ºciclo) e 636 (4ºciclo) profissionais nos quatro ciclos respectivamente, estão de acordo com a teoria de taxa de difusão de inovação de Rogers (2003), que mostra que a difusão de políticas é cumulativa no tempo e estabelece um modelo que assemelha-se a curva com formato S. No início a inovação atravessa um período de lentidão, tendo uma baixa adesão de adotantes denominados inovadores. Posteriormente, um gradual crescimento, antes de experimentar um período de crescimento relativamente acentuado. A teoria também estabelece que, seguindo o período de rápido crescimento a taxa de adoção da inovação, irá gradualmente se estabilizar e eventualmente declinar-se, o que não foi possível verificar com este Curso, pois após o quarto ciclo, não houve mais a oferta deste até o momento. Esta elevada adesão mostra a característica da compatibilidade, definida por Rogers (2003) como sendo o grau em que uma inovação é percebida como consistente e necessária aos adotantes potenciais. Assim, fica claro que os profissionais de saúde enxergaram a necessidade de qualificação do serviço, melhorando o atendimento ofertado à população de seu município, seguindo os valores e missão do SUS.

Os elementos condicionantes da difusão de inovação apresentados na Tabela 1 demonstraram que estes foram fatores facilitadores da taxa de distribuição deste processo. O primeiro elemento condicionante destacado é a vantagem relativa, ou seja, o grau em que a inovação é percebida como sendo melhor do que as práticas

atuais está positivamente relacionada ao seu índice de adoção. Pela elevada adesão voluntária ao Curso (80%), os profissionais perceberam a necessidade de qualificação, e que esta ocorreu gradualmente durante o processo de educação permanente, tendo momentos de trocas entre os participantes. Além de ter oferecido ferramentas para realização do diagnóstico e planejamento local, podendo desta forma, transformar as práticas de trabalho e desenvolver o pensamento crítico reflexivo. Para D'Ávila et al. (2014), a adesão à realização da Educação Permanente em Saúde pelos profissionais é um desafio, sendo esta uma estratégia que possibilita transformações das práticas no processo de trabalho, devendo estar centrado nas necessidades de saúde e especificidades locais.

A observabilidade é caracterizada como sendo o grau com que os resultados de uma inovação são visíveis por outros (ROGERS, 2003). Neste estudo considerando que os alunos de um ciclo poderiam se tornar multiplicadores nos ciclos seguintes, este Curso traz a potencialidade loco-regional, sendo que os profissionais que realizaram o Curso possam ser influência para os demais dos municípios próximos, causando um espalhamento por contiguidade. Raiher e Lima (2010) mostraram que no Estado do Paraná a difusão do desenvolvimento social e econômico ocorre por contiguidade, sendo que as localidades desenvolvidas localizam-se nos extremos do Estado, e que as subdesenvolvidas localizam-se na região Central, o que difere do presente estudo, no qual o extremo Oeste teve a menor distribuição geográfica e a Região Central teve a maior. Estes dados demonstram que o Curso conseguiu difundir-se por áreas que necessitam de políticas públicas para melhorar as condições de vida desta população, gerando satisfação de profissionais, equipe e usuários. Além disso, verificou-se que todos os municípios com baixo IDH-M tiveram acesso e aderiram ao Curso, fato este que promoveu a equidade, transpassando as barreiras do desenvolvimento social e econômico local.

Outro resultado relevante é a diversidade e quantidade de atores que participaram da construção e realizaram a capacitação no Estado do Paraná (Coordenador Geral, Estadual, Regionais e Municipais de Saúde Bucal, CD, ASB, TSB, ACS, dentre outros profissionais da saúde). A condição de saúde bucal da população não é resultado apenas das práticas odontológicas, mas sim das construções sociais realizadas pelos seres humanos, incluindo os profissionais de saúde (NARVAI E FRAZÃO, 2006). Verificou-se neste Curso, que houve uma

participação progressiva nos ciclos, iniciando com os gestores da saúde bucal, incluindo a equipe de saúde bucal e ampliando a discussão para outros profissionais da saúde, o que tornou este Curso relevante pelas construções coletivas, integradas e ampliadas de intervenções em benefício de uma população adscrita. Mockedeci et al.(2013) demonstram que em um estudo com ACS em Juiz de Fora, Minas Gerais, 33% relatam ter dificuldade em realizar suas atribuições, incluindo temas de saúde bucal, e 15% mencionaram que as atividades de saúde bucal não são atribuições dos ACS e que estes desconhecem a prevalência das doenças bucais e suas implicações sobre a vida do indivíduo. Dentro desta perspectiva, a participação de diversos profissionais realizando o diagnóstico de gestão local contido no TCC, planejando ações para qualificar o sistema e implementando intervenções, fomentou pontos de vistas diversos e uma visão holística dos processos de trabalho, do cuidado e estrutural e a valorização da saúde bucal. Além disso, oportunizou o trabalho interprofissional, a discussão de indicadores de saúde e o planejamento futuro, ampliado, permitindo que a gestão fosse ascendente, por meio de registros sistemáticos.

Pensando na dinamicidade do processo saúde-doença e que este está inserido na transformação social, econômica, política e cultural de determinado território, a oferta do Curso em ciclos de capacitação ofereceu a oportunidade de o mesmo profissional realiza-lo em mais de um ciclo. Além disso, foi possível atualizar o diagnóstico, realizar um novo planejamento, visto que a realidade já não seria a mesma do primeiro momento. Assim, o processo educativo deve ser permanente, uma vez que o SUS é dinâmico e a realização uma única vez do Curso não significa a apropriação de todos os temas abordados, além de permitir um monitoramento das propostas implementadas. Para poder dar conta dos problemas complexos da sociedade, há a necessidade de qualificação permanente, pois segundo a curva de aprendizagem, à medida que as repetições são efetuadas, os profissionais demandam menos tempo para a execução das atividades e exercem com melhor qualidade, seja pela familiaridade, seja pela adaptação às ferramentas utilizadas (DAR-EL, 2000). Considerando o SUS um sistema de saúde novo, em fase de consolidação e construção de políticas públicas mais efetivas, pode-se compreender a necessidade de apropriação de seus princípios filosóficos, bem como de estabelecer práticas diárias eficazes para a promoção da saúde da população.

Um aspecto a ser discutido também é o papel das Regionais de Saúde, sendo representada por seus Coordenadores Regionais de Saúde Bucal, que podem ser considerados polos de difusão para os municípios, visto que treze Regionais tiveram mais de 90% de seus municípios em pelo menos um ciclo. Em contrapartida, as Regionais de Cascavel e Toledo tiveram menos de 30% dos municípios que aderiram a pelo menos um ciclo. Este ponto é evidenciado no estudo Valaitis et al (2016) que afirma que a liderança organizacional é fator de influência na adoção de políticas públicas, podendo ser uma barreira ou um facilitador do processo, mostrando que os esforços dos agentes de mudança têm papel relevante na difusão hierárquica. Assim, o preparo de gestores e lideranças também é um desafio para o sistema de saúde, para a difusão de processos inovadores como este, já que todas as Regionais tiveram o mesmo acesso à formação de multiplicadores. Sugere-se investimentos e a priorização na formação de gestores e lideranças para uma melhor condução e implementação de novas políticas.

A experimentabilidade, definida por Rogers (2003) como sendo o grau com que uma inovação pode ser usada experimentalmente antes de ser adotada ou rejeitada, pode ser verificada através da metodologia do Curso, que o aluno de um ciclo pode tomar a decisão de multiplicá-lo no ciclo seguinte. O Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal teve nos quatro ciclos 95 multiplicadores voluntários que capacitaram 1304 profissionais. Fernandes et al. (2007) em seu estudo sobre educação na epilepsia, relata que inicialmente 11 médicos foram capacitados, e posteriormente multiplicaram para 810 profissionais da saúde, incluindo trabalhadores da atenção primária, demonstrando que a utilização de multiplicadores permite uma expansão rápida e eficaz das informações. Desta maneira, é possível aproveitar as potencialidades existentes no quadro de servidores para que estes experimentem e possam aderir à proposta, compreendendo que cada um tem algo a aprender e algo a ensinar, sendo a troca de conhecimentos, experiências muito enriquecedoras.

Vale ressaltar sobre os canais e as formas de comunicação entre a Coordenação do Curso/Regionais e entre Regionais/Municípios, que foram: comunicação interpessoal, divulgação em sites institucionais da SESA e da UEM e comunicação virtual por meio de e-mails institucionais. Para cada início de ciclo, foram realizados encontros presenciais da coordenação com os representantes da SESA e Coordenadores Regionais, para pactuar metas, ouvir as demandas locais e

realizar as alterações necessárias na condução do Curso, já que a relação interpessoal tem mostrado aspectos positivos mais efetivos do que um vídeo ou um ofício (PARCEL et al., 1995). Desta forma, se faz necessário Coordenadores que exerçam o protagonismo em sua Regional e que também desenvolvam habilidades de comunicação e articulação, para incentivar os profissionais e ouvi-los, sensibilizando-os para a importância da qualificação da gestão.

Em relação à complexibilidade da inovação, esta refere-se a quanto uma inovação é percebida como relativamente difícil de ser entendida e utilizada (ROGERS, 2003). Desta forma, o instrumento diagnóstico utilizado como norteador para o estudo e compreensão da dimensão da gestão é uma ferramenta complexa, mas acessível a todos os trabalhadores. Esta foi baseada em três pilares importantes para a gestão da saúde bucal: a gestão estrutural, a gestão do cuidado e do trabalho, que sustentam a qualidade da atenção à saúde bucal. O instrumento de diagnóstico foi construído com a finalidade de ajudar o gestor, a equipe de saúde e a comunidade a trabalharem juntos para uma atenção à saúde bucal resolutiva e de qualidade, com o entendimento de que a gestão depende do empenho de cada um (trabalhador e usuário) e que todos são atores sociais no processo de melhoria do nosso país. Este Curso também apresentou baixa complexidade na questão de investimentos financeiros, uma vez que os custos envolvidos na implementação desse Curso foram baixos, seja por usar material didático digital, multiplicadores voluntários ou pelo fator de que muitas intervenções propostas pelos alunos não necessitaram de recursos por lidar com tecnologias leves. No entanto, existiram barreiras para implementação, como o apoio dos gestores dos municípios e as características individuais dos profissionais.

Por fim, pode-se perceber que o sistema social favoreceu a difusão da inovação através da parceria e apreciação das etapas de desenvolvimento do Curso, desde a construção do instrumento de diagnóstico até a elaboração do TCC, pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde Bucal. O alinhamento conceitual entre gestores das esferas federal, estadual, regional, municipal e local, parece ser um dos pontos fortes desta proposta, já que a compreensão de um norte comum entre gestores, profissionais e comunidade é o caminho para construção de uma sociedade melhor.

Apesar dos resultados promissores apresentados da qualificação da Gestão do SUS em saúde bucal, sugere-se novos estudos para avaliar os impactos diretos

nos serviços de saúde bucal e na qualidade de vida da população, por meio de indicadores odontológicos, bem como quantificar e analisar dados que possam comprovar se houve difusão de inovação neste processo educativo. Vale ressaltar que existe um grande potencial de ampliação desta proposta, já que o número alcançado de profissionais de saúde em todo o Estado do Paraná foi expressivo por ser um processo em construção, mas limitado, considerando o número total de trabalhadores do SUS. Além disso, cada participante é convidado a participar deste Curso em novos momentos para o aprofundamento do estudo, atualização das normas vigentes, desenvolvimento de metas e estratégias em equipe, realizando a transposição didática dos conteúdos estudados e das normas e diretrizes do SUS, que é um sistema de saúde novo, dinâmico, que necessita de profissionais abertos, sensíveis, éticos, responsáveis, comprometidos e motivados à mudança, para dar respostas às necessidades da população e promover saúde.

6. CONCLUSÃO

Com a realização dessa pesquisa, conclui-se que o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em saúde bucal foi um processo inovador em políticas públicas, tendo em vista os seguintes aspectos: fortalecimento da relação ensino-serviço; criação de um instrumento norteador para a avaliação da gestão em Saúde Bucal com alinhamento local, estadual e federal; a reprodutibilidade em outras localidades; utilização de tecnologia de informação e comunicação e de acesso livre na internet; valorização da interprofissionalidade; criação de espaços de interação entre municípios, equipes e gestores e empoderamento de lideranças onde o aprendente em um ciclo pode se tornar o multiplicador no seguinte.

Verificou-se que houve uma distribuição espacial do processo educativo, com a participação de 321 municípios (80% dos municípios do Paraná) ao final de 4 ciclos, em 8 anos deste processo educativo. A adesão foi heterogênea no tempo e no espaço, mostrando que os profissionais aceitam em tempos diferentes as mudanças. O padrão de distribuição espacial dos municípios e profissionais ocorreu num processo hierárquico e por contiguidade, demonstrando o papel importante das Regionais de Saúde do Paraná.

Os coordenadores regionais e municipais de saúde bucal operaram como elementos multiplicadores da inovação, potencializando o número de profissionais

qualificados para uma gestão mais eficaz da saúde bucal no SUS. Além disso, as parcerias com as 22 Regionais de Saúde (100%) e com as Coordenações Estadual e Federal de Saúde Bucal mostraram que a construção coletiva e o norte comum foram pontos-chaves em todo o processo, mostrando a importância da integração ensino-serviço.

Por fim, o Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal, coordenado pela Universidade Estadual de Maringá, auxiliou na compreensão e organização das redes de atenção à saúde, na melhoria do processo de trabalho no SUS, na motivação e entendimento do papel do trabalhador, estimulando a educação permanente e a promoção de saúde, na tentativa de buscar a garantia do cidadão brasileiro ao direito à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.N. Aspectos sociais e tecnológicos das atividades de inovação. *Lua Nova: Rev Cult e Polit.* vol.66, 2006.

ARROYO, D.M.P; ROCHA, M.S.P.M.L. Meta-avaliação de uma extensão universitária: Estudo de caso. *Avaliação (Campinas)*. vol.15, n.2, 2010.

BAREGHEH, A. et al. Towards a multidisciplinary definition of innovation. *Management Decision*, v. 47, n. 8, 2009.

BESSANT, J. et al. Managing innovation beyond the steady state. *Technovation*, v. 25, n. 12, 2005.

BITTAR, T. O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 14, n. 1, 2010.

BRASIL. Lei 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente / Ministério da Saúde, Organização PanAmericana da Saúde / Organização Mundial Saúde no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal*, Brasília, DF, 2006.

CARDOSO, A. Educação e inovação. *Millenium*. vol.6, 1997.

CHRISTENSEN, C. et al. *Disrupting class:How disruptive innovation will change the way the world learns*. 4ed. New York: McGraw Hill, 2012.

DAR-EL, E. Human Learning: from Learning Curves to Learning Organizations, New York: Springer, 2000.

D'AVILA, L.S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014.

DOSI, G.; GRAZZI, M. On the nature of technologies: knowledge, procedures, artifacts and production inputs. Cambridge Journal of Economics, v. 34, n. 1, 2009.

FERNANDES, P.T. et al. Training the trainers and disseminating information: a strategy to educate health professionals on epilepsy. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, v. 65, supl. 1, 2007.

FILHO, G. G. et al. Difusão de inovações: apreciação crítica dos estudos de Rogers. Revista FAMECOS, Porto Alegre, n. 33, 2007.

FRAZAO, P.; NARVAI, P.E. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por urna política pública. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, 2009.

FUJIMAKI, M. et al. Qualificação da Gestão do SUS em saúde bucal no Paraná. In: Ditterich, Rafael Gomes et al. Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. 1ªed.Londrina:INESCO, 2019.

GALBIATI, C.F. Qualificação da gestão e da equipe de saúde bucal por meio da implementação da educação permanente em saúde no estado do Paraná. [Tese de Doutorado em Odontologia Integrada]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá, 2018. 69 f.

HERSTATT, C. et al. "Fuzzy front end" practices in innovating Japanese companies. International Journal of Innovation & Technology Management, v. 3, n. 1, 2006.

HOWALDT, J.; SCHWARZ, M. Social Innovation: concepts, research fields and international trends. Alemanha: IMA/ZLW, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). Indicadores de desenvolvimento humano municipal.

KUSMA, S.Z. et al. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s9-s19, 2012.

MCT, Ministério da Ciência e Tecnologia; Sociedade da informação no Brasil, livro verde / organizado por Tadao Takahashi, Brasília, 2000.

MESSINA, G. Mudança e inovação educacional: notas para reflexão. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 114, 2001.

MOCKDECI, H.R. et al. Capacitação em saúde bucal de Agentes Comunitários em Juiz de Fora- MG: a efetividade do programa. *HU Revista*, v.39, n.3 e 4, 2014.

MOORE, G.C. and BENBASAT, I. Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation. *Information Systems Research*, v. 2, n. 3, 1991.

NARVAI P.C., FRAZÃO P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes J.L.F, Peres M.A. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

NEVES, C. E. B.; NEVES, F. M. Pesquisa e inovação: novos desafios para a educação superior no Brasil e na Alemanha. *Caderno CRH*, v. 24, n. 63, 2011.

OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Manual de Oslo. 2005.

OLIVEIRA, R. C. A Gestão do Trabalho em Equipe no Modelo Assistencial em Defesa da Vida: a experiência do Hospital Público Regional de Betim. 2001. 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

PANKRATZ, M. et al. Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy. *Health education research*. v..17, n.3, 2002.

PARCEL, G.S. et al. Diffusion of effective tobacco prevention program. Part 2: Evaluation of the adoption phase. *Health Education Research*, 10, 1995.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, 2013.

PROEX. Políticas Nacional de Extensão Universitária Brasileira. Manaus: Editora UFMG, 2012.

QUINTANE, E. et al. Innovation as a knowledge-based outcome. *Journal of Knowledge Management*, v. 15, n. 6, 2011

RAIHER, A.P., LIMA, F.J. A dispersão espacial do desenvolvimento econômico: o caso dos municípios paranaenses. *Revista de desenvolvimento econômico*. Ano XII, n. 21, Salvador, BA, 2010.

RANGEL, M.L. et al. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, 2012.

RODRIGUES, A.L.L. et al. Contribuições da Extensão Universitária na Sociedade. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais*, Aracaju, v.1, n.16, 2013.

ROGERS, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

SANTOS, W. J. L. Financiamento e investimento da educação nos municípios de Duque de Caxias e de Nova Iguaçu – RJ: avaliação da eficácia, da efetividade e da transparência das políticas públicas. Tese de doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

SCHUMPETER, J.A. *Teoria do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Abril Cultural, 1982 (Os economistas).

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (SESA). Regionais de Saúde.

SERZEDELLO, N. T. B., TOMAÉL, M. I. Produção intelectual no ambiente acadêmico. In: Curty RG. Produção intelectual no ambiente acadêmico. Londrina: UEL/CIN; 2010.

SOUSA, M. et al. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2017.

TSUZUKI, F.M. et al. Avaliação da percepção de multiplicadores sobre o processo de qualificação da gestão do SUS em saúde bucal no Paraná. Relatório de pesquisa do Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Maringá (Odontologia) - UEM. Maringá, 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ (UEM). Regulamento para o desenvolvimento de projetos de extensão na Universidade Estadual de Maringá, Resolução 033/2017.

VALAITIS, R. et al. Moving towards a new vision: implementation of a public health policy intervention. BMC Public Health. v.17, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA GESTÃO LOCAL DA SAÚDE BUCAL

Objetivo

Este instrumento tem a finalidade de ajudar os municípios, gestores e equipes de saúde bucal a realizar o diagnóstico de aspectos importantes para a gestão, bem como a propor estratégias que resultem no avanço estrutural da gestão, na qualidade da atenção à saúde da população e na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

Pilares da gestão

O instrumento foi construído tomando como base três pilares da gestão:

- Estrutura
- Cuidado
- Trabalho

De maneira figurativa, estes pilares sustentam a qualidade da atenção à saúde e representam os desafios necessários para consolidação do SUS, garantindo ao cidadão brasileiro o direito à saúde. Cada pilar abrange 6 componentes fundamentais, totalizando 18 componentes, os quais, por sua vez, podem apresentar-se em três cenários de desenvolvimento distintos:

Cenário 1: situação precária

Cenário 2: situação intermediária

Cenário 3: situação ideal

Cada município/equipe deverá identificar qual cenário mais se aproxima de sua realidade. Desta forma, a utilização deste instrumento servirá para direcionar o autodiagnóstico, a reflexão e para nortear as mudanças e avanços pretendidos.

Pilar 1 - Gestão estrutural

1- Construção das redes de atenção

Cenário 1) O município/UBS apresenta pouco entendimento sobre a construção das redes de atenção à saúde e prioriza o atendimento às condições agudas e pouca discussão da saúde bucal.

Cenário 2) O município/UBS apresenta parcial entendimento sobre a construção das redes de atenção à saúde e, neste momento, passa por discussão sobre a construção da rede de atenção à saúde bucal.

Cenário 3) O município/UBS apresenta os pontos de atenção identificados, com cobertura de 100% da população por equipes de saúde bucal, trabalhando na lógica das doenças crônicas e agudas, a partir do fortalecimento da atenção primária em saúde, como ordenadora do cuidado (sendo o centro de comunicação para coordenar os fluxos e contrafluxos dos serviços), tendo um papel resolutivo dos problemas de saúde da população, evitando que haja necessidade de acessar outros níveis de atenção de maior complexidade, e de corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos. As ações são articuladas e integradas às redes de atenção à saúde (Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência), tendo uma visão abrangente da estruturação da rede de saúde bucal no município, regional de saúde e Estado, para pactuar a melhor configuração da mesma, em termos de economicidade, transparência e otimização de recursos. Há a clareza do papel e abrangência dos níveis de atenção à saúde: primária (Unidades Básicas de Saúde), secundária (Centros de Especialidades Odontológicas) e terciária (Hospitais); que se complementam e trabalham articulados e com boa comunicação.

2- Diagnóstico e planejamento em saúde

Cenário 1) O município/equipe não conhece os principais problemas de saúde bucal por meio do conhecimento da sua população, levantamentos epidemiológicos para subsidiar o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização: Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011) atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, porém a área de saúde bucal não participa da sua construção e não tem ações previstas. O município não realiza oficinas para planejamento das ações.

Cenário 2) O município/equipe conhece os principais problemas de saúde bucal da população por meio de levantamentos epidemiológicos, mesmo que pontuais, e conhece a demanda por atendimento odontológico, mas não realiza classificação

das urgências, nem a estratificação do risco. Não reconhece as vulnerabilidades de sua população e por isso não utilizam esses dados para subsidiar o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização: Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011), atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, porém as equipes de saúde bucal não participam da sua construção. O município realiza oficinas esporádicas para planejamento das ações.

Cenário 3) O município/equipe conhece os principais problemas de saúde bucal por meio do reconhecimento dos riscos, vulnerabilidade da população, levantamentos epidemiológicos periódicos, a demanda por atendimento odontológico e realizam a classificação das urgências e estratificação do risco, que subsidiam o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização: Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011) atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, construídos pelas equipes da saúde bucal, de acordo com a necessidade local e em consonância com a linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Além disso, o município pactua as metas com a equipe para dar acesso e melhorar a qualidade do serviço, constrói os indicadores, implementa mudanças necessárias e monitora os resultados periodicamente. O município/equipe realiza oficinas periódicas para planejamento e avaliação das ações, num processo contínuo.

3- Sistemas de Informação em saúde e avaliação

Cenário 1) O município/UBS não utiliza os sistemas de informação (SIA/SUS, SIH, CNES, SIAB, e-SUS, dentre outros) e outros registros das ações como instrumento de monitoramento e avaliação e não participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e PMAQ - CEO.

Cenário 2) O município/UBS utiliza os sistemas de informação como instrumento de monitoramento, mas não de avaliação. Participação parcial das equipes de saúde bucal do município ao PMAQ e PMAQ-CEO.

Cenário 3) O município/UBS utiliza os sistemas de informação (SIA/SUS, SIH, CNES, SIAB, e-SUS, dentre outros) como instrumento de monitoramento e

avaliação. Além disso, o município/equipe avalia sistematicamente os indicadores pactuados e o impacto das ações propostas. Há a participação completa das equipes de saúde bucal ao PMAQ e PMAQ - CEO. Além disso, o município/UBS tem acesso e utiliza informações de sistemas que abrangem dados dos municípios, do Estado e do país.

4- Financiamento e orçamento em saúde

Cenário 1) A área de saúde bucal/equipe não conhece o seu balanço orçamentário (valor de repasse e valor do custo do serviço, quanto do recurso é do PAB (fixo e variável) e quanto é do município) e não participa do planejamento orçamentário, da captação e do plano de aplicação dos recursos.

Cenário 2) A área de saúde bucal/equipe conhece o seu balanço orçamentário, porém não participa do planejamento orçamentário da saúde, da captação e do plano de aplicação dos recursos.

Cenário 3) A área de saúde bucal/equipe participa do planejamento orçamentário (valor de repasse e valor do custo do serviço, quanto do recurso é do PAB (fixo e variável) e quanto é do município), da captação (Equipes de Saúde Bucal, CEOs - implantação e custeio, PMAQ, co-financiamento Estadual, dentre outros) e do plano de aplicação dos recursos e conhece o balanço orçamentário da saúde. Além disso, a área de saúde bucal acompanha a utilização dos recursos e participa dos processos licitatórios para que haja a melhor relação custo-benefício, considerando a qualidade, durabilidade e custo.

5 - Infraestrutura física e materiais

Cenário 1) O município possui infraestrutura precária para o funcionamento das UBSs, para o atendimento clínico odontológico, sem acesso ao serviço de radiologia convencional, sem ambiente para reuniões da equipe de trabalho, baixa disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. O município/UBS não tem equipes de saúde bucal implantadas. Não existe acesso a atendimento para especialidades odontológicas, pois o município não possui um CEO e não há uma referência.

Cenário 2) O município possui precária infraestrutura para o funcionamento das UBSs, atendimento clínico odontológico, com acesso a serviço de radiologia convencional, ambiente para reuniões da equipe de trabalho, boa disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. O município

possui equipes de saúde bucal implantadas ou estão em fase de implantação. Há um pequeno acesso ao atendimento em CEOs.

Cenário 3) O município possui infraestrutura adequada para o funcionamento das UBSs, para o atendimento clínico odontológico, com acesso serviço de radiologia convencional, ambiente para reuniões da equipe de trabalho, disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. Além disso, o município participa de ações estratégicas com equipes de saúde bucal e Centros de Especialidade Odontológicas implantados ou com estabelecido fluxo de referência e contra referência.

6- Acesso à internet

Cenário 1) O município não dispõe de computadores nas UBSs.

Cenário 2) O município dispõe de computadores nas UBSs, entretanto não oferece o acesso à internet ou a internet é deficitária.

Cenário 3) O município disponibiliza acesso ao conteúdo da internet nas UBSs, com conectividade de boa qualidade para a utilização da rede para o aprimoramento e aquisição de conhecimento e comunicação e interação com outros setores e profissionais.

Pilar 2: Gestão do Cuidado

7- Estratégia Saúde da Família

Cenário 1) O município/equipe não prioriza a Estratégia Saúde da Família e a maioria dos CD, TSB e ASB não fazem parte de Equipes de Saúde Bucal. Não apresenta protocolo da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese).

Cenário 2) O município/equipe prioriza a Estratégia Saúde da Família e a maioria dos CD, TSB e ASB fazem parte de Equipes de Saúde Bucal, mas o município não apresenta protocolo da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese).

Cenário 3) O município/equipe prioriza a Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100% da população pelas Equipes de Saúde Bucal. Atua de acordo com a linha

guia da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese) e para a atenção terciária, coordenados pela atenção primária. Além disso, as Equipes de Saúde Bucal, trabalham com o objetivo de mudar o perfil epidemiológico das doenças bucais de sua área de abrangência, priorizando os grupos de risco e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

8- Clínica Ampliada

Cenário 1) O município/equipe prioriza o atendimento das condições agudas, com foco no tratamento curativo. Não há interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe, nem elaboração do projeto terapêutico singular. O município/equipe não apresenta protocolos de atendimento (guia de conduta, classificação das urgências e estratificação de risco, biossegurança, clínico, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos) e o foco do atendimento é basicamente curativo.

Cenário 2) O município/equipe prioriza o atendimento das condições agudas, com foco no tratamento curativo. Há a interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe, sem a elaboração do projeto terapêutico singular. O município/equipe apresenta alguns protocolos de atendimento (guia de conduta, classificação das urgências e estratificação de risco, biossegurança, protocolos para atendimento clínico, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos, dentre outros).

Cenário 3) O município/equipe prioriza a abordagem integral, com ênfase na promoção de saúde e prevenção, o atendimento integral para todas as faixas etárias, valoriza o acolhimento, a responsabilização e compromisso com o usuário, promovendo a sua autonomia, tanto em nível individual, quanto coletivo. Há interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe e elaboração coletiva do projeto terapêutico singular. O município/equipe possui protocolos de atendimento estabelecidos para classificação das urgências, estratificação de risco, guia de conduta, biossegurança, protocolos clínicos, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos, violência, dentre outros, construídos com a participação da equipe da saúde bucal.

9- Intersetorialidade

Cenário 1) O município/equipe não realiza ações intersetoriais para resolução de problemas da saúde. Nenhuma articulação com outras esferas do poder público da sociedade (ex: educação, meio-ambiente, esportes, cultura, comunicação, indústria, etc).

Cenário 2) Articulação parcial ou esporádica.

Cenário 3) O município/equipe realiza ações intersetoriais para a resolução dos problemas da saúde e priorizar a prevenção de doenças/acidentes e promoção da saúde. Boa articulação com outros setores e agenda conjunta e periódica. Ex: articulação com o setor de saneamento (Fluoretação das águas de abastecimento), articulação com o setor de educação (programas em escolas, etc.), dentre outros.

10- Controle social

Cenário 1) O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais), porém as reuniões são realizadas apenas com a participação de gestores e trabalhadores e/ou prestadores de serviço. As conferências de saúde (municipais e locais) contam com a participação de alguns segmentos da sociedade e a saúde bucal não é discutida.

Cenário 2) O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais), porém as reuniões são realizadas apenas com a participação de gestores e trabalhadores e/ou prestadores de serviço. As conferências de saúde (municipais e locais) contam com a participação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e prestadores de serviço e gestores), com formação não paritária e a saúde bucal não é discutida.

Cenário 3) O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais) paritário, com reuniões ordinárias mensais e realiza conferências (municipais e locais) de saúde com participação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e prestadores de serviço e gestores) e formação paritária, com efetiva discussão dos problemas da saúde do município/UBS e com propostas encaminhadas para as Conferências de Saúde, consensuadas a partir da definição das prioridades locais. Os conselhos locais participam do gerenciamento das UBSs. Além disso, a comunidade, em diversos espaços sociais, é orientada sobre os serviços e sobre a importância da manutenção e cuidado de sua própria saúde.

11- Avaliação da satisfação dos usuários

Cenário 1) O município/UBS não ouve a opinião dos usuários acerca dos serviços ofertados nas UBSs, das necessidades da comunidade e não tem o serviço de ouvidoria municipal.

Cenário 2) O município/UBS realiza raramente a escuta qualificada sobre o serviço nas UBSs e das necessidades da comunidade. O município possui o serviço de ouvidoria que pode resultar em punição para os servidores.

Cenário 3) O município/UBS realiza pesquisa de satisfação dos usuários periodicamente nas UBSs, avaliando o serviço e buscando enfrentar os problemas existentes de forma sistemática e realiza a escuta qualificada das necessidades da comunidade. O município possui e utiliza o serviço de ouvidoria para a qualificação da gestão e da atenção.

12- Educação permanente em saúde

Cenário 1) Os trabalhadores de saúde não fazem discussão periódica das necessidades da população e não há espaço na rotina do serviço para a realização de discussões sobre a prática diária.

Cenário 2) Os trabalhadores de saúde fazem encontros eventuais para a resolução de demandas específicas.

Cenário 3) O processo de trabalho está organizado de maneira que haja uma agenda permanente de encontros para a discussão e reflexão dos problemas do dia-a-dia (problematização), buscando as soluções direcionadas à promoção da saúde e qualidade de vida da população, a partir da construção coletiva de propostas sustentáveis. A educação permanente é priorizada e garantida com normas acordadas, estabelecendo carga horária para reunião da equipe e há o registro (memórias ou atas) das reuniões, contendo: os membros da equipe presentes, os temas discutidos, as decisões consensuadas, os encaminhamentos definidos na reunião, os responsáveis e prazos pelas tarefas identificadas, como forma de documentar o processo e acompanhar o desenvolvimento do grupo ao longo do tempo. Além disso, são realizadas capacitações, de acordo com a necessidade do serviço e eventos/reuniões para troca de experiências com outros municípios/equipes.

Pilar 3: Gestão do trabalho

13- Avaliação do desempenho individual do trabalhador

Cenário 1) Não existe nenhum incentivo e/ou avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) institucionalizado, nem Plano de Cargos e Salários. Além disso, a forma de contratação não é adequada e há grande rotatividade de profissionais.

Cenário 2) Existe esporadicamente algum incentivo e/ou avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) institucionalizada e discussão do Plano de Cargos e Salários. Além disso, a forma de contratação é adequada, entretanto há rotatividade de profissionais, que buscam melhores condições de trabalho.

Cenário 3) Há incentivo e um sistema de avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) e Plano de Carreira, Cargos e Salários institucionalizados. A forma de contratação é adequada e não há rotatividade de profissionais pois as condições de trabalho são favoráveis. Além disso, os Coordenadores de Saúde Bucal são valorizados e é realizado um contrato de gestão baseado no monitoramento de indicadores de desempenho de toda a equipe, construídos coletivamente.

14- Educação continuada em Saúde

Cenário 1) O gestor não estimula a capacitação dos profissionais de saúde.

Cenário 2) O gestor estimula capacitação periódica dos profissionais, porém sem apoio/auxílios financeiros e sem ouvir a necessidade da equipe.

Cenário 3) O gestor estimula a capacitação dos profissionais (equipe multiprofissional), com apoio/auxílios financeiros. O município/equipe promove cursos de capacitação em diversos assuntos, atendendo as necessidades levantadas pelo serviço e valorizam as potencialidades individuais. Além disso, os profissionais capacitados, compartilham suas experiências e conhecimentos adquiridos com a equipe (multiprofissional).

15- Trabalho em equipe interdisciplinar

Cenário 1) Os trabalhadores da saúde bucal não interagem adequadamente e não há uma comunicação eficaz com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, ou a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Assim, verifica-se a fragmentação do cuidado, onde cada serviço/equipe realiza isoladamente uma parte do cuidado integral.

Cenário 2) Os trabalhadores da saúde bucal não interagem adequadamente e há uma comunicação incipiente com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, ou a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A referência, contra referência e fluxos nos diversos serviços são definidos, entretanto, os feedbacks não ocorrem com agilidade e de forma contínua. Verifica-se a fragmentação do cuidado, onde os trabalhadores dos níveis de atenção primária, secundária e terciária não discutem coletivamente os assuntos relacionados ao cuidado integral. Além disso, há pouca integração, diálogo e articulação com os gestores, que não pactuam metas comuns com as equipes.

Cenário 3) Os trabalhadores da saúde bucal interagem adequadamente por meio de uma comunicação eficaz com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, e com a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A referência, contra referência e fluxos nos diversos serviços são definidos e os feedbacks ocorrem com agilidade e de forma contínua. O ambiente para a discussão coletiva entre todos os envolvidos no cuidado é favorável e há o desenvolvimento e fortalecimento das equipes multiprofissionais, pela ação sinérgica das diversas áreas e serviços, entendendo a multidimensionalidade dos problemas da população. Além disso, há uma integração, diálogo e articulação com os gestores, que trabalham para um objetivo comum com as equipes e contribuem com o processo de qualificação da gestão e da atenção.

16- Criatividade, iniciativa, motivação e inovação

Cenário 1) Os trabalhadores da saúde bucal apresentam-se desmotivados, tendo dificuldade até mesmo de executar as tarefas atribuídas à sua função. Os trabalhadores não são ouvidos e existe resistência à mudança e na proposição de novas práticas.

Cenário 2) Os trabalhadores da saúde bucal cumprem minimamente as tarefas diárias. Os trabalhadores são ouvidos, entretanto, existe resistência às mudanças e na proposição de novas práticas.

Cenário 3) Os trabalhadores da saúde bucal cumprem seu trabalho com motivação, criatividade, são proativos e sentem-se capazes de propor e sugerir soluções inovadoras para o enfrentamento dos problemas. O trabalho em equipe ocorre a partir da identificação das potencialidades individuais e do respeito das diferenças e limitações dos integrantes, onde os trabalhadores são respeitados em suas posições e opiniões e há a sinergia do grupo pela melhoria do cuidado e da saúde da

população. Além disso, são valorizados os profissionais/equipes com melhor desempenho.

17- Equipe auxiliar (TSB e ASB)

Cenário 1) O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade insuficiente e estas não trabalham em sintonia com os demais profissionais e não participam/tem oportunidade de participar de capacitações para desenvolver suas atividades.

Cenário 2) O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade suficiente, entretanto, estas ainda não exercem suas funções adequadamente e não pactuam metas de trabalho.

Cenário 3) O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade suficiente e que exercem suas funções adequadamente, realizam e cumprem metas pactuadas entre os membros da equipe, discutidas coletivamente. As TSB e ASB são ouvidas e sentem-se valorizadas e parte da equipe.

18- Integração ensino-serviço

Cenário 1) Não há nenhuma iniciativa de articulação universidade/serviço.

Cenário 2) Já existem experiências pontuais de integração universidade/serviço.

Cenário 3) A integração universidade/serviço ocorre por meio de estágios curriculares supervisionados por profissionais que compõem a Equipe de Saúde Bucal da ESF bem como por diferentes programas e projetos, como por exemplo Pró-Saúde, Telessaúde Brasil, Residências Multiprofissionais em Saúde, e outros projetos. Estas parcerias estão institucionalizadas ou fazem parte de atividade curriculares obrigatórias dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia. Há a capacitação dos preceptores e momentos de discussão sobre as necessidades de melhorias no ensino e serviço.