



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ALESSANDRA DE OLIVEIRA LIPPERT

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO PONTO DE
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL**

Londrina
2020

ALESSANDRA DE OLIVEIRA LIPPERT

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO PONTO DE
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

L765c Lippert, Alessandra de Oliveira.
Centro de Especialidades Odontológicas como ponto de atenção na Rede de Saúde Bucal / Alessandra de Oliveira Lippert. - Londrina, 2020.
137 f. : il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Rede de Atenção à Saúde - Tese. 2. Centros de Especialidades Odontológicas - Tese. 3. Assistência Odontológica - Tese. 4. Regionalização - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO PONTO DE
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
UEL - Orientadora

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
UEL

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Positivo

Profa. Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes
UEL

Profa. Dra. Daniela Pereira Lima
Unioeste

Londrina
2020

*Dedico esse trabalho ao meu filho Pedro, que mesmo tão pequenino, compreendeu minha ausência e colaborou com os estudos da mamãe!
Meu amor, minha vida!*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela luz, pelas intuições e pela energia a mim dispensada, para que seguisse neste trabalho.

À minha família e amigos pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu companheiro Tiago, pelo apoio nos momentos de cansaço, pelo incentivo nos momentos de desânimo, pelas correções apontadas e conselhos nos momentos de dúvidas, e pelo imenso carinho que tem me dispensado.

À minha orientadora, Profa. Fernanda, pelas orientações e direcionamentos, e pela valiosa colaboração para a realização desta pesquisa.

À banca de professores, pelos ricos apontamentos que me permitiram qualificar este trabalho. Sinto-me privilegiada em conhecer grandes mestres.

Aos meus colegas de turma, que contribuíram direta ou indiretamente para esta formação. Restaram grandes amigos.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pelo comprometimento e empenho em ensinar tão brilhantemente, com propriedade e competência.

Por fim, aos participantes da pesquisa pela colaboração. Espero poder contribuir com nosso trabalho em busca do fortalecimento da Odontologia no SUS.

LIPPERT, Alessandra de Oliveira. **Centro de Especialidades Odontológicas como ponto de atenção na Rede de Saúde Bucal**. Londrina, Paraná. 2020. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

A Odontologia no Brasil, por um longo período destacou-se pela prática iatrogênica e mutiladora, com caráter elitista e voltado para os interesses do setor privado, inclusive reproduzindo estas características no âmbito público. No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um projeto identificado como Saúde Bucal Brasil, e este embasou do ponto de vista epidemiológico a elaboração de diretrizes para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004. A PNSB surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros, visa garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, e aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. Para fazer frente a esse desafio, uma estratégia adotada foi a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). E em contraponto, aos modelos de saúde fragmentados, em 2014, o estado do Paraná propõe o atendimento por meio da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). O atendimento em rede propõe garantir a mudança do paradigma entre o modelo cirúrgico-restaurador para um modelo que atue na promoção de saúde, favorecendo o acolhimento universal, garantindo o acesso, e fortalecendo as unidades de saúde com cuidado integral às pessoas. Desta maneira, considerando que os pontos de atenção à saúde são os nós da rede de atenção, compreender como estes se articulam dentro da RASB, é de extrema importância para a consolidação do modelo. Com base nisso, o objetivo desta pesquisa foi compreender o papel do CEO para a organização de uma rede regionalizada de atenção à saúde bucal. Quanto ao procedimento metodológico, o estudo caracterizou-se por ser um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, realizado na 20ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, a qual é composta por 18 municípios. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no período de março e abril de 2019, e foram submetidos à análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005). Foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove da atenção básica (AB) e cinco da média complexidade, sendo considerados informantes-chaves deste estudo. Da análise das entrevistas emergiram três categorias: (1) a organização da RASB; (2) o cuidado em saúde bucal; e (3) o papel do CEO na RASB. Os resultados foram apresentados no formato de três manuscritos científicos, correspondentes a cada categoria de análise. Os dados do primeiro manuscrito identificam os serviços de Odontologia, bem como descreve a organização da RASB nesta região de saúde. De maneira que se percebe pelos profissionais o conhecimento da rede, tanto dos pontos de atenção, quanto das suas responsabilidades. Porém, ainda são frágeis os mecanismos que articulam a AB e o CEO com os serviços de alta complexidade, configurando um cenário muitas vezes dissonante daquele desenhado pela Linha Guia. O segundo manuscrito refere-se ao cuidado integral em saúde bucal, cuja oferta limitada e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são frequentemente relatadas como maiores comprometedores da integralidade. Um dos principais motivos reside na fragilidade do cumprimento das atribuições relativas ao nível da AB, que gera demanda inapropriada aos níveis especializados, contribuindo para a demanda reprimida. O terceiro manuscrito permitiu identificar a posição ativa do CEO regional na região de saúde, o qual se mostrou importante para fortalecer a rede, bem como para a integralidade do cuidado. Por fim, os dados sugerem que há oferta de serviços de Odontologia presentes na 20ª RS, e a RASB no Paraná se apresenta organizada, porém ainda apresenta limitações. Quanto ao CEO, este tem um papel ativo na rede sendo um importante instrumento no processo de regionalização, porém ressalta-se a

importância de ampliar e garantir o acesso equânime e de qualidade às necessidades de saúde bucal da população, com a garantia de continuidade do cuidado iniciado na AB.

Palavras-chave: Cuidados Odontológicos; Integralidade em Saúde; Serviços de Saúde; Regionalização; Rede de Atenção à Saúde; Centros de Especialidades Odontológicas.

LIPPERT, Alessandra de Oliveira. **Dental Specialties Center as a point of attention in the Oral Health Network.** Londrina, Paraná. 2020. 137f. Dissertation (Masters in Public Health) – State University of Londrina.

ABSTRACT

Dentistry in Brazil, for a long period, stood out for its iatrogenic and mutilating practice, with an elitist character and geared to the interests of the private sector, including reproducing these characteristics in the public sphere. In 2000, the Ministry of Health (MS) developed a project identified as Oral Health Brazil, and this supported the development of guidelines for the implementation of the National Oral Health Policy (PNSB), launched in 2004, from an epidemiological point of view. PNSB emerges as an alternative for the improvement of health care for all Brazilians, aims to guarantee the actions of promotion, prevention, recovery and maintenance of oral health, and points to a reorganization of oral health care at all levels of care. To face this challenge, a strategy adopted was the implantation of Dental Specialization Centers (CEO). And in contrast, to fragmented health models, in 2014, the state of Paraná proposes care through the Oral Health Care Network (RASB). The network service proposes to guarantee the change of paradigm between the surgical-restorative model to a model that acts in health promotion, favoring universal reception, guaranteeing access, and strengthening health units with comprehensive care for people. Thus, considering that the points of health care are the nodes of the care network, understanding how these are articulated within the RASB is extremely important for the consolidation of the model. Based on this, the objective of this research was to understand the role of the CEO for the organization of a regionalized oral health care network. As for the methodological procedure, the study was characterized by being a qualitative study of exploratory and descriptive character, carried out in the 20th Regional Health (RS) of Paraná, which is composed of 18 municipalities. Data were collected through semi-structured interviews conducted in the period from March to April 2019, and were submitted to the discourse analysis proposed by Martins and Bicudo (2005). 14 professional dental surgeons were interviewed, nine from primary care (AB) and five from medium complexity, being considered key informants of this study. Three categories emerged from the analysis of the interviews: (1) the organization of the RASB; (2) oral health care; and (3) the role of the CEO in RASB. The results were presented in the format of three scientific manuscripts, corresponding to each category of analysis. The data in the first manuscript identify the dental services, as well as describe the organization of RASB in this health region. In a way that the professionals perceive the network's knowledge, both of the points of attention and of their responsibilities. However, the mechanisms that link AB and the CEO with highly complex services are still fragile, setting a scenario that is often at odds with the one designed by the Guia Line. The second manuscript refers to comprehensive oral health care, whose limited offer and difficulty in accessing health services are often reported as the greatest compromise in comprehensiveness. One of the main reasons resides in the fragility of the fulfillment of the attributions related to the AB level, which generates inappropriate demand at the specialized levels, contributing to the repressed demand. The third manuscript made it possible to identify the active position of the regional CEO in the health region, which proved to be important for strengthening the network, as well as for comprehensive care. Finally, the data suggest that there is a provision of dental services present in the 20th RS, and RASB in Paraná is organized, but still has limitations. As for the CEO, he has an active role in the network, being an important instrument in the regionalization process, but the importance of expanding and guaranteeing equitable and quality access to the population's oral health needs

is emphasized, with the guarantee of continuity of care initiated in AB.

Keywords: Dental care; Integrality in Health; Health Services; Regionalization; Health Care Network; Dental Specialties Centers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAPAC	Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Crâniofaciais
CEBES	Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGM	Cumprimento Global de Metas
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAID	Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DTM	Disfunção Temporomandibular
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RS	Regional de Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SI	Sistema Incremental
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil	30
Figura 2	Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)	45
Figura 3	Distribuição geográfica dos CEO no estado do Paraná, por regional de saúde em 2018	51
Figura 4	Mapa político do estado do Paraná. Divisão por macrorregionais, 2015	62
Figura 5	Mapa político da 20ª Regional de Saúde do Paraná, divisão por municípios, 2015	62
Figura 6	Sistematização das categorias e subcategorias de análise	70

MANUSCRITO 1

Figura 1	Mapa da distribuição dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal, 20ª Regional de Saúde do Paraná, 2015.....	76
-----------------	---	----

MANUSCRITO 3

Figura 1	Mapa político da 20ª RS e localização do CEO regional tipo III	109
-----------------	--	-----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Produção mínima das atividades (nº de procedimentos) de acordo com os tipos de CEO (I, II e III)	38
Quadro 2	Matriz de territorialização dos pontos de atenção à saúde bucal	45
Quadro 3	Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do estado do Paraná	48
Tabela 1	População estimada dos 18 municípios da 20ª Regional de Saúde do Paraná, 2019	63

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 REFERENCIAL TEÓRICO - A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	21
1.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	21
1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	24
1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB) – BRASIL SORRIDENTE.....	31
1.3.1 Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF).....	34
1.3.2 Média Complexidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).....	36
1.3.3 Alta Complexidade em Odontologia	39
1.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	40
1.4.1 A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).....	44
1.4.2 A Rede de Atenção à Saúde Bucal no Paraná.....	47
1.5 O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL.....	52
2 OBJETIVOS.....	60
2.1 Objetivo Geral.....	60
2.2 Objetivos Específicos.....	60
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
3.1 Descrição da abordagem qualitativa.....	61
3.2 Local do estudo.....	61
3.3 Participantes do estudo.....	64
3.4 Coleta de dados.....	64
3.5 Transcrição do material.....	67
3.6 Análise de dados.....	67
3.7 Aspectos éticos.....	68
4 RESULTADOS.....	70
4.1 Manuscrito 1.....	72
4.2 Manuscrito 2.....	88

4.3	Manuscrito 3.....	106
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
	APÊNDICES.....	130
	Apêndice A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	130
	Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	131
	ANEXOS.....	132
	Anexo 1 - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante: 20ª Regional de Saúde do Paraná.....	132
	Anexo 2 - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante: Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná.....	133
	Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.....	134

APRESENTAÇÃO

Até 1988 a saúde bucal praticamente inexistia no serviço de saúde público brasileiro. Historicamente, até os anos de 1950 existia apenas a Odontologia de mercado, praticada restritamente nas clínicas particulares, exercendo uma atividade puramente curativa e individual. Por esta razão, por um longo período a Odontologia destacou-se pela prática iatrogênica e mutiladora, com caráter elitista e voltado para os interesses do setor privado, inclusive reproduzindo estas características no âmbito público (BRASIL, 2006a).

Durante anos a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, caracterizava-se por ações de baixa complexidade. O acesso era extremamente difícil, restrito e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor (BRASIL, 2006a). Esta demora na procura ao atendimento, aliado aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica. As ações eram fragmentadas e não atendiam a população integralmente, sendo considerada como uma das áreas da saúde de extrema exclusão social (PUCCA JR et al., 2010).

Fato este reverberado pelas políticas públicas de saúde, que não contemplavam as necessidades e as questões de saúde bucal postas pela enorme demanda muito reprimida e desassistida. Neste estudo, a *Evolução das Políticas de Saúde e a Institucionalização da Saúde Bucal no Brasil*, estarão melhores descritas no Capítulo 1 *Referencial teórico – A Saúde Bucal no SUS*, Subtítulos 1.1 e 1.2, respectivamente.

Apesar da expansão do serviço odontológico observada com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), havia ainda no início da década de 1990 uma enorme defasagem na discussão entre o SUS e a saúde bucal. Porém, ainda assim, houve um grande avanço social e político. O arcabouço jurídico-institucional do SUS, definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal, bem como criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor (BRASIL, 2006a; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Nesse contexto, a inserção do odontólogo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano 2000, assinala um dos primeiros movimentos de entrada da saúde bucal na agenda da saúde federal. E a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004,

intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004b).

Decorridos 15 anos da implantação do Brasil Sorridente, é possível afirmar que houve a preocupação em expandir as ações com equidade na distribuição das unidades e na construção da rede de saúde bucal em todo o território nacional. Buscou-se, entre outros, a reorganização da atenção básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação da média complexidade e da oferta de próteses, o investimento na alta complexidade, além da expansão das ações de promoção e prevenção, de vigilância e monitoramento e de integração ensino-serviço-comunidade (SANTIAGO et al., 2016). Esta política provou ser sustentável, criou raízes e está se expandindo no SUS. No entanto, vários desafios estão à frente, que podem ser superados com a consolidação contínua da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), investimento em recursos humanos, bem como mudanças nos aspectos sociais e culturais, pois a saúde bucal ainda não é claramente percebida como um direito da sociedade (PUCCA JR et al., 2015).

A PNSB, que será explorada no Capítulo 1, Subtítulo 1.3 deste estudo, tem trazido resultados favoráveis e visíveis em prol da melhoria das condições de saúde bucal. Exemplo dessa evolução é o aumento dos procedimentos odontológicos especializados realizados pelo serviço público. Em 2003, apenas 3,3% eram tratamentos especializados, a quase totalidade eram procedimentos mais simples, como extrações, restaurações menos complexas e aplicação de flúor e em 2010 esta porcentagem sobe para 11,5% dos procedimentos realizados (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (MS) entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, ampliou o acesso aos serviços odontológicos para todas as faixas etárias, e atuou na melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, com a oferta de mais serviços, assegurando o atendimento na média e alta complexidade na área de saúde bucal. Incentivou estados e municípios a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionariam como unidades de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, oferecendo procedimentos mais complexos e conclusivos, complementares aos realizados na atenção básica (BRASIL, 2006a). Conteúdos sobre a *Média Complexidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*, se apresentam ao longo desta dissertação, e podem ser explorados no Subtítulo 1.3.2.

Porém, por muito tempo se praticou os sistemas fragmentados de atenção à saúde

sendo estes organizados por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados. Em contraponto a esta realidade, surge a proposta do atendimento por meio do modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010), e no Paraná no âmbito da saúde bucal, a RASB (PARANÁ, 2015). O atendimento em rede propõe garantir a mudança do paradigma do modelo cirúrgico-restaurador para um modelo que atue na promoção de saúde, favorecendo o acolhimento universal, garantindo o acesso, e fortalecendo as unidades de saúde com cuidado integral às pessoas (MENDES, 2011).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica. Este modelo é caracterizado pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação e porta de entrada na atenção básica (AB) (BRASIL, 2010).

O arranjo organizacional dos serviços em rede remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração desses serviços assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Martins, Artmann e Rivera (2012), referenciando ao teórico de linguagem Habermas, afirmam que a constituição dos novos arranjos institucionais busca a maximização dos recursos disponíveis e a integração de competências e de conhecimentos entre os atores e as organizações, contribuindo para a criação de confiança entre eles.

No Brasil, o tema das RAS é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de RAS indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS (MENDES, 2010). Este tema será apresentado no Subtítulo 1.4 *Redes de Atenção à Saúde*.

A atual conjuntura do SUS reorganizou-se a partir da implantação das RAS, provocando mudanças nos fluxos e nos atendimentos à população usuária dos serviços públicos

de saúde. Para tanto, foram definidas para cada região de saúde as referências das redes implantadas (PARANÁ, 2015), destaca-se no presente estudo a *Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)* abordada a partir do Subtítulo 1.4.1 do Capítulo 1.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), no ano de 2011, iniciou a implantação das RAS, a partir da definição de prioridades e implementação de ações que buscam dar realidade a estas, e definiu como prioritárias as seguintes redes: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência (Paraná Urgência). No ano de 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal, sugere como política pública para o estado do Paraná a sexta rede, denominada Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) (PARANÁ, 2016; DITTERICH et al., 2019). Esta será abordada no Subtítulo 1.4.2 - *A Rede de Atenção à Saúde Bucal no Paraná*.

Com a contextualização apresentada, observa-se que a construção de uma RASB exige a implantação de diversos pontos de atenção, que garantam o acesso aos diferentes níveis de complexidade, e que busquem manter a integralidade do cuidado aos usuários (PINTO et al., 2016). Sendo assim, com o crescente interesse e preocupação com as desigualdades em saúde, a qualidade dos serviços prestados, o acesso e a integralidade, é fundamental analisar os modelos de organização dos serviços de saúde, e a interface entre a atenção básica, média e alta complexidade, bem como de que maneira ocorre o *Cuidado Integral em Saúde Bucal* nesta rede de atenção, destacado no Subtítulo 1.5 deste estudo.

O interesse pelo tema de estudo justifica-se na medida em que a pesquisadora principal, a qual coordena um CEO regional do estado do Paraná, percebeu o movimento dos usuários pelos serviços, e que estes estavam sendo beneficiados pela rede de assistência odontológica. Verificou-se que os usuários eram referenciados para este CEO, e que de volta às unidades básicas de saúde os mesmos concluíam o tratamento e recebiam alta. Outrora, eles teriam seus dentes extraídos, mas agora estavam usufruindo da oportunidade de tratá-los.

Além disso, considerando que os pontos de atenção à saúde são os nós da rede de atenção, conforme afirma Mendes (2011), compreender como estes se articulam dentro da RASB, e qual é o papel da média complexidade no processo de regionalização por meio dos CEO, é pertinente para a consolidação do modelo. Isso possibilitará identificar os nós críticos, com vistas ao aprimoramento da interação entre os níveis de atenção, garantia de cuidado integral em saúde bucal, e propondo medidas para a consolidação de uma rede de atenção eficiente e eficaz.

Desta forma, o *Objetivo* desta pesquisa é compreender o papel do CEO para a organização de uma rede regionalizada de atenção à saúde bucal, estando seus *Objetivos Específicos* também apresentados no Capítulo 2.

O *Percurso Metodológico* que se percorreu para o desenvolvimento desta pesquisa está apresentado no Capítulo 3 deste trabalho, apresenta-se a descrição da metodologia utilizada, que é uma explicação de toda ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa. Também estão descritos o método explorado para a apresentação dos resultados, o local e os participantes do estudo, a coleta e análise dos dados, bem como os preceitos éticos respeitados.

Os *Resultados* por sua vez, estão apresentados no Capítulo 4, na forma de três manuscritos científicos, conforme os objetivos específicos desta dissertação. Estes possuem introdução, metodologia, descrição e análise dos resultados, discussão com outros resultados de autores citados neste estudo, considerações finais e bibliografias próprias. Os manuscritos são: Manuscrito 1. *A organização da Rede de Saúde Bucal em uma região de saúde do Paraná na perspectiva dos profissionais de Odontologia*; Manuscrito 2. *O cuidado integral na rede de atenção à saúde bucal*; Manuscrito 3. *O Centro de Especialidades Odontológicas como ponto de atenção na Rede de Saúde Bucal numa região do Paraná*.

Enfim, no Capítulo 5 são apresentadas as *Considerações Finais* a que se chegou com o desenvolvimento deste estudo.

1 REFERENCIAL TEÓRICO - A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A saúde bucal está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira, e às tendências norte-americanas de organização do serviço na área, e para compreendê-la, é necessário resgatar o desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006a). Historicamente, movimentos de transformação das práticas sanitárias aconteceram em decorrência da forma como o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população. Ou conforme um serviço está compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Neste caso a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado (PAIM, 2006). Dessa forma, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época (PAIM; ALMEIDA, 1998).

Nos primeiros tempos do Brasil Colônia e posteriormente na Fase Imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença. A população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do mundo (RONCALLI, 2000).

A afirmação de Paim e Almeida (1998) supracitada, é exemplificada pelo marco da Proclamação da República no Brasil, em 1889, quando se inaugura um padrão de articulação da formação social brasileira com sociedades capitalistas avançadas, no qual se reforça a economia exportadora e, paralelamente, a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. As práticas sanitárias daquela época visavam, fundamentalmente, ao controle do conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas no espaço da cidade e de outras áreas do campo.

A crise social e sanitária que se instaurou nos anos seguintes tornou-se muito pronunciada, em razão das penosas condições em que se realizaram a industrialização e a urbanização do país. O período de 1930 a 1945 constitui o início da previdência social brasileira, em que prevaleceu a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passou a ser secundária e provisória.

Posteriormente os IAP foram concentrados e substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, visando à uniformização dos benefícios (BRASIL, 2006a). Já na metade da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável (RONCALLI, 2000).

Esses sistemas configuraram um quadro de exclusão, de desigualdade e de poucos recursos, o que ocasionou, também, em 1977, a hegemonia do modelo médico assistencial, resultando no financiamento pelo Estado do setor privado nacional, e do setor privado internacional. A visão predominante nesse contexto era a curativa, individual, médico-hospitalar e centralizada (BRASIL, 2006a).

Com o problema da exclusão de grande parte da população em 1978, foi evidenciada a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a ideia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada por movimentos contra hegemônicos, formados após a proposta internacional dos cuidados primários (BRASIL, 2006a).

Ao final dos anos de 1970 surge, o Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas. Este movimento foi divulgando suas ideias e incorporando aliados como lideranças políticas, sindicais, lideranças populares, parlamentares e técnicos de instituições oficiais de saúde. O marco referencial deste movimento se daria em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde. O movimento pela Reforma Sanitária representado pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de sistema único de saúde, o qual seria racional, de natureza pública, universal e descentralizado (RONCALLI, 2000). Para Werneck (1998), foi com uma ideia mais abrangente de saúde que se concretizou o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar o *déficit* de oferta de saúde à população.

Com a Constituição Federal de 1988 houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do SUS. O sistema trouxe uma nova

formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2006a).

A Seção de Saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e n. 8.142 de 1990 constituem respectivamente as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS. A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi a ruptura da organização que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos, havia a saúde previdenciária a que tinham direitos os portadores da carteirinha do Inamps, para os não incluídos, restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes (BRASIL, 2011a).

Esses textos definiram um conceito ampliado de saúde e apontaram para as estratégias de organização e controle das ações e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população. Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1998).

1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Com relação à Odontologia, até os anos de 1950, o modelo de assistência odontológica hegemônico era exclusivamente a Odontologia de mercado. Ela era praticada de forma liberal no espaço restrito da clínica e centrada no indivíduo doente que seguia os padrões assistenciais da medicina, refletida na disseminação da política de higiene escolar tendo como reflexo a entrada da Odontologia nas escolas. Reproduzia-se o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana, adotado nas universidades brasileiras. Essa prática é baseada no paradigma cientificista ou flexneriano que privilegiava o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde (RONCALLI, 2000). Para Narvai (2006) a Odontologia de mercado, a exemplo do modelo hospitalocêntrico, jamais perdeu a hegemonia.

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada cobrindo a maior parte da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), depois IAP, oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência *versus* saúde pública (BRASIL, 2006a). Para Roncalli (2000), o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado. Mesmo assim, a assistência planejada, voltada para os escolares, introduzida pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (BRASIL, 2006a).

Diante desse cenário, a institucionalização da saúde bucal no Brasil aconteceu em três momentos (BRASIL, 2006b), resumidamente descritos a seguir.

Primeiro momento: Odontologia sanitária e o Sistema Incremental. Segundo Chaves (1960, apud NARVAI, 2006), a Odontologia sanitária é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral da comunidade. Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população. A ideia de que Odontologia sanitária é de trabalho organizado na comunidade e para a comunidade.

A principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado Sistema

Incremental (SI) (NARVAI, 2006). Na década de 1950, com o desenvolvimento de atividades da FSESP, tem-se o início da estruturação de atividades odontológicas preventivas com base em programas com duas modalidades práticas. O SI ficou conhecido por sua característica difásica, ou seja, era composto por uma fase preventiva e uma fase curativa. A fase preventiva procurava reduzir a incidência por meio de medidas como a fluoretação das águas ou aplicações tópicas de flúor. Na fase curativa se procurava reduzir o acúmulo de necessidades (RONCALLI, 2000). Este modelo priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau (6-14 anos), por permitir um trabalho sistemático e uma ação dinâmica oferecendo tratamento no próprio local de ensino, com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico (BRASIL, 2006b).

A lógica do SI passa a prever a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993 apud BRASIL, 2006a).

Este sistema se manteve hegemônico no Brasil por mais de quarenta anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia, porém reduzido aos programas odontológicos que atingiam apenas os grupos de escolares. Para Chaves (1960, apud NARVAI, 2006, p. 143), a “Odontologia sanitária perdeu a noção de trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade”.

Na década de 1970 este modelo começa a sofrer críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados. Apresentava-se como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua eficácia, pois fundamentava-se na evidência epidemiológica de que a cárie dentária aumenta com idade, quanto da sua abrangência e cobertura, pois outras faixas etárias foram esquecidas ou timidamente assistidas (RONCALLI, 2000). Assim, esta prática caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador/restaurador e da baixíssima resolutividade, mantendo a característica de um sistema de exclusão (WERNECK, 1998). A Odontologia sanitária teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a Odontologia de mercado - e fracassou (NARVAI, 2006).

O segundo momento da institucionalização da saúde bucal no Brasil foi o período de atuação da Odontologia simplificada e da Odontologia integral. Instituído ao final dos anos de 1970, este modelo enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber (BRASIL, 2006b).

Com o problema da exclusão de grande parte da população, em 1978, foi evidenciada a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a ideia da Odontologia simplificada para populações marginalizadas, preconizada por movimentos contra hegemônicos, formados após a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata (BRASIL, 2006a).

Tendo surgido como modelos alternativos, a Odontologia simplificada e a Odontologia integral geraram clones por todo o País, porém na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do incremental, e não se consolidaram, a não ser em algumas experiências pontuais (RONCALLI, 2000).

O terceiro momento se deu com a utilização do Programa de Inversão da Atenção (PIA). Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária (BRASIL, 2006b). Essa proposta fez com que a atenção curativa clássica e eminentemente restauradora perdesse a centralidade programática para a então concebida atenção curativa “adequadora”. Nesta, a finalidade maior do ato curativo passa a ser a busca da estabilização do meio bucal dos usuários dos serviços, promovida mediante a remoção dos processos infecciosos existentes, a fim de criar, no mínimo, condições biológicas para maior eficácia da aplicação dos métodos preventivos conjugados. Criam-se assim condições para a redução drástica da incidência (casos novos) de cárie, o que possibilita, para além do precioso impacto epidemiológico, tornar exequível o atendimento restaurador definitivo e a ampliação da cobertura (BRASIL, 2006a).

A inversão conseguiu fazer com que a limitada atenção curativa assumisse o caráter preventivo avançado, integralizando cada vez mais a prática clínica (BRASIL, 2006a). Comparado ao SI, o PIA orienta-se pela prioridade de controlar a doença com conceitos

modernos de prevenção e educação em saúde. Por isso, tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Em resumo, o PIA conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto permaneceu com a prioridade de prestação de serviços a um grupo restrito (RONCALLI, 2000). Esse modelo necessitava de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico. Consequentemente, os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados teoricamente por este sistema não foram seguidos, já que apenas um único grupo populacional foi atingido (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Assim, a saúde bucal tornou-se reflexo desse contexto, com o agravante de, historicamente, apresentar sistemas de prestação de serviços odontológicos deficientes aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora, contribuindo para a crescente perda de dentes (BRASIL, 2006a). Além disso, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/1998, constatou-se que o SUS financiou 24,2% dos atendimentos odontológicos, uma proporção que contrasta com a percentagem bem mais elevada dos atendimentos de saúde não-odontológicos em que 52,4% foram realizados pelo serviço público, portanto a participação do SUS nos atendimentos odontológicos ainda é muito mais baixa do que na atenção médica (ANTUNES; NARVAI, 2010).

De acordo com Franco (2017), nas últimas décadas houve avanços em ações e programas, e também no crescimento real dos recursos financeiros destinados pelo governo federal para a saúde bucal, porém, esses repasses apresentaram estabilização e queda nos últimos anos. Os repasses financeiros do governo federal específicos para a saúde bucal variaram de 0,20% em 2001 para até 1,78% em 2012, do repasse total destinado para a saúde pública. Na média, os repasses do governo federal para saúde bucal representam 1,40% dos valores totais repassados.

Observa-se então, a pequena expressão da saúde bucal no contexto da saúde brasileira. O primeiro movimento para a sua entrada na agenda federal acontece quando a saúde bucal é incluída como meta nos novos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 por meio da Portaria GM /MS n.º 1.886 de dezembro de 1997, que antecedeu a formação das primeiras equipes de saúde da família (BRASIL, 2006a). De acordo com esta portaria, os agentes podiam realizar dentre suas atribuições, atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil (BRASIL, 1997).

Em 1994, o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF), a base operacional

do programa centraliza-se no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar (BRASIL, 2006a). Para a Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, o PSF surge para alterar o modelo hospitalocêntrico e propor a humanização do atendimento e integração entre as ações clínicas e de coletividade (BRASIL, 1997). O interessante é que apesar do PSF ter se iniciado em 1994, somente com a regulamentação da Portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que se estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios é que a Odontologia foi inserida no mesmo, demonstrando até então, a sua pouca representatividade no conjunto das ações de saúde. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentados pela Portaria GM/MS n.º 267, de 06 de março de 2001 (BRASIL, 2006a).

Apesar desta formação das equipes de saúde bucal ter ocorrido tardiamente, a inclusão da Odontologia contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore efetivamente as condições de vida dos brasileiros (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). A inserção do dentista nas equipes de saúde da família é parte essencial da estruturação dos serviços do SUS. Inclusive, nas últimas décadas houve o aumento de profissionais com vínculo público, sobretudo com o crescimento expressivo de postos de trabalho na rede pública de serviços de Odontologia. A participação do dentista do PSF e o surgimento dos CEO na rede do SUS, têm grande impacto nesses números (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Na concepção teórica desse modelo, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa. A ampliação das equipes de saúde bucal, representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho na atenção básica, e para a atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

O PSF deve seguir seus princípios iniciais para conseguir reorganizar a saúde pública e atingir sua meta principal, de promover condições ideais de vida e saúde para a população brasileira, de forma integral e universal. Logo, é indispensável tornar disponíveis os serviços de referência e contrarreferência atualizados para o atendimento da população, contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação e manter o número pré-estabelecido de equipes de acordo com o número de famílias adscritas, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

A partir dos anos 80, Narvai (2006) assinalava o perceptível aumento da frequência da expressão saúde bucal coletiva em publicações científicas e técnicas. Passou-se a falar, sob evidente influência do movimento da saúde coletiva, em “saúde bucal coletiva”. Este assinala ainda que a ruptura com a Odontologia de mercado, que a saúde bucal coletiva pretende operar, implica romper com a prática odontológica hegemônica assentada nos aspectos biológicos e individuais, e que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais. Tal ruptura requer o desenvolvimento do trabalho odontológico a partir das necessidades das pessoas (de todas as pessoas) e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa, portanto, com o *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites.

Porém, o Brasil era frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária. E, diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o MS iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema. Foi criado um subcomitê responsável pela elaboração de um projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil¹. Além de embasar, do ponto de vista epidemiológico, a elaboração das Diretrizes da Política Nacional, este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 (BRASIL, 2006a).

Neste levantamento observou-se que somente entre as crianças de 12 anos, a meta da OMS foi atingida, ainda assim a cárie nesta idade representava um grave problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais e com cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença sem tratamento. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (Índice CPO-D) aos 12 anos era de 2,78, e segundo a OMS um país para ser considerado como possuidor de baixa prevalência de cárie, este índice deve ser entre 1,2 e 2,6 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012a). Com relação às demais metas, os resultados obtidos encontravam-se distantes do que foi estipulado pela OMS (BRASIL, 2006a).

Esses indicadores são semelhantes aos da saúde de forma geral. Trata-se de um país com um quadro de morbimortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do

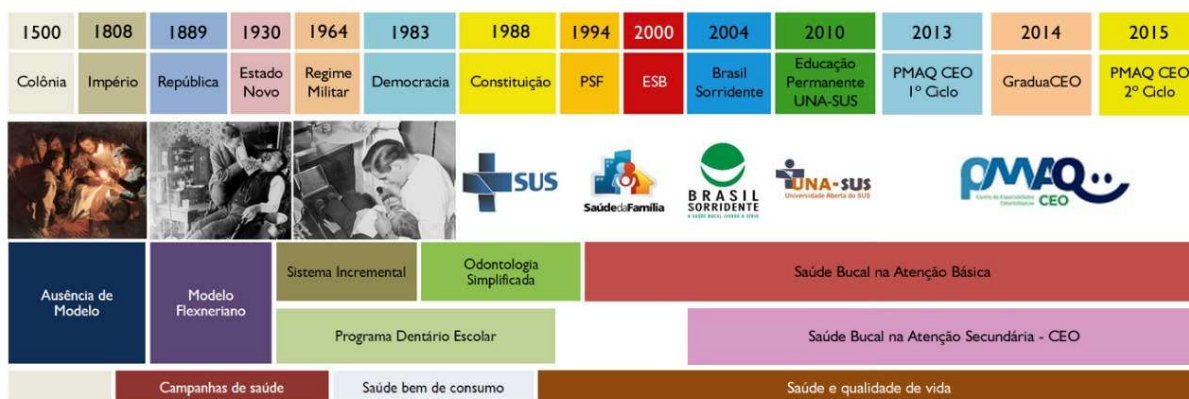
¹ O SB Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizado no período de 1999 a 2003 teve o objetivo de traçar o perfil de saúde bucal no Brasil, a fim de subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS.

Estado no combate a essas desigualdades (RONCALLI, 2000). Antunes e Narvai (2010) afirmam que a Odontologia chegou ao final do século XX dominando as doenças mais frequentes da área estomatológica (especialmente a cárie e a doença periodontal), e tem percorrido de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela.

Sendo assim, tendo como principal objetivo superar as desigualdades trazidas pela lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento odontológico, o abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população, e considerando que não havia uma política nacional para o setor, foram finalmente estabelecidas em 2004, no Brasil, as diretrizes da atual política (BRASIL, 2004b), abordada no subtítulo a seguir.

Diante do breve relato sobre a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, torna-se importante situar-se no tempo e no espaço o histórico, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil:



Fonte: VASCONCELOS; FRATUCCI (2014), adaptado pela autora.

Diante do exposto, destaca-se que as formas de organização em propostas ou modelos, ou mesmo a ausência destes, condicionam os modos de planejamento dos serviços, suas articulações, seu desenvolvimento e sua avaliação (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2014).

1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB) – BRASIL SORRIDENTE

Em 2004 o MS lança a PNSB – Programa Brasil Sorridente, que surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros. Sua principal meta é a organização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da atenção básica, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Suas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, e apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Tem o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004b). Destaca-se:

- O cuidado como eixo de reorientação do modelo;
- A humanização do processo de trabalho;
- A corresponsabilização dos serviços;
- O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso;
- Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2004b).

No que diz respeito à institucionalização da PNSB, deve ser mencionado que as políticas públicas de saúde bucal anteriores eram em grande parte ineficazes, porque não foram apoiadas pela vontade política necessária e eram subfinanciadas. Depois de 2004, no entanto, o papel de cada nível de atenção e a interação necessária entre diferentes setores foram claramente definidos por meio de leis e diretrizes. A necessidade de planejar e executar ações para superar as diferenças regionais também se tornou aparente (PUCCA JR et al., 2015)

Para o MS esta política, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do SUS (BRASIL, 2006a).

Este novo sistema público de atendimento odontológico apresenta-se com as principais linhas de ação:

A- A viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de água de abastecimento público;

B- A reorganização da atenção básica, principalmente por meio ESF;

C- A ampliação e qualificação da média complexidade, por meio da implantação dos CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004b).

No período que antecedeu a divulgação dessa política, aconteceram vários movimentos sociais na saúde, bem como movimentos de diversos setores da sociedade como aqueles vinculados aos sindicatos progressistas, à militância estudantil, aos professores e pesquisadores que atuam no entrecruzamento da Odontologia com a saúde coletiva, bem como por equipes de saúde pública, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MOYSÉS, 2013). Estes atores foram mobilizados por profissionais da área, comprometidos com a mudança do panorama até então existente, além da própria sociedade, que se tornou mais atuante e exigente de seus direitos. E reforçam que a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de saúde bucal, são o caminho correto para a redução da desigualdade no país (RONCALLI, 2000).

O grande desafio tem sido conciliar as ações de prevenção, promoção de saúde e atendimento. A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentivem a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de prevenção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer). Por meio promoção de políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2006a).

Para tanto, a política de saúde bucal busca progressivas articulações transversais em ações dentro do MS junto a outros ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das

iniquidades e gerar acesso para populações em situação de vulnerabilidade, como Rede Cegonha, Plano Brasil sem Miséria, Programa Saúde na Escola, Programa Viver sem Limite (para pessoas com deficiência), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e ações dirigidas para população indígena, população negra e quilombolas, assentamentos e população rural, população ribeirinha, população idosa, população encarcerada e população em situação de rua (MOYSÉS, 2013).

Por meio de um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, promove a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde e demais políticas públicas. Entende-se que esta política é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população, tornando possível a realização de ações conjuntas, uma vez que demandas de saúde bucal e doenças sistêmicas não possuem fronteiras e propiciar saúde bucal significa propiciar saúde geral (BRASIL, 2018).

A rede assistencial de saúde bucal não deve articular apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multi/interdisciplinares, multi/interprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas (BRASIL, 2018).

Atualmente, observa-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida, a fim de reverter a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas, até então colocadas de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

A expansão e criação dos serviços odontológicos reorientou completamente o modelo assistencial. A PNSB possibilitou um esforço conjunto para substituir equipamentos sucateados, e expandir a infraestrutura física da rede de assistência que estava sendo construída, melhorando a “capacidade instalada”, com a contratação de profissionais para atender às necessidades dos usuários em todos os níveis de atendimento. Possibilitando uma rede de assistência à saúde bucal baseada nos preceitos da saúde da família (PUCCA JR et al., 2015)

Vale ressaltar que este é um processo em construção e que a rede de atenção em saúde bucal precisa ser ampliada, aprimorada e sedimentada para que a PNSB se transforme

em uma política de estado e não de governos que se sucedem, e com isto resista como política perene principalmente em épocas de crise econômica e política (PUCCA JR et al., 2015).

1.3.1 Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

A proposição pelo MS das diretrizes para a PNSB tem na atenção básica (AB), um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível primário é o primeiro desafio a que se lança o Brasil Sorridente, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Em 1994, com a adoção do PSF como estratégia do SUS, tomou-se por base o núcleo familiar, no sentido de possibilitar o efetivo acesso à saúde pública. Propôs-se a reorganização da atenção básica com a garantia de existência de um serviço de referência e contrarreferência eficiente que assegure a integralidade das ações em saúde (BRASIL, 2006a), inclusive em saúde bucal.

Desde o surgimento do conceito de atenção primária à saúde (APS), na Conferência de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. No Brasil, o MS tem denominado atenção primária como atenção básica, definindo-a como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tem a centralização na família, remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família como espaço singular (BRASIL, 2006b).

Considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, a AB busca a promoção de saúde como estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida, de condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, além de acesso a bens e serviços essenciais, como prevenção, tratamento de doenças, e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

À AB compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (BRASIL, 2006a), e tem como fundamentos:

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com

território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade;

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a integralidade do cuidado;

IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a, p. 12).

O investimento em saúde bucal e a inserção do dentista nas equipes ESF são essenciais para a estruturação dos serviços do SUS (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). De 2004 a 2014 o Brasil Sorridente investiu mais de R\$ 5 milhões em pesquisa científica, em parceria com universidades e centros de pesquisa. E este investimento foi considerado estratégico para fortalecer a política de saúde, incluindo o financiamento de estudos científicos que fornecem informações para tomada de decisões, e treinamento de membros da equipe de saúde.

No mesmo período cresceu em 50% o número de cirurgiões-dentistas no SUS. Esses profissionais estão distribuídos entre os três níveis de atenção à saúde, formando uma rede de atenção complexa. Como resultado desse investimento, Pucca Jr et al. (2015), estimou que, em 2020, 30.000 profissionais de saúde bucal (incluindo dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) estariam atuando no SUS.

Uma prova de que as novas medidas têm funcionado são os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010. Esta pesquisa revelou que as equipes de saúde bucal passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010, as quais possuem seu foco de atenção na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde com uma visão integralista (BRASIL, 2004b). Em 2015, existiam 23.940 dessas equipes em 4.978 cidades, havia pelo menos uma equipe de saúde bucal (ESB) em 89,5% das cidades brasileiras (PUCCA JR et al., 2015).

Se faz necessário, também, investimentos que aumentem o acesso aos níveis de

média e alta complexidade em saúde bucal. Embora o acesso dos brasileiros ao serviço público odontológico tenha melhorado nos últimos anos, de acordo com os dados da SB Brasil 2010, há ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados (BRASIL, 2012a).

Narvai (2017), aponta uma inquietude que se instala diante das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal. Para isto, o MS deixou livre a aplicação de recursos transferidos pelo governo federal a esses entes federativos. Conforme alertaram entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Cebes, a PNAB republicada em 2017, revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS, pois institui financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais (por exemplo, com a presença de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal). Fica, portanto, aberta a possibilidade de um município organizar seu sistema público de saúde sem incluir a saúde bucal. Tendo em vista o modelo hospitalocêntrico que persiste no SUS, é grande o risco de recursos públicos da saúde diminuírem ainda mais para áreas como a saúde bucal (NARVAI, 2017).

Esta ação pode acarretar o fim do Brasil Sorridente tal como o conhecemos, e que foi aplaudido e reconhecido internacionalmente, como uma experiência extraordinária que pode ser imitada e adaptado às condições de outros países e outras condições de saúde e sistemas de atendimento, evidentemente (PUCCA JR et al., 2015).

1.3.2 Média complexidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Anterior ao Brasil Sorridente, a assistência odontológica em serviços públicos restringia-se quase que exclusivamente aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida (BRASIL, 2004a). Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS de 2002 indicavam que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

O país não possuía rede de atenção especializada (PUCCA JR et al., 2015). Era evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis especializados (BRASIL, 2004b).

A partir dos resultados do SB Brasil de 2003 ficou evidente a necessidade da organização da atenção especializada em Odontologia (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2018). Segundo Figueiredo e Goes (2009), os dados apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos, e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, a estratégia adotada pelo MS por meio da PNSB foi a implantação de CEO, que visam garantir uma linha completa de cuidados (BRASIL, 2006b; PUCCA JR et al., 2015).

Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos CEO pela Portaria n.º 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, bem como estabelecida sua forma de financiamento por meio da Portaria n.º 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, com vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. As Portarias n.º 599/GM e n.º 600/GM, ambas de 2006, atualizadas pela Portaria n.º 1.341, de 13 de junho de 2012, representam o arcabouço jurídico que normatizam a implantação e o financiamento dessas unidades de saúde (BRASIL, 2006c). Segundo estas, os CEO são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I - Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II - Periodontia especializada;

III - Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - Endodontia; e

V - Atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006c).

Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e, CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO (BRASIL, 2006c).

A unidade habilitada deve atender às seguintes condições:

I- Ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR);

II- Ser unidade de saúde cadastrada no CNES, e;

III- Dispor dos equipamentos e recursos exigidos, que estejam exclusivamente a serviço do SUS.

Os CEO devem realizar produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011, de acordo com o tipo de CEO, conforme apresenta no Quadro 1. O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio do SIA/SUS (BRASIL, 2011b).

Quadro 1 – Produção mínima das atividades (nº de procedimentos) de acordo com os tipos de CEO (I, II e III):

TIPO DE CEO	PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL			
	PROCEDIMENTOS BÁSICOS (pacientes com necessidades especiais)	PERIODONTIA	ENDODONTIA	CIRURGIA
I	80	60	35	80
II	110	90	60	90
III	190	150	95	170

Fonte: BRASIL (2011b).

Além das especialidades mínimas, o CEO pode oferecer: Odontopediatria, Ortodontia, Implantodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Prótese Dentária, entre outras, a critério do gestor municipal, conforme as necessidades do município (BRASIL, 2011b).

Com a implantação destes CEO a população passa a ter acesso aos serviços odontológicos especializados no âmbito do SUS. O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na ESF, pelas equipes de saúde bucal (SILVA et al., 2016).

Em função do modelo proposto pela PNSB, os CEO se configuram como pontos de atenção com especificidades definidas no campo das especialidades, mas que, para funcionar, necessitam estar integrados com a rede de serviços à qual pertencem (SANTIAGO et al., 2016). Se inserem no conceito da atenção em clínica ampliada, ou seja, um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito da família e da comunidade. Neste cenário, os CEO representam uma inovação na PNSB (SILVA et al., 2016). Estudo recente revela avanços, tais como a ampliação da oferta, da cobertura e da utilização destes serviços, até janeiro de 2015, já haviam 1.030 CEO registrado do país (PUCCA JR et al., 2015).

Porém alguns aspectos necessitam ser melhor conhecidos, como a formação dos recursos humanos, e principalmente a dificuldade em se efetivar a interface entre atenção básica e especializada em saúde bucal (SILVA et al., 2016).

1.3.3 Alta Complexidade em Odontologia

Pouco se tem estudado sobre a alta complexidade em saúde bucal, sendo escassas as publicações a respeito. Tomando como referência a Tabela Unificada do SIA/SUS e Autorização Hospitalar (AIH), pode-se compreender a alta complexidade em Odontologia como um conjunto de serviços tanto ambulatoriais quanto hospitalares, contemplando os seguintes procedimentos odontológicos: ortodontia, prótese e cirurgia em pacientes com anomalias craniofaciais e fissuras labiopalatais e implantes dentários (FIGUEIREDO et al., 2012).

Uma vez que a atenção básica esteja estruturada e os serviços de média complexidade estejam em vigor, os serviços de alta complexidade tiveram que ser organizados. Serviços de alta complexidade abrangem atendimento hospitalar de pacientes internados com tumores maxilofaciais benignos, necessidades especiais de pacientes que necessitam de tratamento sob anestesia geral, atendimento a pacientes em quimioterapia ou radioterapia, provisão de próteses maxilofaciais e pacientes crônicos internados por procedimentos clínicos (PUCCA JR et al., 2015).

O atendimento odontológico nos hospitais direciona-se prioritariamente aos portadores de trauma bucomaxilofacial, embora outros casos também exijam atuação intra-hospitalar, como o atendimento a pacientes sob anestesia geral, dando suporte a rede especializada ambulatorial, e o atendimento a pacientes que, pela complexidade do agravo, não tenham condições momentâneas de atendimento ambulatorial ou necessitem de retaguarda hospitalar (FIGUEIREDO et al., 2012).

No caso de urgências e emergências odontológicas, o atendimento hospitalar deverá ser referenciado diretamente pela unidade de atenção básica. Contudo esses fatores devem estar em equilíbrio com critério do acesso aos serviços (PARANÁ, 2016).

1.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As necessidades de saúde da população brasileira na atualidade vêm se alterando em função das mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento da população, e também pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade (MENDES, 2011). E o SUS, quando organizado como um sistema fragmentado, dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde (LAVRAS, 2011). Para mudar esta realidade surge a proposta do atendimento por meio dos modelos de RAS (BRASIL, 2010).

Portanto, para uma ressignificação do SUS são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios (BRASIL, 2010). A descentralização da gestão do sistema de saúde implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal e estadual para os municípios. Isso ocorre mediante redefinição de funções e responsabilidades entre os níveis de governo, para a gestão do sistema de saúde (LUCENA et al., 2016).

A regionalização e a hierarquização, dizem respeito à forma de organização dos serviços de saúde. A regionalização implica a delimitação territorial, observando os espaços específicos para a organização de estabelecimentos que desenvolvam ações e serviços de saúde, é, portanto, estratégia para a organização do sistema de saúde. O objetivo é integrar esses serviços em rede de forma hierarquizada garantindo acesso, acolhimento e integralidade no cuidado (LUCENA et al., 2016).

Nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido ativamente estimuladas com base no modelo ideal de integração descrito, que teria como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência dos sistemas (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

No Brasil, apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo, e de modelos de redes terem sido implementados a partir de iniciativas isoladas em alguns estados do país, esta foi incorporada oficialmente ao SUS apenas em 2010, a partir da Portaria Ministerial n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010, e do Decreto Federal n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que complementaram a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990. Esta Portaria de 2010, estabelece

diretrizes para a organização da RAS, sendo definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 1).

Por sua vez o Decreto n.º 7.508 estabelece os conceitos relativos a “Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (PARANÁ, 2015, p. 8). O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, entre elas destacamos a atenção básica, e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (PARANÁ, 2015). Esta nova orientação encontrou amparo em um processo consistente de organização e fortalecimento da atenção básica (LUCENA et al., 2016).

O objetivo da RAS é “promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p. 1). Aí consiste o desafio de construir um sistema integrado que consiga articular suas práticas em âmbito regional, respeitando a autonomia de gestão de cada município. A estruturação da RAS, apresenta-se como um caminho possível visando a consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011).

Estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção básica, atenção de média complexidade ambulatorial e hospitalar) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição), com formação de relações horizontais entre os pontos de atenção (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, de implementar e avaliar as intervenções

sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para estas pessoas. Na concepção de Moysés (2013) sobre a RAS, cabe à AB/ESF a responsabilidade de articular-se com a população. Desse modo, não é possível falar de uma função coordenadora das RAS ou de gestão de base populacional se não houver, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e vínculo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habilitam territórios de vida. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população (e não somente da demanda que tende a favorecer populações mais abastadas em detrimento de populações vulneráveis), com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS.

Ainda de acordo com Mendes (2010) a estrutura operacional da RAS possui cinco componentes: o centro de comunicação na AB; os pontos de média e alta complexidade; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

Segundo o autor, o primeiro componente é a AB, que deve atuar como centro de comunicação da RAS, e deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes: a resolução, a capacidade para solucionar mais de 80% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população.

O segundo componente das redes de atenção à saúde são os pontos de média e alta complexidade, os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados por meio de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de alta complexidade mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção média complexidade e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010). Cabe destacar que, embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a atenção básica tem o papel fundamental de ordenador das RAS (BRASIL, 2018).

Um terceiro componente das RAS são os sistemas de apoio, estes são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à

saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O quarto componente são os sistemas logísticos, soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes. E o quinto componente são os sistemas de governança sendo estas diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos, já que cuida de governar as relações entre a atenção básica, média e alta complexidade, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Outro elemento constitutivo das RAS é o modelo de atenção à saúde, que consiste em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e sociedade (MENDES, 2010).

Quando o sistema de saúde se organiza por níveis de complexidade da atenção, pressupõe-se que não haja uma capacidade instalada igual em todos os pontos que o compõem, e desta forma distribuem-se as ações ao longo de toda rede e criam-se fluxos ordenados para os usuários (SILVA et al., 2016). Ainda, devem ser organizadas regiões de saúde intermunicipais, com o objetivo de possibilitar que municípios com melhor estrutura venham a oferecer solidariamente, serviços de saúde com maior complexidade para sua população, e para a população vizinha residente em municípios menos estruturados (LUCENA et al., 2016).

Conforme afirma Lavras (2011), a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida pelo Pacto de Gestão firmado entre os três gestores do SUS em 2006, e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da AB como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

O grande desafio parece estar na construção de um sistema integrado, que consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas (LAVRAS, 2011). Santiago et al. (2016), ainda afirmam que municípios de menor porte, acabam se constituindo um elo mais fraco da corrente,

o que torna desigual a implantação de redes regionalizadas de saúde, que acabam por reproduzir a polarização dos serviços, situando-se os de maior complexidade nos municípios de maior porte (mais ricos), perpetuando a dificuldade de acesso de grande parte da população aos mesmos. Porém, apesar da gravidade desta situação, a implantação das RAS vem favorecendo a superação destes problemas.

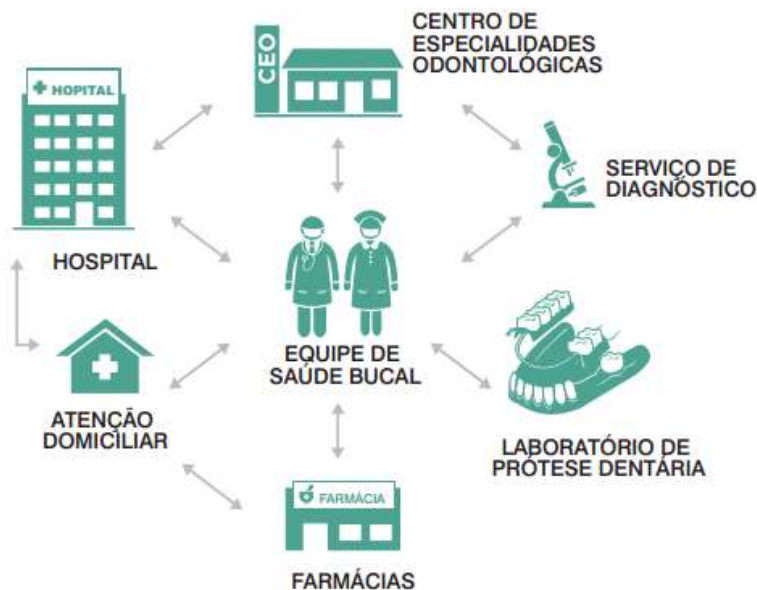
Em geral, os serviços de AB devem ser dispersos, ao contrário dos serviços de maior densidade tecnológica, como os centros especializados, hospitais, unidades de processamentos de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados. Portanto, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e a distância impõe menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011). A atenção especializada deve servir de referência para um conjunto de unidades básicas de saúde, disponibilizando atendimento pelos encaminhamentos por meio logísticos, como centrais de regulação e devem ser ofertados de forma hierarquizada e regionalizada, sustentando os princípios da regionalização e da hierarquização que, juntas, conformam a RAS e garantem atenção integral a todos os usuários (SILVA et al., 2016).

1.4.1 A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho da PNSB, delineada em 2004 a partir dos princípios do cuidado e da integralidade. Por meio de suas diretrizes, busca formas de superar com qualidade a fragmentação do sistema de saúde, considerando que a busca pela integração dos diferentes pontos dessa rede de serviços de saúde bucal delimita, orienta e organiza o fluxo dessa demanda (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006a; PINTO et al., 2016).

Na RASB, os serviços de AB são os ofertados nas unidades básicas de saúde (UBS), como pontos de atenção ambulatorial, os CEO e LRPD. As unidades de alta complexidade estão nos hospitais de referência, e as unidades de apoio, os Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as farmácias (BRASIL, 2018). Na Figura 2, ilustra-se a RASB e os pontos de atenção.

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB):



Fonte: BRASIL (2018).

O processo de trabalho dentro de uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para atuação dos serviços. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação da RASB. De acordo com esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por UBS/ESF, CEO, e unidades hospitalares de referência (BRASIL, 2018).

Esses pontos de atenção de saúde bucal se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização, apresentado no Quadro 2, os pontos de média complexidade, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de atenção hospitalar, nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2011).

Quadro 2 – Matriz de territorialização dos pontos de atenção à saúde bucal:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Área de abrangência/ Microárea
Média complexidade (ambulatorial)	Centros de Especialidades Odontológicas	Área de abrangência/ Microrregião
Alta complexidade (hospitalar)	Hospitais	Macrorregião

Fonte: MENDES (2011), adaptado pela autora.

Em saúde bucal, muitas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização, que devem ser enfrentados pela rede de atenção à saúde na mesma lógica relativa ao atendimento das condições agudas (PARANÁ, 2016, THOMAZ et al., 2016a). Como condições crônicas, a doença cárie e a doença periodontal podem ser controladas pela atenção básica, com ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e limitação dos agravos. Assim, a AB responde a 80% da atenção em saúde bucal. Na falta desse controle, ocorrerá a evolução e/ou agudização dessas condições crônicas, exigindo ações mais complexas, referenciadas para os CEO, com intervenções nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia e prótese. Tais procedimentos respondem, estimativamente, por 17% das necessidades de atenção em saúde bucal. Na alta complexidade, cujas atividades em unidades hospitalares de referência, serão atendidas pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento sob anestesia geral. Esses pacientes serão referenciados pela média complexidade ao tratamento convencional, sob anestesia geral, além de emergências odontológicas como traumas e hemorragias, que devem ser encaminhadas diretamente pela AB. Os atendimentos cirúrgicos a pacientes portadores de câncer bucal e com problemas complexos nos maxilares, correspondem a estimativamente 3% das necessidades da atenção em saúde bucal (PARANÁ, 2016).

Por se tratarem de serviço de média complexidade, os CEO requerem maior incorporação de equipamentos, insumos e materiais odontológicos, assim como de profissionais mais especializados em determinados problemas de saúde bucal. Sendo assim, os tratamentos realizados nesses serviços eram disponibilizados, de maneira geral, no âmbito privado, sendo dispendiosos e inacessíveis para a maior parte dos brasileiros. Por esta razão, a conquista do acesso de tais serviços pela população brasileira é de extrema importância, pois possibilita a continuidade dos tratamentos odontológicos, além de banir aqueles que durante anos foram exclusivamente mutiladores (MAGALHÃES et al., 2015).

Neste contexto, os CEO podem ser considerados como elementos-chave na configuração da RASB ao favorecer o acesso da população a procedimentos de maior complexidade tecnológica não contemplados na AB (PINTO et al., 2016). Porém, não se configuram como um ponto isolado nesta rede. Ao contrário, são parte dela, devendo ter como referência os princípios que a norteiam, que “buscam garantir a integralidade do cuidado” (SANTIAGO et al., 2016, p. 61).

Sendo assim, na lógica da regionalização, os CEO devem estar presentes nas regiões de saúde, em número proporcional à população residente, características territoriais e articulado

junto à oferta de procedimentos básicos, compondo uma rede assistencial em saúde bucal (LUCENA et al., 2016). A atuação dos CEO poderá ter abrangência municipal, mas preferencialmente sua abrangência deverá ser para uma região de saúde, dentro de um novo princípio de regionalização do SUS, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada Estado (PARANÁ, 2016). Na sequência apresenta-se como a RASB se encontra estruturada no estado do Paraná.

1.4.2 A Rede de Atenção à Saúde Bucal no Paraná

Desde o início da organização da atenção odontológica pelos estados, o Paraná tem se mostrado pioneiro na implementação de programas e políticas, sendo considerado exemplo de organização dos serviços odontológicos no Brasil (DITTERICH et al., 2019). A partir de 2011, opta em adotar o modelo de RAS na sua gestão e organização da atenção à saúde, compreendendo que o atual modelo de gestão estava ultrapassado devido ao seu modelo de cuidado fragmentado, criando as redes estaduais denominadas: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência (PARANÁ, 2016). No ano de 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal, sugere a implantação da RASB como a sexta rede, e política pública para o estado (DITTERICH et al., 2019).

A partir da definição das prioridades iniciou-se a implantação e implementação de ações que buscam dar realidade a essas redes, e apesar do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) capacitar somente as equipes da atenção básica, o desenho da rede como um todo tem sido discutido desde a primeira oficina, possibilitando repensar o dimensionamento dos serviços nos diferentes níveis e pontos de atenção (PINTO et al., 2016). Um dos objetivos da implantação das redes é a redução dos vazios assistenciais. Em algumas delas conseguiu-se avançar mais, em outras menos (PARANÁ, 2015).

As ações no âmbito da saúde no estado têm sido direcionadas para a consolidação das redes de atenção à saúde, estando a RASB inter-relacionada, articulada e construída de maneira integrada às demais (PINTO et al., 2016). Neste contexto de discussão ampliada, interprofissional e intersetorial, e rede está fundamentada no marco conceitual das RAS, proposta por Mendes (2011), e também se consolida a partir da implantação dos cinco componentes: atenção básica, média e alta complexidade, sistemas logísticos e sistema de governança da rede. O público-alvo da rede é toda população paranaense, que representa um universo de 11.433.957 pessoas, para as quais se pretende oferecer ações de saúde bucal para

melhorar a qualidade de vida (PARANÁ, 2016; IBGE, 2019).

No tocante aos cuidados de saúde bucal, a reorganização da AB e a capacitação dos profissionais da saúde bucal constituem diretrizes básicas estabelecidas pelo estado na Política Estadual de Saúde Bucal. A RASB é apresentada com o objetivo de proporcionar maior qualidade, eficiência e eficácia aos serviços públicos odontológicos oferecidos à população. Além disso, os componentes da rede buscam valorizar: os pontos de atenção, ou seja, os locais em que serão prestados os atendimentos à população, em todos os níveis de atenção; a estratificação de risco para problemas de saúde bucal; e a mudança da gestão do processo de trabalho, como processo de aperfeiçoamento contínuo (PARANÁ, 2019).

Todas as regiões de saúde do estado do Paraná, contam com serviços de atenção básica, urgência e emergência, e atenção psicossocial. Porém, as regiões de saúde têm níveis de complexidade diferentes. Há as que são quase totalmente resolutivas nas ações e serviços de saúde, e outras que ainda não possuem serviços de alta complexidade em maior ou menor grau e que dependem, portanto, de outras regiões. Em todas as regiões de saúde os serviços de atenção básica são de responsabilidade dos municípios, todas têm uma referência hospitalar regional e têm referências ambulatoriais para a realização de consultas especializadas e exames. Quando uma região de saúde não tem o serviço ou não tem suficiência do serviço, sempre que possível é definida a referência da macrorregião (PARANÁ, 2015).

Assim a Linha Guia da Rede de Saúde Bucal apresenta as diretrizes para sua implementação e reforça a importância do trabalho articulado e em equipe em cada ponto de atenção e entre os pontos de atenção. Com as seguintes competências, território e resolutividade, conforme destaca o Quadro 3 (PARANÁ, 2016; DITTERICH et al., 2019).

Quadro 3 – Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do estado do Paraná.

Nível	Ponto de atenção	Competência	Território sanitário	Resolutividade
Básico	Domicílio	Identificação de fatores de risco. Busca ativa. Atenção domiciliar. Autocuidado. Educação em saúde.	Domicílio	80%
	Unidades Básicas de Saúde	Acolhimento. Cadastramento. Estratificação de risco. Educação em saúde. Atendimento de urgência.	Área de abrangência / Microárea	

		Procedimentos clínicos e cirúrgicos.		
Média complexidade	Centros de Especialidades Odontológicas	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Área de abrangência / Microrregião	17%
	Universidades	Atendimento clínico a pessoas com deficiência. Exames anatomopatológico de lesões da cavidade bucal. Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos. Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia. Capacitação de profissionais de saúde bucal	Macrorregiões	
Alta complexidade	Hospitais de referência	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Macrorregiões	3%

Fonte: DITTERICH et al. (2019), adaptado pela autora.

A RASB deverá ser desenvolvida nos 399 municípios do Estado, que contam com equipamentos e profissionais para o desenvolvimento das ações de saúde bucal. Portanto a UBS é a porta de entrada da rede, e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A equipe da UBS será responsável pelas ações de promoção a saúde, prevenção e controle das doenças bucais e reabilitação do paciente, encaminhando à atenção especializada os casos de maior complexidade, respeitando os fluxos de encaminhamento. Os CEO são pontos de atenção especializada, funcionando como um sistema de referência regulado, com base territorial

estabelecida, complementando as ações de saúde realizadas pela UBS, e podem ter atuação regional e serem vinculados a Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) (PARANÁ, 2016).

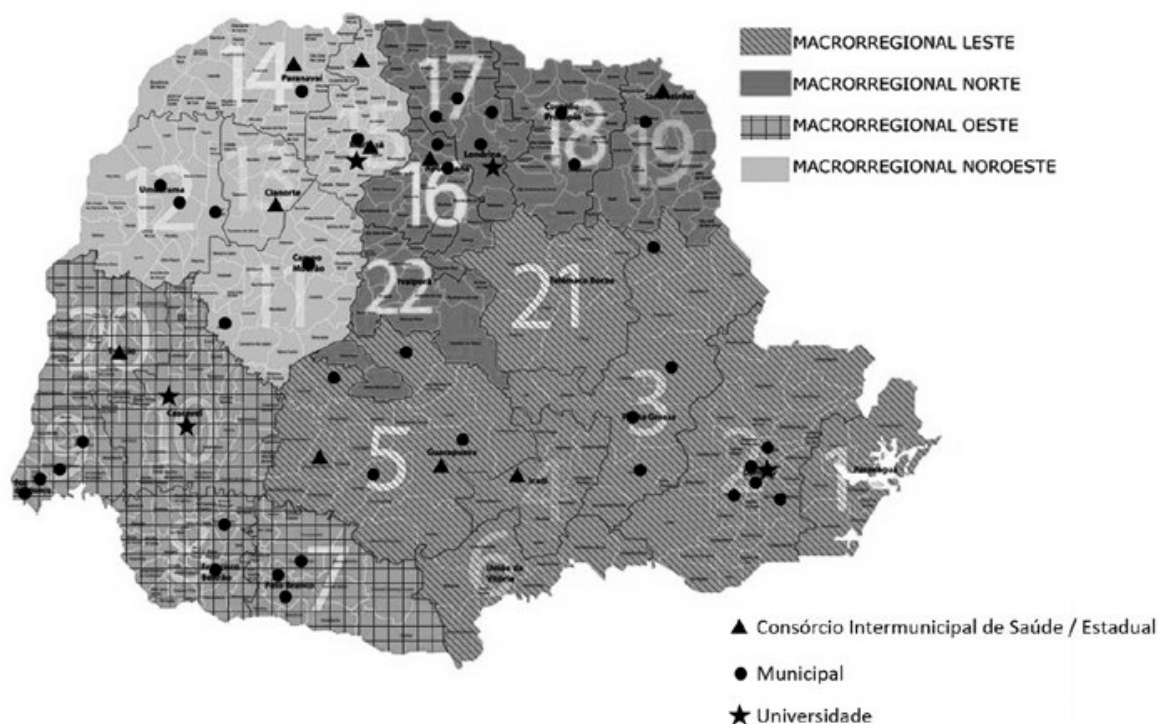
Embora para todos os municípios, inclusive de pequeno porte, a responsabilidade seja a estruturação da rede de atenção básica, constata-se, à medida em que esta é ampliada e permite maior acesso da população aos serviços de saúde, também surgem novas necessidades que não podem ser respondidas totalmente dentro seus espaços territoriais. Para enfrentar esta situação, na tentativa de garantir acesso aos seus munícipes a serviços de maior complexidade, muitos gestores adotam estratégias que passam pela compra de serviços, criação de consórcios e contratação de serviços terceirizados (CARVALHO et al., 2018).

Dentre as ações propostas para aprimorar a média complexidade no estado, destacam-se, o incentivo para a implantação de novos CEO com abrangência regional, e o incentivo financeiro aos CIS para a melhoria do atendimento em unidades já instaladas (PARANÁ, 2019). O apoio fornecido pelas administrações estaduais, tem sido decisivo para que a maioria dos municípios paranaenses passem a integrar-se em consórcios, especialmente no que tange à otimização das estruturas locais de saúde pública (PARANÁ, 2015).

A Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006, que define a implantação, critérios, normas e requisitos para o credenciamento de CEO, estabelece que unidades de saúde de natureza jurídica pública, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica, serviços sociais autônomos e universidades de qualquer natureza jurídica podem credenciar-se como CEO (BRASIL, 2006c). Os consórcios são instrumentos de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, e possibilitam, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do sistema (CISCOPAR, 2019).

Nesse panorama, destaca-se na Figura 3 a distribuição dos CEO nas regiões de saúde do estado, e a existência de CEO com diferentes vínculos de gestão: municipal, estadual, de CIS e de Instituições de Ensino Superior (IES) (GONÇALVES et al., 2019).

Figura 3 – Distribuição geográfica dos CEO no estado do Paraná, por regional de saúde em 2018:



Fonte: GONÇALVES et al., (2019).

Na RASB no estado do Paraná, os hospitais são pontos de atenção específicos para o atendimento de pessoas com deficiência, tratamento cirúrgico e quimioterápico de pacientes portadores de câncer bucal, deformidades e traumatismos faciais. Estes têm como território sanitário uma macrorregião (PARANÁ, 2016).

Um ponto de interesse da alta complexidade em saúde bucal está na Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria n.º 2.048, de 3 de setembro de 2009, a qual define para o país um abrangente controle do câncer e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer (FIGUEIREDO et al., 2012).

1.5 O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL

De acordo com o texto constitucional, o SUS está organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade. E o atendimento integral compreendido como atendimento com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2011a).

Mattos (2009) afirma que a integralidade é mais que uma diretriz, são certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, que podem ser consideradas desejáveis. O autor ainda reflete sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, que incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; e o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

No âmbito da provisão de serviços e do cuidado, a fragmentação gera dificuldades de acesso aos serviços e à cuidados oportunos, falta de qualidade técnica na provisão do cuidado, uso irracional e ineficiente dos recursos existentes e descompasso entre a oferta e as necessidades e expectativas da população (LAVRAS, 2011; KUSCHNIR, 2015).

Por muito tempo se praticaram estes sistemas fragmentados, organizados por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados. Neles, a AB não se comunicava fluidamente com a média complexidade, e esses dois níveis também não se comunicavam com alta complexidade, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a equipe da atenção básica não podia exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010).

Os reflexos da fragmentação são muitos e incidem em diferentes níveis do sistema. A falta de acesso se manifesta tanto pela demanda reprimida – aquela que não consegue entrar no sistema –, como pelos atrasos na prestação do cuidado. A falta de cuidados oportunos aparece nas longas filas de espera, nas referências tardias ou em cuidados prestados com enfoque reduzido. A falta de continuidade assistencial se reflete na necessidade de ir a múltiplos serviços/unidades de saúde para resolver um único episódio de doença e/ou na ausência de uma fonte regular de cuidado, ou seja, falta de uma equipe de atenção básica, ou uma AB que não cumpra esse papel. Ao mesmo tempo, a fragmentação contribui para a baixa capacidade resolutiva, pois muitas vezes, o paciente referido ao especialista não regressa, ou são utilizados os serviços de urgência/emergência como fonte do cuidado que deveria ser prestado pela média

complexidade, ou mesmo pela atenção básica (KUSCHNIR, 2015).

Estes problemas dos sistemas de saúde, foram apresentados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ainda em 1990 (OPAS, 2008, apud KUSCHNIR, 2015), mas alguns permanecem atuais até hoje, como a falta de coordenação entre os níveis de atenção, com ausência de referência e contrarreferência de pacientes; capacidade resolutive dos níveis de atenção não corresponde à capacidade resolutive atribuída; baixa resolutive do primeiro nível de atenção; falta de coordenação entre serviços; longas listas de espera; falta de gestão da qualidade; recursos escassos exacerbados por problemas de ineficiência e sub-execução orçamentária; sistemas administrativos excessivamente centralizados; deficiência na capacidade gerencial dos gestores e dos prestadores de serviços da rede; falta de motivação e compromisso dos funcionários do sistema (clima e cultura organizacional); déficit de pessoal e não cumprimento dos horários contratados; existência de clientelismo, cuidado prestado por solicitação de grupos de pressão.

Uma das causas da fragmentação é o modelo de atenção em saúde, e o atendimento em rede propõe garantir a mudança do paradigma entre o modelo cirúrgico-restaurador para um modelo que atue na promoção de saúde, garantindo o acesso, e fortalecendo as unidades de saúde com cuidado integral às pessoas (MENDES, 2011). E impõe o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolutive dos problemas sobre a perspectiva do cuidado e não mais da cura (PINTO et al., 2016).

Portanto, a conformação de práticas dos profissionais, devem ser baseadas no combate as ações fragmentadas e reducionistas, de dimensões exclusivamente biológicas, que impossibilitam a apreensão das necessidades mais abrangentes dos usuários. Promovendo então um atendimento de modo mais integral, observando as considerações psicológicas e sociais. “O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade, busca sistematicamente escapar aos reducionismos” (MATTOS, 2009, p. 65).

A PNSB, compreendida nesse contexto, com a expansão e qualificação das equipes de saúde bucal na ESF, possibilita romper com práticas do antigo modelo assistencial curativista, excludente, tecnicista e biologicista, uma vez que busca articular propostas da vigilância em saúde baseando-se no cuidado e na integralidade, e na busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (THOMAZ et al., 2016a). A política procura efetivar a integralidade das ações entre os níveis de atenção, com a integração com os demais serviços de saúde, e busca se organizar para responder às necessidades da população e atuar na proposição de ações intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente

sobre os indicadores de saúde bucal (SILVA et al., 2016).

Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Suas necessidades e demandas devem orientar a oferta e a organização dos serviços, inclusive as tipologias deles. Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma a contemplá-los, capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência (BRASIL, 2018).

Porém, a integração entre a ESB e demais componentes da ESF ainda é um desafio para os profissionais, onde o modelo biomédico é hegemônico. O desenvolvimento conjunto de ações comuns, que demandam maior contato e engajamento, ainda é incipiente entre as equipes. Observa-se o distanciamento tanto físico, devido ao arranjo arquitetônico das UBS que refletem o distanciamento no planejamento e na organização do trabalho, quanto conflitos na prescrição de normas, que apresentam contradições que limitam a atuação integrada, induzindo às práticas individualizadas (SCHERER, 2018). Além disso, para Narvai (2006) o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde não é assegurado em todas as unidades de saúde da família, muitas não utilizam de forma resolutiva os serviços de referência e contrarreferência, tornando o PSF um programa restrito à atenção básica.

O processo de trabalho proposto na Linha Guia da Rede de Saúde Bucal baliza para o rompimento gradativo do trabalho isolado dos profissionais de saúde bucal, propondo uma integração total com toda a equipe da UBS. Nesse contexto, a valorização da excelência técnica individual estará aliada à relevância social das ações de saúde, desenvolvidas pelo conjunto de profissionais tanto da UBS como da ESF (PARANÁ, 2016).

Isso implica na prestação de uma atenção integral mais humanizada, trabalhando em conjunto e compreendendo melhor a realidade em que vive a população. Assim, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2009).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contrarreferência). Assim, o usuário, por meio de um acesso que não lhe deve ser negado, pode saber sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele. Constituída assim, em sintonia com

o universo dos usuários, estas linhas de cuidado têm como pressupostos o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004b).

A implantação dos CEO também pode constituir estratégia relevante com vista à integralidade, relacionada especialmente a duas perspectivas que contemplavam originalmente a integralidade nas bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira, sendo a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, e a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Essa utilização da rede, por sua vez, também pode ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, ao se considerar barreiras organizacionais, sociais ou geográficas. Provavelmente os fatores mais importantes são aqueles ligados aos serviços – particularmente à sua disponibilidade de acesso, que conduz a desigualdades em sua utilização (FIGUEIREDO et al., 2012). No tocante às barreiras organizacionais, acessibilidade é aqui compreendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de gerá-los e resolver as necessidades da população. Refere-se às características dos serviços e seus recursos capazes de facilitar, limitar ou obstruir a utilização por seus potenciais usuários (LUCENA et al., 2016).

Contudo, a integralidade desejada, entendida como integração entre os níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da AB para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal (CHAVES et al., 2010). Além do combate a histórica baixa capacidade de oferta de serviços, e demanda reprimida aos especializados (BRASIL, 2004b).

Ademais, para o funcionamento efetivo e aprimoramento da qualidade da atenção ofertada pelos CEO, é imprescindível a existência de uma adequada articulação entre a atenção básica e o cuidado especializado, que deve ser guiada pelas premissas que norteiam a regulação do acesso à saúde e o apoio matricial nos arranjos regionais do SUS (BRASIL, 2018).

Morris e Burke (2001) caracterizam a interface ideal entre AB e a média complexidade em saúde bucal por meio de quatro características: a) acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; b) sistema de referência, em que todo serviço não disponível na UBS seja ofertado na atenção especializada; c) encaminhamento ágil e adequado, com contrarreferência à UBS ao final do tratamento especializado; d) retorno facilitado à média complexidade sempre que necessário.

Além disso, a interface ideal entre os serviços de AB e especializada deve considerar os conceitos de: equidade, em que todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; e integralidade, e que todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou especializado, com fluxo facilitado. E esta interface também deve ser eficiente e eficaz, garantindo-se que as referências sejam apropriadas, e a contrarreferência assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo, permitindo o acompanhamento do cirurgião-dentista da UBS durante o processo (MORRIS; BURKE, 2001).

Sendo assim, em um sistema baseado na AB, esta deve funcionar como porta de entrada para os demais níveis de atenção. Os profissionais da UBS são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente, desempenham a função de agente de triagem e coordenação do sistema, estimulam a demanda em termos de identificar os pacientes que se beneficiam do cuidado especializado, com controle da demanda imprópria (FIGUEIREDO et al., 2012). Devem referenciar aos centros especializados apenas os casos de maior complexidade, considerando os critérios de encaminhamento definidos e, prover acompanhamento do usuário após o término do tratamento (THOMAZ et al., 2016a; BRASIL, 2018).

A PNSB apresenta um modelo de atenção que preconiza que os pacientes atendidos nas UBS sejam encaminhados aos CEO, por meio de protocolos que orientem este referenciamento, afim de assegurar a integralidade do atendimento, para desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2018).

Os serviços do CEO devem ser baseados, ao mesmo tempo, na demanda e na necessidade, na medida em que estão integrados a uma rede de assistência, sendo organizado segundo demanda programada próprias da média complexidade, e não espontânea, portanto, não devem representar a porta de entrada preferencial para os usuários (SILVA et al., 2016; THOMAZ et al., 2016a). Assim foram pensados, para propiciar a continuidade do cuidado em saúde bucal, por meio da Odontologia de média complexidade, complementando o trabalho realizado pela AB ordenadora do cuidado (BRASIL, 2006a).

Os CEO devem utilizar os mecanismos de apoio matricial e a educação permanente em saúde, no âmbito regional e macrorregional, por meio da realização de interconsultas, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da rede (PARANÁ, 2016; BRASIL, 2018). Além do estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, que possibilitam a integração e interrelação dos serviços, de modo que, ao final dos procedimentos

especializados, o usuário é encaminhado à AB num sistema de contrarreferência organizado (PARANÁ, 2016).

Porém, a dificuldade em se efetivar esta interface é também um dos mais graves impedimentos da integralidade no sistema, pois os serviços, além de não se comunicarem adequadamente, possuem lógicas próprias e distintas, e por muitas vezes com o eixo de sua organização não centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Com isso, as ações integrais ficam restritas à AB, sob os princípios da adscrição e do vínculo, diferente do funcionamento dos CEO, com características próprias da atenção especializada (SILVA et al., 2016).

Outros fatores que interferem na equidade, integralidade do cuidado, eficiência e eficácia desta interface, estão ligados às próprias ESB e aos usuários (FIGUEIREDO et al., 2012). Portanto, o cuidado em saúde bucal implica também mudanças nas práticas dos profissionais de saúde bucal, historicamente baseada no atendimento clínico, e passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população (AQUILANTE; ACIOLE, 2015b). Que favoreçam o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006a).

Em geral, o processo de trabalho em saúde revela a forma como os gestores e os trabalhadores concebem o modelo de atenção e o materializam por meio das ações efetivadas pelos serviços. Não raro, a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO costuma ser, predominantemente, de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida, e os cirurgiões-dentistas, em geral, têm alguma formação especializada (SILVA et al., 2016).

Além do mais, os profissionais de saúde bucal geralmente possuem uma visão limitada e pouco crítica dos condicionantes sociais e econômicos que interferem na saúde da população, e acabam por não perceber a complexidade dos determinantes sociais e estão fadados a falhar, pois desconsideram a desnutrição, o custo dos alimentos, o difícil acesso aos serviços de saúde em geral, replicando a prática da Odontologia curativo-mutiladora. E apesar dos avanços, a continuidade da centralização em práticas clínicas pode ser justificada pela demanda reprimida na área de saúde bucal. Estas práticas parecem estar mais vinculadas ao perfil de formação do profissional que ao tipo de serviço em que está inserido, uma vez que existe a disputa pela manutenção do modelo curativista, reflexo da formação voltada para a atuação clínica como profissional liberal (AQUILANTE; ACIOLE, 2015b).

Temporalmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia foram implantadas antes do estabelecimento da PNSB, mas a base comum que originou essas duas iniciativas garante a sua articulação. As DCN devem valorizar o desenvolvimento de competências e habilidades gerais que permitem uma primeira aproximação ao trabalho em equipe e define de forma clara as atribuições específicas do cirurgião-dentista. As diretrizes preconizam a formação para o SUS, a atenção integral à saúde em rede regionalizada e hierarquizada e a resposta a demandas regionais na área da saúde de onde o curso está estabelecido (SANTIAGO et al., 2016).

Entretanto, entre os desafios da PNSB está o pilar dos recursos humanos. De acordo com Pucca Jr et al. (2015), a formação universitária ainda é ditada pelos requisitos das clínicas dentárias privadas, e centrada em doenças, em que o cuidado e rotinas se baseiam nas percepções dos profissionais em oposição às necessidades dos pacientes. E independentemente de qual modelo de organização do cuidado, seja ele com a conformação de uma rede específica em saúde bucal, ou a organização da atenção à saúde bucal como um componente de outras redes já existentes, faz-se necessário que as DCN e o processo formativo sejam um local de sustentabilidade das redes (SANTIAGO et al., 2016).

Portanto, a ESB do CEO, também deve deter de conhecimento, habilidades e competências para a atenção em área específica de uma especialidade do serviço, sem que isso represente exigência e desempenho exclusivo de especialista, pois requer a compreensão da integralidade do cuidado e da atuação em rede de atenção à saúde (BRASIL, 2018). É necessário, pois, que a gestão dos CEO reconheça estas características, para que não se percam as dimensões de eficiência, eficácia e efetividade, e seja possível que os sujeitos se impliquem com a proposta de construção da saúde bucal com qualidade técnico-científica, efetividade e eficiência (SILVA et al., 2016).

Deve-se ainda considerar obstáculos relativos ao acesso social, e aspectos geográficos dos serviços de saúde. Nesse sentido, persistem lacunas quanto à influência dos determinantes e condicionantes sociais, por um lado, e dos geográficos, por outro (LUCENA et al., 2016). Com relação aos aspectos socioeconômicos e geográficos, a literatura aponta que tais fatores influenciam as condições de saúde bucal de uma população (JUNQUEIRA et al., 2006). Dessa forma, esses aspectos devem ser considerados quando se avalia o desempenho dos serviços públicos de saúde (GONÇALVES et al., 2018).

Os fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade, local e condições de moradia, interferem no acesso aos serviços de saúde, favorecendo ou não a procura e utilização

dos mesmos (CHAVES et al., 2012). Pucca Jr et al. (2015) afirmam que os aspectos sociais e culturais, ainda são dificultadores do acesso, pois a saúde bucal não é claramente ainda percebida como um direito da sociedade, e os estratos sociais mais baixos possuem suas necessidades bucais ainda reprimidas, e carecem da influência política para sua garantia.

Estudos sobre a associação de características socioeconômicas, indicam que quanto piores os indicadores sociais (renda insuficiente, analfabetismo e renda média familiar), maior é o número de equipamentos do setor público disponíveis, ou seja, observa-se que tem havido, no setor público, o direcionamento dos recursos humanos e materiais de acordo com as necessidades da população, sendo esses recursos públicos maiores, proporcionalmente, nas regiões que apresentam piores indicadores (JUNQUEIRA et al., 2006).

O acesso geográfico está relacionado com a existência ou não do serviço de saúde em local e momento apropriado. Neste caso, engloba nesta dimensão, a distância e opções de transporte dos usuários e profissionais, como também a disposição destes últimos de mobilizar-se até o indivíduo que necessita do serviço de saúde (LUCENA et al., 2016).

Portanto, apesar da expansão da rede de atendimento, sabe-se que a utilização dos serviços de saúde é resultado de múltiplas influências, principalmente do comportamento do indivíduo que procura os cuidados, das características do serviço e principalmente do profissional que o conduz dentro do sistema, especialmente nos serviços especializados (CHAVES et al., 2010; CHAVES et al., 2012; THOMAZ et al., 2016a).

Afinal o que se deseja, realmente, é o término do isolamento que caracterizou a prática da Odontologia nos últimos anos. A visão holística no sentido “cuidador” da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos, contrasta com o sentido “tarefeiro” da assistência à saúde, baseado na produção numérica de artefatos ou no cumprimento de procedimentos tecnificados, perpetuando o ciclo restaurador repetitivo, sem se preocupar com a saúde global do paciente (PARANÁ, 2016).

Para Mattos (2009) não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população. Embora eles devam responder a tais doenças, os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o papel do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para a organização de uma rede regionalizada de atenção à saúde bucal.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no território da 20ª Regional de Saúde do Paraná;
- Analisar práticas de cuidado e organização dos serviços, bem como a interface entre os níveis de atenção em saúde bucal;
- Analisar o papel do CEO para a organização da RASB.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Descrição da abordagem qualitativa

Quanto ao procedimento metodológico, o estudo caracterizou-se por ser um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, que favorece a tomada de depoimentos como fonte de investigação. Para Duarte (2004), este ato implica extrair daquilo que é subjetivo e pessoal neles, o que permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais os atores participam (participaram) em um determinado tempo e lugar.

O interesse pelo tema que um cientista se propõe a pesquisar, muitas vezes, parte da curiosidade do próprio pesquisador ou então de uma interrogação sobre um problema ou fenômeno. No entanto, a partir do momento que o objeto de pesquisa é escolhido, isso de certa forma, desmistifica o caráter de neutralidade do pesquisador perante a sua pesquisa, já que na maioria das vezes, a escolha do objeto revela as preocupações científicas e este seleciona os fatos a serem coletados, bem como o modo de recolhê-los (QUARESMA; BONI, 2005).

As características da pesquisa qualitativa são peculiares: há imersão do pesquisador nas circunstâncias e no contexto da pesquisa, o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos; a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto (CHIZZOTTI, 2001).

Assim, a pesquisa qualitativa torna possível captar o conceito ampliado de saúde, por meio da abrangência da totalidade das relações sociais, “lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano em significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos que abarcam” (MINAYO, 2010, p. 31).

3.2 Local do estudo

O Paraná é organizado em 22 regiões de saúde (RS) e quatro macrorregiões (PARANÁ, 2015), conforme representa a Figura 4 do mapa político do estado do Paraná.

Figura 4- Mapa político do estado do Paraná. Divisão por macrorregionais, 2015.



Fonte: PARANÁ (2015).

A Macrorregião Oeste, é composta por 94 municípios e um total de 1.828.703 habitantes. São as cinco regionais de saúde: 7º RS Pato Branco possui 15 municípios com um total de 248.984 habitantes; 8º RS Francisco Beltrão possui 27 municípios com um total de 336.712 habitantes; 9º RS Foz do Iguaçu possui 09 municípios com um total de 383.170 habitantes; 10º RS Cascavel possui 25 municípios com um total de 502.745 habitantes, e a 20º RS Toledo, ilustrada na Figura 5, composta por 18 municípios com um total de 398.323 habitantes (PARANÁ, 2015; IBGE, 2019).

Figura 5- Mapa político da 20ª Regional de Saúde do Paraná, divisão por municípios, 2015.



Fonte: PARANÁ (2015).

Na 20ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, apenas o município sede, Toledo, é considerado de grande porte (acima de 100 mil habitantes), cinco são classificados como pequeno porte II (entre 20 mil e 100 mil habitantes), e 12 considerados municípios de pequeno porte I (até 20 mil habitantes) (BRASIL, 2005). Os demais municípios desta regional são: Assis Chateaubriand, Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa e Tupãssi, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1- População estimada dos 18 municípios da 20ª Regional de Saúde do Paraná, 2019.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Assis Chateaubriand	33.362
Diamante D'Oeste	5.253
Entre Rios do Oeste	4.539
Guaíra	33.119
Marechal Cândido Rondon	52.944
Maripá	5.603
Mercedes	5.536
Nova Santa Rosa	8.219
Ouro Verde do Oeste	5.996
Palotina	31.846
Pato Bragado	5.610
Quatro Pontes	4.015
Santa Helena	26.490
São José das Palmeiras	3.654
São Pedro do Iguaçu	5.897
Terra Roxa	17.481
Toledo	140.635
Tupãssi	8.124
TOTAL	398.323

Fonte: IBGE (2019).

Especificamente no Paraná, em 2013, o estado contava com 50 CEO distribuídos em 38 municípios. Entretanto, em 2018, esse número foi ligeiramente ampliado, passando para 53 estabelecimentos, presentes em 42 municípios (GONÇALVES et al., 2019). Estudos afirmam que 90,4% dos CEO do Brasil localizam-se em áreas de referência regional de média complexidade em Odontologia, segundo Planos Diretor de Regionalização (FIGUEIREDO, GOES; 2009; GOES et al., 2012).

Na 20ª RS está implantado o CEO regional Tipo III, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o n.º 5119731, vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (Ciscopar), por meio da Portaria de credenciamento n.º 118/GM de 19 de janeiro de 2006. É referência para o atendimento

odontológico secundário para as equipes de atenção básica dos 18 municípios consorciados, e uma população aproximada de 398.323 habitantes (PARANÁ, 2015; CISCOPAR, 2019; IBGE, 2019). Este oferece além das especialidades mínimas (cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais), a odontopediatria e a prótese dentária total e parcial removível.

3.3 Participantes do estudo

Para a análise da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal, foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove da atenção básica e cinco da média complexidade que atuam nas UBS e CEO, considerados informantes chaves deste estudo.

Nas UBS foram entrevistados nove profissionais dos municípios indicados pela Seção de Atenção Primária à Saúde (SCAPS) da 20ª RS, sendo estes profissionais de municípios inseridos no processo de Tutoria na atenção primária em saúde, implantado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) em 2014. De acordo com a SESA estes municípios têm cumprimento satisfatório dos itens de saúde bucal, sendo Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Maripá, Mercedes, Pato Bragado, Terra Roxa e Toledo.

Este processo de tutoria é um apoio às equipes das UBS que tem como objetivo a melhoria do processo de trabalho nas unidades, por meio de um instrumento de avaliação e atividades que promovem a reflexão das equipes e do gestor sobre o papel das equipes. É um processo voluntário, por adesão dos gestores municipais e suas equipes (PARANÁ, 2018).

Na média complexidade, ou seja, no CEO, foram entrevistados cinco cirurgiões-dentistas, sendo um profissional por especialidade odontológica ofertada.

Na alta complexidade, não foi possível a realização de entrevistas dos profissionais, pois não se obteve contato com a referência hospitalar definida na Linha Guia da Rede de Saúde Bucal, mesmo tendo realizado várias tentativas diretas e por meio da regional de saúde.

3.4 Coleta de dados

Previamente à coleta de dados, realizou-se uma análise documental, por meio de documentos norteadores e reguladores, pertinentes ao objeto estudado, que é a RASB no estado do Paraná. Foram coletados e analisados os documentos Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ano de 2015 (PARANÁ, 2015) e Linha Guia da Rede de Saúde Bucal do ano de 2016 (PARANÁ, 2016). O PDR permitiu identificar os pontos de atenção em saúde bucal que

compõem a RASB na 20ª RS. Na Linha Guia foi analisada a proposta de organização da RASB, por meio da identificação dos níveis de atenção, das competências e ações dos pontos de atenção à saúde bucal na rede.

O período de coleta de dados foi de março e abril de 2019, e se deu por meio de entrevistas, utilizando-se de um roteiro semiestruturado (apêndice A).

As entrevistas podem ser fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004), ou que não seriam possíveis somente por meio da pesquisa bibliográfica e da observação (QUARESMA; BONI, 2005).

Para Minayo (2010), a entrevista é considerada no “sentido amplo de comunicação verbal” (p. 261) e é utilizada para coletas de dados ou informações sobre o assunto de uma pesquisa. E, acima de tudo, é uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista esse objetivo. É considerada uma forma privilegiada de interação, pois utiliza alguns dos traços mais característicos dos seres humanos: a linguagem e a interação social, privilegiando uma imersão na maneira como o(s) sujeito(s) percebem a situação eleita para pesquisa.

O ambiente utilizado para a entrevista foi um ambiente agradável, utilizando-se de numa sala do próprio ambiente de trabalho do entrevistado, atendendo aos atributos supramencionados, e resguardando sua privacidade. “A situação em que é realizada a entrevista contribui muito para o seu sucesso, o entrevistador deve transmitir, acima de tudo, confiança ao informante” (QUARESMA; BONI, 2005, p. 76).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora. Pires (2007) afirma que a artificialidade faz parte de qualquer experimento científico, porém, o próprio pesquisador deve fazer a entrevista, afinal, é ele quem melhor sabe o que está procurando. A presença do pesquisador introduz artificialidade ao contexto pesquisado, o que, embora não seja possível de evitar, deve ser assinalado.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado, apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2010). Porém, Quaresma e Boni (2005), apontam que quanto menos estruturada a entrevista, maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes, e dão ênfase as respostas espontâneas e a maior liberdade, e que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa.

Seguindo as orientações de Quaresma e Boni (2005), as questões foram formuladas com o cuidado para evitar perguntas arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas, e levando em conta a sequência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com um certo sentido lógico para o entrevistado, num contexto semelhante ao de uma conversa informal.

O roteiro de entrevista foi organizado em dois blocos. O Bloco I corresponde à caracterização do entrevistado: a identificação do profissional; sexo; idade; graduação; pós-graduação; local de trabalho; há quanto tempo atua nesta função; município; e vínculo empregatício. O Bloco II contém as seguintes questões geradoras do discurso.

1. Qual sua percepção sobre a rede de saúde bucal? Realidade, dificuldades e projeções?

2. Como você identifica a inserção de práticas de cuidado em saúde bucal, e a organização dos serviços? Os fluxos de referência e contrarreferência funcionam? Como você percebe o movimento do usuário dentro da RASB?

3. Para você, qual o papel do CEO na rede de saúde bucal? (as relações estabelecidas com os demais níveis de atenção, em especial à atenção básica).

O entrevistador deve ficar atento também para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Em relação à atuação ou postura do entrevistador no momento da entrevista este não deve ser nem muito austero nem muito efusivo, nem falante demais, nem demasiadamente tímido. O ideal é deixar o informante à vontade, a fim de que não se sinta constrangido e possa falar livremente, embora, segundo os autores a presença do gravador em alguns casos pode causar inibição e constrangimento aos entrevistados (QUARESMA; BONI, 2005).

Portanto, antes do início das entrevistas, os participantes foram esclarecidos sobre

a utilização de um gravador, no intuito de registro integral das falas e tornar mais rico o material coletado.

3.5 Transcrição do material

Segundo Gill (2004), a transcrição não pode sintetizar as falas, ela deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis. Bourdieu (1999) também aponta algumas sugestões para com a transcrição da entrevista. Uma transcrição de entrevista não é só aquele ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante pois, de alguma forma o pesquisador tem que apresentar os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista. Esses “sentimentos” que não são captados pelo gravador são muito importantes na hora da análise, eles mostram muita coisa do informante. O pesquisador tem o dever de ser fiel, ter fidelidade quando transcrever tudo o que o pesquisado falou e sentiu durante a entrevista.

Os arquivos de áudio foram gravados, salvos e transcritos pela pesquisadora, foram retirados os vícios de linguagem e feita a correção ortográfica. Conforme as orientações de Goldim (2000), os participantes e suas respectivas transcrições, foram identificados por códigos a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. O processo de codificação ocorreu de forma que foram atribuídos aos profissionais cirurgiões-dentistas as iniciais CD, os profissionais da UBS receberam a sequência numérica de 1 a 9 (CD1 ao CD9), e os do CEO de 10 a 14 (CD10 ao CD14), numerados conforme a ordem da realização das entrevistas, logo, o primeiro e o último profissional a ser entrevistado, receberam respectivamente, os códigos CD1 e CD14.

3.6 Análise de dados

A análise de discurso se apresenta, por meio do proposto por Minayo (2010), como uma análise mais aprofundada, visto que objetiva trabalhar com o sentido e não com o conteúdo em si, e enfatiza a compreensão dos sentidos manifestados pelo discurso, privilegiando a fala e seu contexto.

Neste estudo foi utilizada a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005), que abrange dois momentos.

O primeiro momento consiste na análise individual ou ideográfica. Neste, foram realizadas leituras dos discursos dos entrevistados, sem buscar ainda qualquer interpretação, possibilitando com que o pesquisador se aproprie do conteúdo dos discursos. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador situe diante de si o fenômeno que está sendo estudado e que

tente se colocar no lugar do sujeito, a fim de viver a experiência.

Para Duarte (2004), é bastante comum entre pesquisadores debruçarem-se sobre o material empírico procurando extrair elementos que confirmem suas hipóteses de trabalho e/ou seus pressupostos, “precisamos estar muito atentos à interferência de nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação” (p. 216). Porém, Martins e Bicudo (2005), reforçam que pré-conceitos e idealizações do pesquisador não devem influenciar no momento de análise.

Após as leituras, foram discriminadas as unidades de significado, estas são palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Elas são percebidas pela atitude, disposição e interrogações do pesquisador, portanto, é possível que diferentes pesquisadores identifiquem diferentes unidades de significado. Depois de identificadas, elas foram interpretadas, ou seja, um mínimo de texto necessário a compreensão do significado por parte de quem analisa. Após interpretadas foram feitas as convergências das unidades de significado, articulando-as entre si.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, como exemplos particulares, em algo mais geral. Nesta etapa, tomando as unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, possibilitou ao pesquisador observar os conteúdos recorrentes no discurso dos seus entrevistados, assinalando as evidências entre as unidades de significado, e a construção de categorias.

A análise final das entrevistas consistiu em dar sentido ao conteúdo do mosaico de categorias, no interior dos quais estarão agrupadas as unidades de significado, tendo como referência os objetivos da pesquisa e o contexto em que os depoimentos foram colhidos (DUARTE, 2004).

3.7 Aspectos éticos

A todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado segundo o modelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Estes foram informados sobre os fins da pesquisa e orientados a assinar em caso de concordância com a participação na mesma. Este termo foi lavrado em duas vias de igual teor, uma via ficou em posse da pesquisadora e outra foi cedida ao profissional

participante (apêndice B).

Este estudo obteve a aprovação das instituições co-participantes para a condução do projeto de pesquisa, a 20ª RS emitiu declaração de concordância em 20 de julho de 2018 (anexo 1), e o Ciscopar responsável administrativamente pelo CEO, emitiu declaração de concordância em 30 de novembro de 2018 (anexo 2).

Este trabalho está vinculado ao grupo de pesquisa denominado Gestão do SUS – Gestsus, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e integra a pesquisa intitulada “Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”, a ser realizada em cinco regiões de saúde no Paraná (Brasil) e em uma região de saúde de Marche (Itália). Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição em que os pesquisadores estão vinculados sob o número de parecer 3.120.681 e CAAE 04165518.2.0000.5231 (anexo 3).

Respeitou-se os preceitos éticos contidos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS

Para a interpretação exige-se que as unidades de significado estejam articuladas umas às outras a partir de categorias de análise. Portanto, o material empírico foi organizado nas seguintes categorias de análise: (1) a organização da RASB; (2) o cuidado em saúde bucal; e (3) o papel do CEO na RASB. Neste estudo, emergiram subcategorias articuladas a categoria da organização da RASB (1): a composição da RASB; responsabilidade dos pontos de atenção; e desafios na organização da RASB. Na categoria do cuidado em saúde bucal (2), as subcategorias são: acesso e demanda reprimida; o cuidado na UBS; e o cuidado no CEO.

A Figura 6 representa a sistematização das categorias de análise, construídas de acordo com a percepção do pesquisador sobre o fenômeno estudado.

Figura 6 - Sistematização das categorias e subcategorias de análise.



FONTE: A autora (2020)

Portanto, os dados de uma pesquisa desse tipo serão sempre resultado da ordenação do material empírico coletado/construído no trabalho de campo, que passa pela interpretação dos fragmentos dos discursos dos entrevistados, organizados em torno de categorias, e do

cruzamento desse material com as referências teórico/conceituais que orientam o olhar do pesquisador. Isso implica a construção de um novo texto, que articula as falas dos diferentes informantes, promovendo uma espécie de “diálogo artificial” entre elas, aproximando respostas semelhantes, complementares ou divergentes de modo a identificar recorrências, concordâncias, contradições, divergências e etc. Esse procedimento ajuda a compreender a natureza e a lógica das relações estabelecidas naquele contexto e o modo como os diferentes interlocutores percebem o fenômeno com o qual ele está lidando (DUARTE, 2004).

Os resultados obtidos neste trabalho serão apresentados conforme os objetivos específicos desta dissertação, no formato de manuscritos científicos com introdução, metodologia, resultados, discussões, conclusões e bibliografias próprias, seguindo as normas de edição dos periódicos a que serão submetidos, relacionados a seguir:

Objetivo específico 1: Descrever a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no território da 20ª Regional de Saúde do Paraná. Manuscrito 1. A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA.

Objetivo específico 2: Analisar práticas de cuidado e organização dos serviços, bem como a interface entre os níveis de atenção em saúde bucal. Manuscrito 2. O CUIDADO INTEGRAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.

Objetivo específico 3: Analisar o papel do CEO para a organização da RASB. Manuscrito 3. O CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO PONTO DE ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL NUMA REGIÃO DO PARANÁ.

A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA

ORGANIZATION OF THE ORAL HEALTH NETWORK IN A HEALTH REGION OF PARANÁ FROM THE PERSPECTIVE OF DENTISTRY PROFESSIONALS

Resumo

Para mudar a realidade dos sistemas de saúde fragmentados por muito tempo praticados, surge a proposta de organização do atendimento por meio das redes de atenção à saúde (RAS). Neste contexto, em 2014 o estado do Paraná, implantou a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Este manuscrito tem o objetivo de descrever a organização da RASB no território da 20ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, sob a perspectiva dos profissionais de Odontologia que integram esta rede. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Foram realizadas entrevistas, orientadas por um roteiro semiestruturado, no período de março e abril de 2019. Foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, sendo nove das unidades básicas de saúde (UBS) e cinco do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Foi realizada a análise de discurso das entrevistas. Os resultados permitiram identificar os serviços, bem como descrever a organização da RASB nesta região de saúde. Percebe-se o conhecimento da rede pelos profissionais, tanto dos pontos de atenção, quanto das suas responsabilidades. Porém ainda são frágeis os mecanismos que articulam as UBS e o CEO, com os serviços de alta complexidade.

Palavras-chave: Assistência Odontológica; Modelo Técnico-Assistencial; Política de Saúde; Regionalização; Serviços de Saúde; Rede de Atenção à Saúde.

Abstract

To change the reality of fragmented systems for a long time, the proposal for care emerges through the health care network model. In this context, in 2014 the state of Paraná, implemented the Oral Health Care Network (RASB). This manuscript aims to describe the organization of RASB in the territory of the 20th Regional Health (RS) of Paraná, from the perspective of dental professionals who are part of this network. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. Interviews were conducted, guided by a semi-structured script, between March and April 2019. 14 professional dental surgeons were interviewed, nine from the basic health units (UBS) and five from the Dental Specialties Center (CEO). Discourse analysis of the interviews was carried out. The results allowed to identify the services, as well as to describe the organization of RASB in this health region. Professionals are aware of the network, both from the points of care and from their responsibilities. However, the mechanisms that link UBS and the CEO, with highly complex services, are still fragile.

Keywords: Dental care; Technical-Assistance Model; Health Policy; Regionalization; Health services; Health Care Network.

Introdução

Em um sistema fragmentado de atenção à saúde, a atenção básica (AB) não se comunica fluidamente com a média complexidade, e esses dois níveis também não se comunicam com a alta complexidade, nem com os sistemas de apoio. Com essa organização, a AB não tem condições de exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010). Para mudar esta realidade, surgiu a proposta da organização do atendimento por meio das Rede de Atenção à Saúde (RAS) (LAVRAS, 2011).

No Brasil, apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo, e de modelos de redes terem sido implementados a partir de iniciativas isoladas em alguns estados do país, esta foi incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em 2010 (PINTO et al., 2016), por meio da Portaria Ministerial n.º 4.279 de 2010, e pelo Decreto n.º 7.508 de 2011 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

Ao se referir à organização de uma rede de serviços por níveis de complexidade, e em uma determinada região de saúde, pressupõe-se que não haja capacidade instalada uniforme em todos os pontos de atenção que a compõem, conforme destacam Silva et al. (2016). E para uma ressignificação do SUS são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes (BRASIL, 2018). Devem ser estruturadas, portanto, regiões de saúde intermunicipais, com cooperação solidária entre os municípios, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não os sobrecarregue. Assim, os municípios com melhor estrutura poderiam oferecer solidariamente serviços de saúde com maior complexidade para sua população, e para a população vizinha residente em municípios menos estruturados (LAVRAS, 2011; LUCENA et al., 2016).

Este modelo de organização se mostra favorecido pelo desenho atual da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004). Por meio de suas diretrizes, a PNSB busca formas de superar com qualidade a fragmentação do sistema de saúde, considerando que a busca pela integração dos diferentes pontos dessa rede de serviços de saúde bucal delimita, orienta e organiza os fluxos (PINTO et al., 2016).

No campo da saúde bucal, desde o início da organização da atenção odontológica pública, o Paraná tem se mostrado pioneiro na implementação de programas e políticas, sendo considerado exemplo de organização dos serviços odontológicos no Brasil (DITTERICH et al., 2019). A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), implantada em 2014, dentre as experiências em curso, vem promovendo mudanças na concepção de redes temáticas, que buscam romper com o modelo fragmentado, com o objetivo de proporcionar maior qualidade, eficiência e

eficácia aos serviços públicos odontológicos oferecidos à população (PARANÁ, 2016; PARANÁ, 2019).

Desta forma ao se investigar a organização de uma RAS, torna-se imperioso compreender como os pontos de atenção se distribuem no território, a existência de definição de responsabilidades, e de fluxos estabelecidos e ordenados. Além disso, é fundamental compreender a percepção dos diferentes atores deste cenário, que são os profissionais desta rede de serviços, e isso possibilitaria estimar o “grau de implantação” da rede. Sendo assim, este manuscrito tem o objetivo de descrever a organização da RASB no território da 20ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, sob a perspectiva dos profissionais de Odontologia da atenção básica e especializada.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, realizado na 20ª RS do Paraná. O estado é dividido em 22 regiões de saúde, denominadas neste estudo de “microrregiões” de acordo com o processo de territorialização descrito por Mendes (2011), e quatro macrorregiões. A base territorial macrorregional delimitada é a macrorregião Oeste do Paraná, composta por cinco “microrregiões” de saúde (7º RS, 8º RS, 9º RS, 10º RS e 20º RS). A “microrregião” 20ª RS, é composta por uma base populacional aproximada de 398.323 habitantes, distribuídos em 18 municípios (IBGE, 2019).

Previamente à coleta de dados, realizou-se análise documental. Foram analisados os seguintes documentos: Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2015 e Linha Guia da Rede de Saúde Bucal de 2016. O PDR, permitiu identificar os pontos de atenção em saúde bucal que compõem a RASB na 20ª RS. Na Linha Guia, foi analisada a proposta de organização da RASB, por meio da identificação dos níveis de atenção à saúde bucal, e as competências e ações dos pontos de atenção na rede.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, orientadas pela seguinte pergunta norteadora: Qual sua percepção sobre a rede de saúde bucal? Realidade, dificuldades e projeções. O período de realização das entrevistas foi março e abril de 2019. Os participantes desta pesquisa, por amostra intencional, foram 14 profissionais cirurgiões-dentistas, sendo nove das unidades básicas de saúde (UBS) e cinco do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo estes considerados informantes chaves deste estudo. Na alta complexidade, não houveram participantes, pois não se obteve contato com a referência hospitalar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora e submetidas à análise do discurso segundo técnica ideográfica (individual) e nomotética (geral)

proposta por Martins e Bicudo (2005). No primeiro momento foi realizada a leitura dos discursos dos entrevistados, com destaque das unidades de significado, que depois de interpretadas formaram as unidades de significação. O segundo momento de análise nomotética, por sua vez, corresponde à passagem do individual ao geral, que se efetuou por meio do agrupamento das unidades de significação, aproximando as convergências e divergências presentes, possibilitando ao pesquisador observar os conteúdos recorrentes no discurso dos seus entrevistados, assinalando as evidências entre as unidades de significado.

Para assegurar o sigilo da identidade dos participantes, o processo de codificação ocorreu de forma que foram atribuídos aos profissionais cirurgiões-dentistas as iniciais CD, os profissionais da UBS receberam a sequência numérica de 1 a 9 (CD1 ao CD9), e os do CEO de 10 a 14 (CD10 ao CD14), numerados conforme a ordem da realização das entrevistas.

Os aspectos éticos foram rigorosamente obedecidos conforme a resolução nº 466/2012 que regulamenta pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Todos os entrevistados foram consultados anteriormente, informados dos objetivos da pesquisa e, após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

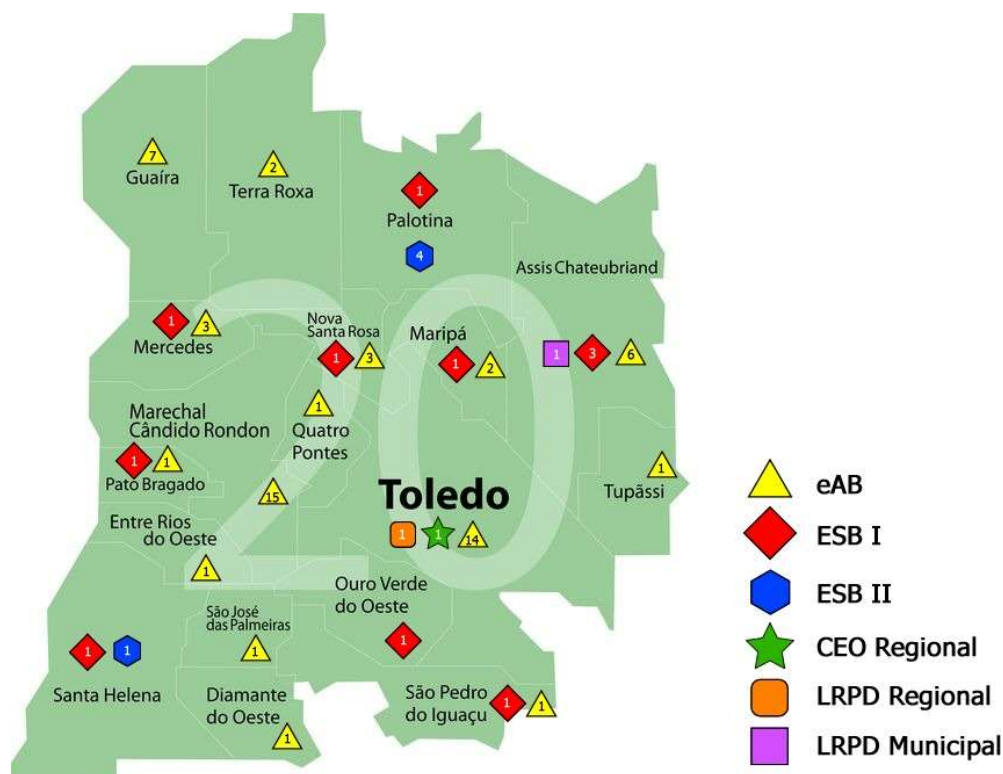
Resultados e Discussão

A análise do material empírico possibilitou a constituição de três subcategorias articuladas a categoria de organização da RASB, sendo elas: composição da RASB; responsabilidade dos pontos de atenção; e desafios na organização da RASB.

Composição da RASB

Todos os municípios da 20ª RS apresentam algum serviço de saúde bucal implantado, ou seja, verifica-se a existência de pontos de atenção à saúde bucal distribuídos espacialmente em todo território, conforme ilustra a Figura 1 (PARANÁ, 2015).

Figura 1 – Mapa da distribuição dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal, 20ª Regional de Saúde do Paraná, 2015.



Fonte: PARANÁ (2015), adaptado pelos autores.

No âmbito das UBS da microrregião investigada, verificou-se a existência 76 Equipes de Saúde Bucal (ESB), em que 12 são modalidade I (ESB I)², cinco são modalidade II (ESB II)³, e 59 são equipes convencionais de atenção básica (eAB)⁴, atuantes no âmbito da área de abrangência/microárea. Como pontos de atenção especializada no território da “microrregião”, identificou-se uma unidade de CEO e uma unidade de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) de abrangência regional, além de um LRPD de abrangência municipal.

Portanto, pode-se afirmar que a rede possui organização regional, de acordo com a matriz de territorialização fundamentado no marco conceitual das RAS, proposta por Mendes

² ESB I: Compostas por um cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Com carga horária semanal de 40hs (BRASIL, 2019).

³ ESB II: Compostas por um cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), um técnico em saúde bucal e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Com carga horária semanal de 40hs (BRASIL, 2019).

⁴ eAB: Compostas por um cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Com carga horária semanal de 10hs (BRASIL, 2019).

(2011), e referendado na Linha Guia da Rede de Saúde Bucal (PARANÁ, 2016). Para o autor, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação da RASB.

No entanto, este estudo não identificou a existência de unidades hospitalares de referência na “microrregião”. Destaca-se que quando uma “microrregião” de saúde não tem o serviço ou não tem suficiência do serviço, sempre que possível é definida a referência da macrorregião (PARANÁ, 2015). Sendo assim, a unidade hospitalar de referência para a 20ª RS, está definida na macrorregião Oeste, segundo a Linha Guia (PARANÁ, 2016).

A unidade de atenção ambulatorial especializada identificada, o CEO regional Tipo III, possui Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) n.º 5119731, e é mantido por um Consórcio Intermunicipal de Saúde (PARANÁ, 2015). É referência para o atendimento odontológico especializado nas especialidades de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, odontopediatria, e prótese dentária total e parcial removível. De acordo com o CNES este CEO possui nove cirurgiões-dentistas para atendimento destas especialidades, além de três auxiliares e três técnicos em saúde bucal, bem como funciona 40 horas semanais, conforme disposto na Portaria nº 599 de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

Esta organização corrobora os estudos de Figueiredo e Goes (2009) e Goes et al. (2012), que afirmam que no Brasil, 90,4% dos CEO localizam-se em áreas de referência regional de média complexidade em Odontologia. Centros de referência regional são considerados marcos para estruturação de uma rede de atenção à Saúde Bucal (MELLO et al., 2014). Thomaz et al. (2016) em estudo realizado no estado no Maranhão, afirmam que CEO municipais que não funcionam como referências regionais, fragilizam o processo de regionalização pois se distribuem de forma desigual no território, e refletem em pouca oferta de serviços de atenção especializada.

Outro ponto de média complexidade identificado pelos profissionais se refere ao Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Crâniofaciais (CEAPAC) de referência na macrorregião. *Antes da odontopediatra entrar (no CEO), eu encaminhei a paciente lá para o centro do lábio fissurado, no CEAPAC, ela fez a frenectomia lá e foi bem tranquilo, e continua o tratamento lá (CD6).* No estado do Paraná além dos CEO e LRPD, são elencadas na Linha Guia como unidades de atenção especializada os Centros de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF), a exemplo do CEAPAC. Além de Centros Regionais de Atendimento Integral ao

Deficiente (CRAID), unidades hospitalares de referência e as instituições de ensino superior estaduais (PARANÁ, 2016).

Este estudo permitiu identificar também, na perspectiva dos profissionais, a existência de outras redes de atenção que se entrecruzam com a RASB, de forma que a complementam, como é o caso relatado da rede de urgência e emergência.

A questão dos traumas encaminhados para o Bom Jesus (Hospital de referência regional na rede de urgência e emergência), isso funciona para alguns pacientes específicos que deram entrada na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com algum trauma, entra na central de leitos, encaminha pela rede de urgência e emergência (CD9).

Registrada essa estruturação inicial, apresenta-se um recorte de como os profissionais, compreendem a organização e a responsabilidade de cada um dos pontos da rede de saúde bucal.

A rede seria um serviço interligado, da atenção básica, da média e da alta complexidade, os procedimentos que são viáveis de serem realizados e que abrangem a atenção básica devem ser feitos na UBS, o que foge a isso eles passam para o CEO, e assim para os hospitais também (CD10).

Responsabilidade dos pontos de atenção

Os profissionais da AB relataram quem *têm ofertado o atendimento na atenção básica e o que precisa ser encaminhado, a gente tem encaminhado (CD1)*. Este recorte reforça o reconhecimento do papel do nível básico de atenção na coordenação do cuidado em saúde, como agente de triagem, e na responsabilização pelos usuários (MENDES, 2010; MELLO et al., 2014; PARANÁ, 2016; SILVA et al., 2016).

Aos profissionais *é bem claro o que é feito na atenção básica, e que o CEO não é porta de entrada (CD9), e a gente “mais ou menos sabe”, o que pode ser encaminhado para atenção especializada (CD7)*. Quanto à responsabilização pelos serviços, de acordo com a Linha Guia, em todas as regiões de saúde, os serviços de AB serão porta de entrada, ordenadores da RASB, e de responsabilidade dos municípios. E devem possuir uma referência hospitalar regional, e referências ambulatoriais para a realização tratamentos especializados, com delimitação das responsabilidades de cada serviço (ponto de atenção), além do estabelecimento da base territorial e populacional (PARANÁ, 2016).

A atenção especializada se apresenta de modo complementar às ações realizadas pela AB, *é importante para dar sequência no tratamento [...], e sem ele (CEO) os atendimentos especializados não aconteceriam, e aumentariam as extrações, e a perda dentária (CD2)*.

Conforme prevê a Linha Guia da Rede de Saúde Bucal, além disso, o CEO possui base territorial regional estabelecida e funciona com um sistema de referência regulado.

Na lógica da regionalização, os CEO devem estar presentes nas regiões de saúde, em número proporcional à população residente, características territoriais e articulado junto à oferta de procedimentos básicos, compondo uma rede assistencial em saúde bucal (LUCENA et al., 2016).

Além do mais, foram identificadas ações, umas mais outras menos institucionalizadas, de apoio diagnóstico, apoio matricial, serviço de consultoria, e ações compartilhadas realizadas pelo CEO, com intuito de melhorar interface entre a atenção básica e especializada.

Cabe aos CEO realizar, também, ações de apoio na atenção básica, no âmbito regional e macrorregional, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da rede (PARANÁ, 2016). É fundamental a existência de processos de matriciamento entre CEO e UBS para a definição sobre o acesso, fluxos e protocolos de encaminhamento, discussão de casos clínicos, e discussão das ações a serem implementadas (SANTIAGO et al., 2016). Aliado a isso, o investimento da gestão na capacitação dos cirurgiões-dentistas com ênfase no emprego de protocolos pode ser capaz de gerar impactos positivos para a integralidade da atenção em saúde bucal (SILVA et al., 2016).

Essas ações são capazes de dar suporte à tomada de decisão para o adequado referenciamento, e minimizar as inseguranças apresentadas pelos profissionais, como por exemplo nesta fala: *A gente “mais ou menos” sabe, o que pode ser encaminhado para atenção especializada (CD7)*. Pois é sabido que fatores ligados aos próprios dentistas deste nível de atenção, podem interferir na referência do usuário e na integralidade, sendo importante a capacitação destes profissionais.

Desafios na organização da RASB

Os principais desafios relatados pelos profissionais discorrem sobre dificuldades de organização do processo de trabalho na AB, com insuficiência de profissionais e excesso de demanda; de integração dos pontos de atenção da RASB, na interface entre as atenções básica e especializada, e ausência de fluxo de encaminhamento para o serviço de referência hospitalar, principalmente para o atendimento de pessoas com deficiência sob anestesia geral; além de falta de referência para tratamentos estéticos e ortodônticos, e para reabilitação para Disfunção Temporomandibular (DTM).

No tocante aos relatos de dificuldade de organização do processo de trabalho na AB, os profissionais afirmam que estavam deixando falha *por falta de organização mesmo, organização de agenda, organização de fluxo de paciente, de retorno, essa parte mais administrativa (CD5)*. Este fato também foi evidenciado pelos avaliadores do PMAQ-CEO, e apontam várias razões que sustentam essa desorganização no fluxo de usuários, incluindo a baixa capacidade gestora, a pouca resolutividade de muitas UBS e a baixa cobertura desses serviços (SILVA et al., 2016).

A falta de organização dificulta a ordenação do fluxo dos usuários na RASB, pois a resolutividade está associada não somente com a implantação de novos serviços e de novos equipamentos, mas também à reorganização dos processos de trabalho, além da articulação, conformação, e complementaridade de serviços e redes existentes.

Também foram apontados como complicadores da estruturação da RASB a insuficiência de profissionais e o excesso de demanda, os serviços *não estão conseguindo suportar a demanda que tem, tanto na atenção básica, quanto na atenção especializada, porque tem muitos pacientes para poucos profissionais (CD3)*. Tais ressalvas com relação ao acesso foram justificadas devido à baixa cobertura da atenção básica e especializada.

Então assim, a RASB ela funciona, apesar de a cobertura ser baixa tanto no município, quanto a cobertura que o CEO proporciona para o município, que também é baixa [...]. Uma vez que o paciente entrou na nossa atenção básica, a rede, vamos dizer a atenção básica e especializada, funciona (CD9).

Dados presentes no estudo de Goes et al. (2012), sugerem que municípios com uma cobertura insuficiente de ESB/ESF, obtiveram melhor cumprimento da atenção especializada em saúde bucal, porém, apresentam uma maior demanda espontânea aos CEO. Gonçalves et al. (2018), apresentam resultado contraditório, no qual os municípios com maior cobertura obtiveram melhor desempenho. Quando se apresenta demanda espontânea da UBS ao CEO, certamente haverá melhor desempenho no tocante aos procedimentos de atenção básica, conseqüentemente, aumenta a demanda reprimida para a atenção especializada.

Dado este que pode ser agravado após as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal, conforme relata Narvai (2017). Fica, portanto, aberta a possibilidade de um município organizar seu sistema público de saúde sem incluir a saúde bucal, comprometendo mais fortemente a dificuldade de acesso da população à atenção à saúde bucal.

Estudos como de Figueiredo e Goes (2009), Goes et al. (2012) e Thomaz et al.

(2016), afirmam que as metas para os procedimentos básicos são cumpridas na maioria dos CEO, em contrapartida aos outros procedimentos especializados ofertados, contrariando os princípios da rede hierarquizada e regionalizada de saúde. Diante disso, a implantação de CEO em municípios nos quais a AB não está adequadamente estruturada não é recomendada (CHAVES et al., 2010).

Ademais, foram colhidos relatos da dificuldade relacionada a integração dos pontos da RASB, na interface entre as atenções básica e especializada. Desta forma *o tratamento eu acho que ele é bem feito, dentro de cada seguimento eles fazem certinho, o problema que eu vejo é justamente a integração, quando foge um pouco daquilo que cada um faz, aí se tem um problema (CD14).*

Destarte, Santiago et al. (2016) apontam a necessidade de que haja entre os profissionais, a compreensão da importância e da natureza da atuação das equipes nos demais pontos de atenção, e com elas estabeleçam formas integradas de trabalho. Para Oliveira et al. (2019) as falhas na comunicação entre os profissionais e entre os níveis de atenção, contribui para a fragmentação do cuidado, para deficiências na qualidade da atenção e dificulta a implantação adequada das políticas públicas.

Sendo assim, é fundamental processos de aproximação entre estas equipes com incentivo para a discussão das ações a serem implementadas, como protocolos, por exemplo (SANTIAGO et al., 2016). Investimentos em educação continuada que considerem os diferentes perfis e necessidades profissionais, são importantes para estimular o protagonismo entre esses atores. Para Oliveira et al. (2019), são estratégias que podem melhorar o funcionamento das RAS.

Todavia, alguns profissionais acreditam que a RASB é eficiente entre a atenção básica e especializada. *Até neste ponto eu acho que funciona, agora além disso, da minha experiência até hoje nunca funcionou (CD9).*

No tocante à alta complexidade, entre os profissionais entrevistados, muitos são os apontamentos sobre a ausência de fluxo de encaminhamento para o serviço de referência hospitalar na RASB. Os trechos que seguem ilustram esse achado.

Assim, a atenção hospitalar não temos pra onde encaminhar. [...] eu creio que se a gente tivesse como encaminhar, seria importante ter uma referência pra isso (CD4).

[...] falando na alta complexidade, é mais difícil ainda [...] conversando com as outras regionais da nossa macrorregional, eles têm muita dificuldade de encaminhar para a atenção hospitalar (CD6).

O nosso ponto de referência hospitalar é meio complicado, o hospital não tem muito contato. A alta complexidade é um gargalo, é difícil (CD7).

Dissonância se observa entre as informações empíricas relatadas pelos profissionais e a Linha Guia, sobre a existência de unidade hospitalar de referência em Odontologia definida na macrorregião. Na prática, este ponto, de modo geral, não se mostra articulado na rede, *não existe esse acesso e não funciona como rede, existem pontos de atenção, mas são pontos soltos, não é uma rede, funciona quando a gente tenta de uma maneira ou de outra encaixar o paciente para atendimento (CD9)*, demonstrando a ausência de fluxo de referência definido a este nível de complexidade.

No estado do Paraná 28,6% dos CEO, não possuem referência para aos casos que necessitem de atenção em ambiente hospitalar, especificamente aos casos de sedação/anestesia geral (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Para Silva et al. (2016) quando são necessárias ações dos níveis de maior complexidade, o sistema mostra-se vulnerável, não conseguindo responder com qualidade às necessidades do usuário ou conseguir organizar o cuidado em saúde bucal.

Destaque negativo se dá ao atendimento de pessoas com deficiência pois, conforme relatos há oferta de serviços somente até o nível ambulatorial especializado no CEO, de modo que não há fluxo ordenado ao Hospital Universitário (HU) de referência na macrorregião, para atendimento dos casos que requerem tratamento sob anestesia geral.

Fora daqui do CEO, a dificuldade é de não conseguir “entrar” na alta complexidade com os pacientes especiais. A gente faz o que pode aqui, mas tem casos que precisam ir pra alta (CD12).

Destaque positivo cabe aos pontos de atenção para tratamento cirúrgico e quimioterápico de pacientes portadores de câncer bucal, identificados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) de referência na macrorregião (PARANÁ, 2016). Há relatos de profissionais que obtiveram acesso facilitado a estes pontos, com um fluxo de referência direto com a AB. *Muitos pacientes que vem com lesões, eu encaminho direto ou pro CEONC ou pra Uopeccan, a maioria eu estou encaminhando diretamente (CD4).*

Observa-se nas situações citadas, que o profissional da UBS, tem optado por enviar os usuários com suspeita de câncer de boca diretamente a estes centros, em detrimento do encaminhamento para o CEO, que também é referência para diagnóstico de lesões bucais. Isso

se dá devido a demanda reprimida para o CEO, e pelo acesso facilitado e resolutividade que estes centros proporcionam, ao oferecer diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno.

Outra questão importante é a falta de referência para alguns tipos de demanda, como tratamentos estéticos e ortodônticos, e para a reabilitação para DTM. Esta última trata de uma realidade distinta que não se “encaixa” nas ações priorizadas pela PNSB, nem mesmo abordada na Linha Guia.

Quanto a inclusão da ortodontia no SUS, isso não significaria priorizar a terceira condição mórbida que acomete a boca em prevalência - a má-oclusão, em detrimento de uma mais prevalente - a cárie. Essa sugestão remete a um modelo de atenção renovado, com a coexistência de várias frentes de ação, especificamente, numa época em que a transição epidemiológica é notória, novas frentes de necessidade precisam ser analisadas sob a perspectiva da saúde pública (MACIEL; KORNIS, 2006). Estas condições, com igual ou maior grau de rompimento de normalidade, afeta a vida do usuário que passa a ser um paciente crônico, o que revela outros desafios quando se pensa na gestão da cronicidade, controladas pela atenção básica (MENDES, 2010; PARANÁ, 2016).

Percebe-se que as formas de estruturação organizacional existentes articulam os serviços, e consideram os princípios de regionalização e da hierarquização, de maneira que *o sistema esteja bem colocado cada um no seu ponto (CD14)*. Porém, alguns destacam que *teoricamente é sabido que a rede existe, é tudo muito bem organizado (CD12), mas com dificuldade para pôr em prática (CD3)*.

Eu percebo, que a saúde pública, ela é perfeita no papel, mas na prática, ela é muito deficiente, ela tem muito obstáculo [...], no papel era lindo, mas na prática tem muito empecilho, muita barreira, por isso dificulta você trabalhar (CD13).

Por fim, dos 14 profissionais entrevistados, nove reconhecem que a rede de serviços em saúde bucal existe e está bem estruturada, conforme representados no recorte: *Eu acho que tem funcionado bem, cada um na sua esfera, no município, na região têm feito o seu papel (CD1)*. Porém, mesmo com avanços reconhecidos, ainda persistem os que acreditam não existir propostas eficientes para a constituição da rede de forma universal, eficiente, eficaz e efetiva, pois *eles se veem como uma coisa mais isolada, principalmente os dentistas da atenção básica (CD10)*.

Considerações finais

Os dados aqui apresentados sugerem que há oferta de serviços de Odontologia

presentes na região, de maneira que se percebe pelos profissionais o conhecimento da RASB, tanto dos pontos de atenção, quanto das suas responsabilidades. Porém, a existência de pontos de atenção não garante a existência da rede, portanto, devem ainda ser explorados, se estas relações estabelecidas entre os níveis de atenção são capazes de superar, com qualidade, a fragmentação do sistema de saúde na prática.

Ainda são frágeis os mecanismos que articulam a UBS e o CEO com os serviços de alta complexidade, configurando um cenário muitas vezes dissonante daquele desenhado pela Linha Guia. Esta desarticulação compromete o modelo proposto pelo estado, pois a articulação dos serviços é imprescindível para a integralidade do cuidado, de maneira que se percebe essa maior integração entre os níveis da atenção básica e média complexidade. Além disso, ressalta-se que um sistema com foco na AB, requer que esta seja fortalecida, a fim de não transformar demanda espontânea da UBS em referenciada ao CEO.

A limitação deste estudo é a ausência de manifestação dos profissionais da alta complexidade. Entretanto, esta dificuldade de contato por si só, já sugere a “desarticulação” encontrada neste nível de atenção. Sendo assim, não é possível inferir que a RASB esteja completamente estruturada na região de acordo com os pressupostos da territorialização e regionalização. Com este estudo, pretende-se apontar caminhos que possam contribuir com a consolidação da RASB, de maneira que ela seja conhecida e desenvolvida por todos os profissionais integrantes dela, e que estes se sintam protagonistas, e favoreçam sua utilização pelos usuários.

Sugere-se ainda que os desafios apontados: a dificuldade de acesso, demanda reprimida, interfaceamento entre os níveis de atenção, e propriamente o cuidado em saúde bucal, merecem ser melhor explorados em investigações futuras.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/>. Acesso em: 10 de mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb> Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 24 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses**

Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 30 dez., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 13 dez., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 18 de 7 de janeiro de 2019. **Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União, 2019.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.** Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

DITTERICH, Rafael G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná.** Londrina, SESA/INESCO. Cap. 1, p. 15-37, 2019.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S. A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 259-267, fev., 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais.** Recife: Editora UFPE, 2016.

GOES, Paulo S.A. et al. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28 sup:S81-S89, 2012.

GOLDIM, José R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. **Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 432-438, 2018.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUCENA, Edson. H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no

processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. [organizadores]. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

MACIEL, Sergio M.; KORNIS, George E. M. **A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 59-81, 2006.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MELLO, Ana Lúcia. S. F. et al. **Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p. 205-214, 2014.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

NARVAI, Paulo C. **O fim do Brasil Sorridente?** *Jornal Odonto*. Edição 238, 2017. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcape1238.htm>. Acesso em: 18 fev. 2019.

OLIVEIRA, Cecylia R. F. et al. **Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. **Plano Diretor de Regionalização**. Curitiba, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia - Rede de Saúde Bucal**. Curitiba, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027> . Acesso em: 12 dez. 2019.

PINTO, Márcia H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. [organizadores]. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 221-233, 2016.

SANTIAGO, Bianca M. et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 49-62. 2016.

SILVA, Andrea N. et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. [organizadores]. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 100-138. 2016.

THOMAZ, Erika B. A. F et al. **Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011**. Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.807-818, out.dez., 2016.

O CUIDADO INTEGRAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

INTEGRAL CARE IN THE ORAL HEALTH CARE NETWORK

Resumo

A organização dos sistemas sob o modelo de redes de atenção à saúde (RAS), no campo da saúde bucal, se mostra favorecida pelo desenho atual da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A construção de uma rede de atenção integrada exige que os pontos de atenção possibilitem o acesso aos diferentes níveis de complexidade, e que garantam a integralidade do cuidado aos usuários. Neste contexto, este estudo buscou analisar práticas de cuidado e organização dos serviços, bem como a interface entre as unidades básicas de saúde (UBS) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, realizado na 20ª Regional de Saúde do Paraná. Os dados foram coletados no período de março e abril de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, e foram submetidos à análise de discurso. Foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, sendo nove da UBS e cinco do CEO. Os resultados destacam que a oferta limitada e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são frequentemente relatadas como maiores comprometedores da integralidade do cuidado. Ressalta-se a importância de repensar práticas e organização dos serviços, de maneira a ampliar o acesso em todos os níveis de atenção à saúde bucal.

Palavras-chave: Cuidados Odontológicos; Regionalização; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Rede de Atenção à Saúde.

Abstract

The organization of systems under the health care networks (RAS) model, in the field of oral health, is shown to be favored by the current design of the National Oral Health Policy (PNSB). The construction of an integrated care network requires that the care points provide access to different levels of complexity, and that they guarantee comprehensive care to users. In this context, this study sought to analyze care practices and organization of services, as well as the interface between the basic health units (UBS) and the Dental Specialties Center (CEO). This is an exploratory and descriptive qualitative study, carried out at the 20th Regional Health of Paraná. Data were collected in the period from March to April 2019, through semi-structured interviews, and were subjected to discourse analysis. 14 professional dental surgeons were interviewed, nine from UBS and five from the CEO. The results highlight that the limited offer and the difficulty in accessing health services are often reported as the greatest compromise in comprehensive care. The importance of rethinking practices and organization of services is emphasized, in order to expand access at all levels of oral health care.

Keywords: Dental Care; Regionalization; Access to Health Services; Integrality in Health; Health Care Network.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (BRASIL, 2011). No que se refere à integralidade, Mattos (2009) afirma que é mais que uma diretriz, são certas características do sistema de saúde, relacionadas aos profissionais e suas práticas, organização de políticas, e de suas instituições, que podem ser consideradas desejáveis.

A organização dos serviços e do cuidado podem interferir na integralidade de um sistema. Serviços com fortes traços de fragmentação geram dificuldades de acesso às ações de saúde e a cuidados oportunos. Além de falta de qualidade técnica na provisão do cuidado, o uso irracional e ineficiente dos recursos existentes e o descompasso entre a oferta e as necessidades e expectativas da população também produzem obstáculos para o alcance da integralidade (LAVRAS, 2011; KUSCHNIR, 2015). Em sistemas fragmentados, a atenção básica não se comunica fluidamente com a média complexidade, e esses dois níveis também não se comunicam com a alta complexidade, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a equipe de atenção básica não pode exercer seu papel de centro de comunicação e de coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a expansão e qualificação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitou romper com o antigo modelo assistencial curativista, excludente, tecnicista e biologicista (RONCALLI, 2000, PUCCA JR et al., 2015). Nesse sentido, buscou-se articular propostas da vigilância em saúde baseando-se no cuidado e na integralidade, e na busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (THOMAZ et al., 2016a).

Quanto às práticas, o modelo de atenção em saúde por meio da conformação de redes de atenção em Odontologia, propõe garantir a mudança do paradigma entre o modelo cirúrgico-restaurador para um modelo que atue na promoção de saúde. Neste modelo há a premissa da garantia do acesso e fortalecimento das unidades de saúde com cuidado integral às pessoas, pautado na equidade e com capacidade de resolutividade dos problemas sobre a perspectiva do cuidado e não mais da cura (MENDES, 2011; PINTO et al., 2016).

O estado do Paraná, a partir de 2011, optou em adotar o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) na sua gestão e organização da atenção à saúde, compreendendo que o atual modelo de gestão estava ultrapassado devido ao seu modelo de cuidado fragmentado. No ano de 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal, sugeriu como política pública para o estado

do Paraná a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) (PARANÁ, 2016; DITTERICH et al., 2019).

Este modelo de atenção preconiza que os pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS), que necessitem de atenção especializada, sejam encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (SILVA et al., 2016). A construção de uma rede de atenção integrada em saúde bucal, de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização, exige a implantação de diversos pontos de atenção, que garantam o acesso aos diferentes níveis de complexidade (PINTO et al., 2016). Além disso, é preciso manter a integralidade do cuidado aos usuários, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento (referência e contrarreferência), com base no modelo ideal de integração (BRASIL, 2004; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Considerando que a RASB ainda é recente no Paraná e que há poucos estudos que investigam sua operacionalidade, sobretudo, em relação ao aspecto da integralidade, indaga-se: Em que medida os diferentes pontos de atenção da RASB estão conseguindo se articular, garantindo aos seus usuários um cuidado integral?

Neste contexto, este manuscrito buscou analisar as práticas de cuidado e de organização dos serviços, bem como a interface entre as unidades básicas de saúde (UBS) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), integrantes da RASB em uma região de saúde do Paraná.

Percurso metodológico

O estudo caracterizou-se por ser um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, realizado na 20ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Nesta região de saúde está implantado o CEO regional Tipo III, no município sede de Toledo, vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde. Este é referência para o atendimento odontológico especializado para as equipes de atenção básica dos 18 municípios consorciados.

Para a análise da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal, foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove das UBS de municípios da região e cinco do CEO, considerados informantes chaves deste estudo. Na alta complexidade, não foi possível a realização de entrevistas dos profissionais, pois não se obteve contato com a referência hospitalar. O período de coleta de dados foi de março e abril de 2019, e se deu por meio de entrevistas gravadas, orientadas por um roteiro semiestruturado que continha as

seguintes perguntas norteadoras: Como você identifica a inserção de práticas de cuidado em saúde bucal, e a organização dos serviços? Os fluxos de referência e contrarreferência funcionam? Como você percebe o movimento do usuário dentro da RASB?

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e submetidas à análise do discurso segundo técnica ideográfica (individual) e nomotética (geral) proposta por Martins e Bicudo (2005). Foram analisadas a síntese do aparato das significações registradas, de maneira articuladas às informações obtidas por meio de entrevistas, visando organizar o material empírico em subcategorias, de maneira a analisar as práticas de cuidado em saúde bucal e a organização dos serviços.

O processo de codificação ocorreu de forma que foram atribuídos aos profissionais cirurgiões-dentistas as iniciais CD. Os profissionais da UBS receberam a sequência numérica de 1 a 9 (CD1 ao CD9), e os do CEO de 10 a 14 (CD10 ao CD14), numerados conforme a ordem da realização das entrevistas.

Os aspectos éticos foram rigorosamente obedecidos conforme a resolução 466/12 que regulamenta pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). Este estudo integra uma pesquisa maior, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que os pesquisadores estão vinculados, com parecer número 3.120.681 e CAAE 04165518.2.0000.5231.

Resultados e discussão

Do processo de análise emergiram subcategorias articuladas a categoria de cuidado em saúde bucal, mais precisas e mais específicas em relação ao objeto de pesquisa, e são: acesso e demanda reprimida; o cuidado na UBS; e o cuidado no CEO.

Acesso e demanda reprimida

A dimensão do acesso relativa à organização dos serviços, em muitas situações, influencia das práticas dos profissionais e na prestação do cuidado. É constante o relato de que os profissionais da AB se sentem “afogados” na parte curativa (CD3) imposta pela demanda espontânea, pois *a população que procura os serviços ainda é para procedimentos curativos (CD1)*.

As equipes têm se defrontado com tensões entre a demanda espontânea e demanda programada. Esta última encontra-se sucumbida sob a pressão da demanda por atendimentos imediatos, e isto não corresponde ao ideal de integralidade (MATTOS, 2009). Aquilante e Aciole (2015b) destacam ainda, que a demanda reprimida pode justificar esta continuidade da

centralização em práticas clínicas curativas.

Mattos (2009, p. 60) enfatiza não ser aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças, embora eles devam responder a tais doenças. “Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem”. Porém, ressalta que as oportunidades geradas pela demanda espontânea, também devem ser aproveitadas para organizar o processo de trabalho.

Todavia, acredita-se que os usuários que conseguem acesso e aderem ao tratamento na atenção básica, conseguem a manutenção do cuidado e a integralidade do atendimento. Baldani et al. (2005) apresentaram resultados de pesquisa realizada no Paraná em que 9,5% dos municípios não conseguiam resolver nem encaminhar alguns casos. Porém, este percentual está condicionado aos casos que obtiveram acesso aos serviços, ignora-se os usuários que não acessaram.

A organização da AB por meio da ESF, é uma característica que parece alterar o processo de trabalho dos profissionais, conforme destaca o relato:

A nossa realidade é diferente da realidade de outros municípios, que eu vejo nas reuniões que eles se queixam bastante. Para cada consultório nós temos um técnico em saúde bucal. E na verdade, eu não tenho muita demanda reprimida (CD6).

Esta realidade apresentada pode ser justificada também por variáveis como diferentes áreas de abrangência, perfis epidemiológicos, além de características relacionadas a composição e resolutividade dos profissionais da ESB. Mas principalmente destaca-se a organização desta equipe por meio a ESF.

A implantação de ESB organizadas por meio da ESF, contribuem para o movimento de reversão da perspectiva da Odontologia curativa para a Odontologia coletiva nos municípios estudados. E embora ainda com limitações, têm oferecido um atendimento mais integral. *Nas unidades da estratégia (ESF), têm uma população mais definida, consegue trabalhar mais, consegue ter essa visão diferente do paciente, uma visão maior, de ser humano (CD9).*

Esta organização permite o vínculo e uma visão ampliada do paciente por meio da atuação de uma equipe multiprofissional (PARANÁ, 2016). Porém, inquietude se instala diante das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB, que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal. Fica, portanto, aberta a possibilidade de um município organizar seu sistema público de saúde sem incluir a saúde bucal, conforme relata Narvai (2017).

Portanto, as melhorias pretendidas requerem investimento em saúde bucal, e a inserção do dentista na ESF é parte essencial da estruturação dos serviços. Porém, a cobertura da ESB em todo país ainda é baixa (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Os resultados encontrados no estudo de Gonçalves et al. (2018), apontam que os municípios com maior cobertura ESB/ESF também obtiveram melhor desempenho nos CEO. Defende-se que, uma cobertura universal da ESF, pode diminuir a demanda para atenção especializada, além de possibilitar um referenciamento qualificado e apropriado.

Pois, as práticas profissionais dos cirurgiões-dentistas das UBS, também interferem nas filas e demanda reprimida, na medida em que referencia o usuário para a atenção especializada, *e se percebe que o dentista nem olhou a boca (CD12)*, gerando demanda inapropriada.

Além disso, há uma percepção de que, embora haja alguma cobrança pela execução de ações coletivas promocionais e preventivas, o interesse e o compromisso do profissional cirurgião-dentista é que, em última análise, determina a sua realização (MELLO et al., 2014).

A organização da rede a partir de uma AB resolutiva, pode contribuir para redução da demanda por atendimentos especializados. Porém, não sendo, pode contribuir para a transformação da demanda espontânea em demanda referenciada aos serviços de atenção especializada. Alguns estudos indicam grande proporção de procedimentos típicos da atenção básica sendo realizados nos CEO (FIGUEIREDO; GOES, 2009; CHAVES et al., 2010; CHAVES et al., 2012; GOES et al., 2012; THOMAZ et al., 2016b).

Neste, estudo as filas de espera para a média complexidade se mostram comprometedoras para a integralidade do cuidado em saúde bucal. O tratamento adequado acaba não sendo realizado em tempo oportuno, não há a conclusão destes tratamentos, além de também contribuírem para altas taxas de abstenção do usuário, conforme evidencia o estudo de Thomaz et al. (2016b).

A gente encontra vários pacientes com a indicação de mais de ano, então um problema que era pequeno, pode ter se tornado algo maior, então assim se eu preciso de um exame complementar, vem depois de 4/5 meses, se era um coisa urgente, o cuidado acaba se perdendo (CD14).

A maior demanda reprimida tem sido relatada principalmente nas especialidades de Prótese Dentária, Endodontia e Odontopediatria. A primeira apresenta a maior demanda reprimida, tendo um tempo de espera aproximado de três anos. *A nossa lista é de mil e poucos pacientes de prótese, a gente tá chamando paciente de 2016 (CD9).*

A Prótese Dentária e a Endodontia também aparecem como maior demanda reprimida no estudo de Aquilante e Aciole (2015b). Estes autores observam que a ampliação das ações de saúde bucal na UBS aumentou a demanda por tratamento especializado, e os CEO não estão conseguindo absorvê-la a contento.

O estudo de Magalhães et al. (2015) revela que mesmo diante de todas as dificuldades/barreiras que os usuários possam ter enfrentado para acessar o serviço, para a quase totalidade dos entrevistados, “valeu a pena” ou “valeu muito a pena” ter utilizado os serviços de saúde bucal. Parece que para aqueles que tem acesso efetivo, ou seja, aqueles que precisam e utilizam, a satisfação é positiva (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Outro aspecto que aumenta a demanda reprimida de acordo com os participantes é o fato de que, alguns usuários *que antes só iam em consultório particular, agora fazem uso da rede SUS (CD6)*. Magalhães et al. (2015), relatam em seu estudo que, no que diz respeito à dimensão da equidade no atendimento recebido, em que foi indagado ao usuário se existia diferença no atendimento das necessidades de saúde bucal comparando os serviços públicos com os privados, verificou-se que 48,6% deles responderam que essas necessidades foram “igualmente atendidas”.

Anterior à PNSB, os tratamentos especializados eram disponibilizados, de maneira geral, no âmbito privado, sendo dispendiosos e inacessíveis para a maior parte dos brasileiros. Por esta razão, a conquista do acesso de tais serviços para a população é de extrema importância, pois possibilita a continuidade dos tratamentos odontológicos. *O CEO é considerado um complemento importante para dar sequência no tratamento, e sem ele os atendimentos especializados não aconteceriam, e aumentariam as extrações, e a perda dentária (CD2)*.

É sabido que fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade, local e condições de moradia, interferem no acesso aos serviços de saúde, favorecendo ou não a procura e utilização dos mesmos (CHAVES et al., 2012; GONÇALVES et al., 2018). Pucca Jr et al. (2015) afirmam que os aspectos sociais e culturais, ainda são dificultadores do acesso, e os estratos sociais mais baixos possuem suas necessidades bucais ainda reprimidas.

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde bucal tenham uma visão ampliada e crítica dos condicionantes sociais e econômicos que interferem na saúde da população, no intuito de não perpetuar a prática da Odontologia curativo-mutiladora (AQUILANTE; ACIOLE, 2015a).

Além da demanda reprimida, outro aspecto que interfere no acesso são aqueles relativos ao usuário, entre eles o absenteísmo. Os principais motivos para as faltas são:

dificuldade de deslocamento, esquecimento, falta de entendimento, e de adesão ao tratamento. Destaca-se o absenteísmo na especialidade de endodontia, em que após a eliminação da dor ou por falta de maiores orientações, o paciente abandona o tratamento.

Nós tentamos explicar conversamos, mas eles dizem “eu não estou mais sentindo dor, ela me atendeu lá no CEO”. Então já passou a dor, e não precisa mais de tratamento, essa é uma questão que pesa bastante, e no caso de canal é o que ouvimos “eu já fui no dentista, ele já resolveu minha dor” (CD5).

Antunes e Narvai (2010), indicam a necessidade de conscientização do usuário, por meio de uma estratégia eficaz de educação em saúde, pois o dente que apresenta necessidade de tratamento endodôntico, quando não é realizado, provavelmente terá de ser extraído no futuro, agravando a situação de saúde bucal.

O achado deste estudo, também alerta para que o usuário seja melhor informado e estimulado em sua autopercepção, pois interpretações errôneas dos profissionais como *falta de colaboração, de uma conscientização e uma valorização por parte dos usuários (CD6)*, podem gerar culpabilização dos indivíduos. A autopercepção de saúde é uma importante ferramenta de análise da saúde de uma população, uma vez que é por meio desta que o indivíduo se conscientiza sobre a busca por tratamento e se empenha para que o problema seja resolvido (MAGALHÃES et al., 2015).

Além do mais, o acesso geográfico ao CEO localizado no município sede se mostra dispendioso, pois as idas e vindas, o deslocamento, e a espera para atendimento favorecem ao absenteísmo do usuário, mesmo com apoio logístico fornecido pelo município de origem por meio do transporte sanitário. De acordo com Lucena et al. (2016) o acesso geográfico está relacionado com a existência ou não do serviço de saúde em local e momento apropriado, e engloba a distância e opções de transporte dos usuários. Para Chaves et al. (2010), a proximidade da unidade básica com o serviço especializado é importante, e observou que apenas 25,2% dos usuários referiram facilidade de acesso ao CEO.

É evidente a existência de demanda reprimida e dificuldade de acesso em todos os níveis de atenção em saúde bucal. A demanda inapropriada gerada pela atenção básica é significativa, portanto, há a necessidade de fortalecimento desta a fim de torná-la mais resolutive. Porém, outros fatores podem ser comprometedores do acesso, como localização geográfica das unidades, e outros fatores relacionados ao próprio usuário.

O cuidado na UBS

Este estudo permitiu evidenciar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Odontologia nas UBS. Destaca-se a dificuldade em avançar em estratégias de melhoria, estruturação, e organização dos processos de trabalho, que ocorre em grande parte devido ao número insuficiente de profissionais, a pouca qualificação dos mesmos, e a sobrecarga de funções nesse nível de atendimento. Como exemplificam as falas:

Para sair fazer a prevenção está bem difícil, a gente está “secando gelo”, é muita demanda para tão pouco tempo (CD3).

Então a gente ficou muito tempo com poucos profissionais, parou atividades de prevenção, de educação na escola, estava tudo parado. Agora a gente tá tendo essa função de curar o que não foi prevenido, e ainda tentar prevenir o que dá, e isso reflete nas filas (CD1).

Estudo de Baldani et al. (2005) já relatava a dificuldade por parte de algumas equipes da UBS, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas, como por exemplo, visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção. E estas dificuldades continuam a ocorrer, e refletem em dependência e no aumento das filas para a especialidade.

Para superar essa situação, é indispensável, dentre outras coisas, assegurar a qualificação dos profissionais e o número pré-estabelecido de equipes de acordo com o número de famílias adscritas, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

A falta de uma equipe de AB, ou de uma equipe que não cumpra o seu papel de modo efetivo, seja pelo número insuficiente de equipes ou pela dificuldade de operar as diversas ações da AB, compromete profundamente a continuidade assistencial. A falta de cuidados oportunos aparece nas longas filas de espera, nas referências tardias ou em cuidados prestados com enfoque reduzido (KUSCHNIR, 2015).

Além disso, alguns participantes reconheceram limitações técnicas e insegurança em atender alguns casos e realizar alguns procedimentos odontológicos na UBS, principalmente em pacientes mais complexos. *O paciente especial de poli farmácia com várias enfermidades, às vezes a gente acaba fazendo os procedimentos, mas com receio, com insegurança (CD2).* Esta dificuldade é também em razão da estrutura da unidade e disponibilidade de materiais e insumos adequados ao trabalho do cirurgião-dentista, conforme destaca a fala abaixo.

Porque a gente vê que muitos municípios, não têm muito instrumental não tem material, isso torna as coisas meio árduas também, e nem todo mundo tem a mesma destreza para uma cirurgia, para atender um paciente mais arriscado, um paciente especial. O dentista de repente

não quer se arriscar, e não tem o amparo ali no município caso aconteça alguma coisa (CD10).

Inclusive, contrariando o princípio da resolutividade da atenção básica de 80% dos casos, determinado na Linha Guia da Rede de Saúde de Bucal do Paraná (MENDES, 2010; PARANÁ, 2016). Alguns profissionais reconhecem que *é claro que tem casos que não necessitam estar na atenção especializada, que podem ser resolvidos aqui (na UBS), mas a maioria (silêncio – devem estar no CEO) (CD6).*

Estas dificuldades relatadas, podem ser co-responsáveis pela persistência de práticas de saúde bucal hegemônicas. Predominantemente da Odontologia com atuação estritamente curativa e restauradora, conforme exemplifica a fala:

Ainda tem os dentistas que não tem muito a visão maior, então eles acabam sendo dentistas muito focados na atenção curativa, restauradora, resolver aquele problema que está ali, ainda existe uma visão muito limitada do que é a atenção em saúde bucal (CD9).

Situação semelhante foi descrita em outros estudos, como de Baldani et al. (2005), Chaves et al. (2012), Mello et al. (2014), e Aquilante e Aciole (2015b), que identificaram cirurgiões-dentistas restritos ao atendimento clínico ambulatorial básico, em detrimento das atividades preventivas e de ações coletivas. Mattos (2009) ressalta que um dos sentidos da integralidade se baseia na necessidade de as combater práticas fragmentadas e reducionistas, de dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento de considerações psicológicas e sociais.

Na mesma linha, para Chaves et al. (2010) a produção do cuidado deve ser vista de forma sistêmica e integrada, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais. Porém, acredita-se que para a efetivação da mudança paradigmática pretendida, apenas a organização dos serviços pode não ser suficiente.

Pois, a conduta de cada cirurgião-dentista é influenciada pela formação acadêmica destes profissionais, conforme relato: *A minha visão é uma escola mais antiga, e hoje em dia você vai conversar com o estudante de Odontologia, é tudo diferente, os profissionais não tem mais a mesma paciência para ações coletivas (CD6).*

Autores afirmam que a reprodução do modelo curativista e hospitalocêntrico parece estar mais vinculado ao perfil de formação do profissional do que necessariamente ao tipo de serviço em que o profissional está inserido (BALDANI et al., 2005; AQUILANTE; ACIOLE, 2015b). Visando alterar essa situação, há a necessidade de reformas curriculares nos cursos de graduação, que de fato sejam coerentes a política pública de saúde e capazes de responder às

necessidades individuais e coletivas da população.

Para Pucca et al. (2015) a formação universitária ainda é ditada pelos requisitos das clínicas dentárias privadas, e centrada em doenças, em que as rotinas de cuidado e normas se baseiam nas percepções dos profissionais, em oposição às necessidades dos pacientes. E ainda, somente cursos de capacitação oferecidos aos profissionais do SUS, pontuais e isolados, podem não ser suficientes para mudar este quadro (AQUILANTE; ACIOLE, 2015a).

Conforme relata Mattos (2009), a integralidade não deve ser vista como uma atitude a ser desenvolvida exclusivamente nas escolas, mas algo que se produz na organização do processo de trabalho em saúde. Contudo, tais colocações tornam-se desafiadoras considerando que as práticas dos profissionais de saúde bucal, historicamente, são baseadas no atendimento clínico individual, curativista e fragmentado (FIGUEIREDO et al., 2012).

Apesar dessas limitações, nota-se nas falas de alguns participantes que estes reconhecem seu papel como nível de assistência ordenadora, a equipe *oferta a atenção básica e o que precisa ser encaminhado, a gente encaminha para o CEO, e informamos que eles podem voltar para a UBS quantas vezes for preciso (CD1). A gente consegue acompanhar esse paciente a cada 6 meses, e eu consigo marcar retorno, então tem pacientes que já voltam ao consultório só para uma revisão e ele não tem problema um novo (CD6).*

De maneira geral, atuam na triagem, motivando o encaminhamento à atenção especializada, mantendo o controle sobre os pacientes que são encaminhados, e os contrarreferenciados pelo CEO, legitimando a publicação do MS (BRASIL, 2018), e corrobora os estudos de Figueiredo et al. (2012) e Thomaz et al. (2016b). Desta forma, há o reconhecimento do papel da atenção básica em saúde na coordenação do cuidado em saúde, na responsabilização pelos usuários, e criação de vínculo com a comunidade (MELLO et al., 2014; PARANÁ, 2016; SILVA et al., 2016).

Algumas dificuldades apresentadas têm sido superadas com estratégias eficientes, como qualificação de fila prévia ao encaminhamento para o CEO. Este processo consiste na identificação dos usuários, de forma que o usuário que mais precisa seja atendido mais rapidamente, e que aquele que não tem indicação clínica para a realização de procedimento especializado sejam retirados dessa fila. Isso favorece o tratamento em tempo hábil, e a otimização da referência, diminuindo a demanda desqualificada.

Experiências exitosas têm sido registradas na priorização de atendimentos de usuários contrarreferenciados pelo CEO, para a conclusão do tratamento em tempo oportuno, confirmando o atendimento compartilhado previsto na clínica ampliada, e favorecendo o

processo de manutenção da longitudinalidade do cuidado. *O paciente volta com a contrarreferência, veio da endo, então nós encaixamos como emergência, eu não deixo 2, 3 meses na fila, para cair o curativo e contaminar o dente (CD8).*

Portanto, observa-se que os profissionais das UBS reconhecem suas atribuições, porém no desempenho destas têm enfrentando bastante dificuldade. Entretanto, há relatos de melhorias no tocante a revisão de práticas profissionais, reorganização de processos de trabalho, como qualificação de fila para referência à especialidade, e priorização de atendimentos com vistas a proporcionar tratamento em tempo oportuno. E o próprio reconhecimento dos entraves apontados pelos profissionais dentistas, por si só, já pode direcionar às melhorias pretendidas.

O cuidado no CEO

O cuidado no CEO é intimamente relacionado ao cuidado prestado nas UBS, e os instrumentos de referência e contrarreferência possibilitam a integração dos serviços. Os recortes exemplificam:

Eu estou aqui todo dia, eu vejo que o paciente vem encaminhado do posto, a gente faz o que tem que fazer (no CEO), depois a gente devolve para o posto para eles terminarem o tratamento, ou encaminhar para outras especialidades, eu acho que ela acontece na prática (CD11).

É muito válido quando o paciente vem, quando traz a contrarreferência a gente sabe o que foi feito, o que aconteceu, o que ele foi orientado mesmo (CD2).

Esse dado pode apontar para um adequado estabelecimento do mecanismo de referência e contrarreferência, confirmando os resultados de Magalhães et al. (2015), que identificou que indivíduos que frequentaram a AB, e foram referenciados aos serviços especializados e posteriormente contrarreferenciados, tiveram mais êxito na continuidade do processo de cuidado em saúde bucal.

Os profissionais do CEO também identificam que a AB apresenta boa atuação quando direcionada pela média complexidade. *Quando você manda a contrarreferência com as orientações para fazer limpeza, cuidar do paciente, orientar o paciente, funciona (CD13).* E de certa forma, os profissionais relatam estar *assumindo algumas responsabilidades que são da atenção básica (CD10).*

Esses relatos vão ao encontro dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Os avaliadores externos do PMAQ-CEO observaram que muitos CEO absorvem a demanda da

UBS, fazendo com que os profissionais da atenção básica se limitem a realizar procedimentos de urgência, sendo a continuidade do tratamento realizado pelos profissionais da atenção especializada (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; SILVA et al., 2016).

Desta maneira, a média complexidade fica exposta à execução de procedimentos típicos de atenção básica, desviando-se do seu objetivo central. Diante disso, a implantação de CEO em municípios nos quais a atenção básica não está adequadamente estruturada não é recomendada (CHAVES et al., 2010). Isso certamente, pode ser um dos causadores de demanda reprimida e sobrecarga dos serviços especializados, a medida em que o funcionamento efetivo dos CEO depende de uma AB acessível e resolutive.

Além disso, uma rede de serviços equivocadamente centrada no CEO tem pouco potencial de resolução, e transfere a este todo o papel da assistência em saúde bucal. A PNSB aponta que o ambiente favorável à abordagem integral se encontra nos cenários da UBS, e não nos CEO, cuja sistemática ainda funciona baseada nos procedimentos, e não é capaz de absorver todas as necessidades em saúde bucal da população (BRASIL, 2004a; SILVA et al., 2016).

Observa-se que neste nível de atenção, os profissionais relatam oferecer cuidado em saúde bucal aos usuários e às famílias:

Eu faço orientação para as mães dos pacientes especiais, porque muitas vezes a família também acaba sendo uma família especial, na verdade são uma família especial. Muitos deles são analfabetos, são pessoas que não conseguem entender o que o filho tem, então eu sempre oriento a escovação, eu ensino como é que faz [...]. E neste caso em especial, eu vou encaminhar uma carta para a assistente social, e para a escola, para que acompanhem ele, e ele vai ter que ficar vindo aqui a cada 4 meses (CD12).

Quando um profissional, diante de um paciente, aproveita para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto, e busca compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que ele apresenta, seria a marca maior de um dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2009).

Na dimensão do cuidado na média complexidade, a implantação dos CEO pode constituir estratégia relevante com vistas à organização dos serviços e práticas de integralidade em Odontologia, especialmente em duas perspectivas. Uma delas seria, a integração de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e a segunda a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA, 1998).

De acordo com Goes et al. (2012), os CEO podem ser exemplos de serviços que

promovem a prevenção secundária e terciária, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde.

Por fim, a busca pela eficiência e resolutividade aparece de forma constante nas falas dos profissionais do CEO, pois *tem que resolver, está nas mãos do especialista, é o nosso papel, a resolução (CD14)*. *O que a gente pode suprir aqui (no CEO) a gente sempre tenta ser eficiente (CD10)*. De modo que existe um fluxo também dentro do CEO, entre as especialidades, isso é importante, *porque não é só a nossa especialidade, a gente tem que ver o paciente como um todo, e eu acho que isso aqui (no CEO) funciona bem (CD11)*.

Estudo de Magalhães et al. (2015), relata que os 55,1% dos usuários dos CEO de Pernambuco, responderam que seu problema foi “muito bem resolvido”. E por se tratarem de um serviço do nível secundário da atenção, os CEO requerem uma maior incorporação de equipamentos, insumos e materiais odontológicos, assim como de profissionais mais especializados em determinados problemas de saúde bucal. Estas características também contribuem para a resolutividade da atenção especializada.

São identificadas, portanto, práticas individuais direcionadas para a integralidade e resolutividade das ações. Porém, os CEO absorvem parte da demanda da atenção básica, principalmente em razão da demanda inapropriada.

Considerações finais

A histórica oferta limitada e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são frequentemente relatadas como maiores comprometedores da integralidade do cuidado. Diante disso, este estudo buscou analisar práticas de cuidado e organização dos serviços, bem como a interface entre a AB e o CEO.

Os resultados revelaram que, no que se refere a atenção básica, um dos principais motivos que dificultam a inserção do cuidado à saúde bucal, reside na fragilidade do cumprimento das atribuições relativas a este nível de atenção, que ora não conseguem absorver toda a demanda e ora geram demanda inapropriada aos níveis especializados. Iniciativas que visam dar suporte à tomada de decisão para o adequado referenciamento, se mostram boas estratégias de melhoria dos fluxos assistenciais, pois possibilitam a otimização das, até então, insuficientes vagas, e a ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

A média complexidade se destaca pela busca da eficiência e resolutividade, contudo, sofre sobrecarga de encaminhamentos. A demanda reprimida em ambos os níveis de atenção, induz a uma revisão de práticas e de organização dos serviços, que podem ser estratégias para a diminuição da demanda por procedimentos curativos mais complexos, e consequentemente as filas para a atenção especializada. Superar a hegemônica perspectiva de qualidade na dimensão estritamente técnica, e pensar mudanças assistenciais em saúde bucal que produzam práticas de cuidado de maneira eficaz, é um nó crítico e um desafio a ser trabalhado com os profissionais.

Aponta-se como lacuna do estudo a ausência da perspectiva do usuário sobre a rede de cuidados em saúde bucal. E por fim, compartilhamos da “imagem-objeto” apresentada na Linha Guia da RASB, para o fim do isolamento que caracterizou a prática da Odontologia nos últimos anos, e do sentido “tarefeiro” baseado no cumprimento de procedimentos tecnicizados, que perpetua o ciclo restaurador repetitivo.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, José L. F.; NARVAI, Paulo C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365, 2010.

AQUILANTE, Aline G.; ACIOLE, Geovane G. **Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, jan., 2015a.

AQUILANTE, Aline G.; ACIOLE, Geovane G. **O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente”: um estudo de caso.** Ciência e Saúde Coletiva., v.20, n.1, p. 239-248, 2015b.

BALDANI, Márcia Helena., et al. **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1026-1035, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília, 2004. Disponível em: <
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>> Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS - Coleção Para entender a gestão do SUS.** CONASS. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília –

DF, 13 dez., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília, 2018.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.11. p. 3115-3124, 2012.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado**. *Revista Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2010.

DITTERICH, Rafael G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina, SESA/INESCO. Cap. 1, p. 15-37, 2019.

FIGUEIREDO, Nilcema.; GOES, P. S. A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.2. p.259-267, fev., 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema, et al. **Avaliação de ações a atenção secundária e terciária de saúde bucal**. In: GOES, P. S. A., MOISÉS, S. J. organizadores. *Planejamento gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo. Artes médicas. Cap. 16, p.195-209. 2012.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016.

GOES, Paulo S. A. et al. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil**. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28 sup:S81-S89, 2012.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. **Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná**. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 432-438, 2018.

HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 331-336, 2004.

KUSCHNIR, Rosana. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, M. C. R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, Cap. 16, p.130-154, 2015.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUCENA, Edson H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, Nilcema.;

GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

MAGALHÃES, Bruno G. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos centros de especialidades odontológicas: visão dos usuários**. Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.76-85, 2015.

MARTINS, Joel; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, Ruben A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. [organizadores]. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª edição, Rio de Janeiro, CEPESC IMS/UERJ. Abrasco, p.43-68. 2009.

MELLO, Ana Lúcia. S. F. et al. **Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização**. Ciência e Saúde Coletiva, v.19, n.1, p. 205-214, 2014.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Belo Horizonte, v. 15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MORITA, Maria Celeste, HADDAD, A. E., ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**, Maringá: Dental Press, 2010.

NARVAI, Paulo C. **Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária a bucalidade**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, p.141-147, 2006.

NARVAI, Paulo C. **O fim do Brasil Sorridente?** Jornal Odonto. Edição 238, 2017. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcape1238.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

NICKEL, Daniela A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n2, p. 241-246, fev., 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia - Rede de Saúde Bucal**. Curitiba, 2016.

PINTO, Márcia. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 221-233. 2016.

PUCCA JR. Gilberto. et al. **Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges**. J. Dent. Res., v.94, n.10, p.1333-1337, out. 2015.

RONCALLI, Angelo G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva** [tese]. Araçatuba, São Paulo, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2000.

SILVA, Andrea N. et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 100-138. 2016.

THOMAZ, Erika Bárbara A. F. et al. Práticas de cuidado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 182-205. 2016a.

THOMAZ, Erika Bárbara A. F. et al. **Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011**. Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.807-818, out.dez., 2016b.

O CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO PONTO DE ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL NUMA REGIÃO DO PARANÁ

THE DENTAL SPECIALTIES CENTER AS A POINT OF ATTENTION IN THE ORAL HEALTH NETWORK IN A REGION OF PARANÁ

Resumo

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) lançada em 2004, surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde bucal de todos os brasileiros. Para fazer frente a esse desafio, na perspectiva da atenção especializada, foram implantados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O objetivo deste manuscrito é analisar o papel do CEO para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na 20ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, lançada pelo estado em 2014. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que analisou o CEO regional Tipo III, o qual é referência para 18 municípios. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no período de março e abril de 2019. Foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove das unidades básicas de saúde (UBS) e cinco do CEO. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005). Identificou-se uma posição ativa do CEO regional nesta região de saúde, de maneira que se mostra importante para fortalecer a rede, para a integralidade do cuidado, e como instrumento no processo de regionalização. Porém, ressalta-se a importância de ampliar o acesso à atenção especializada, para garantir a continuidade do cuidado iniciado na UBS.

Palavras-chave: Assistência Odontológica; Modelo Técnico-Assistencial; Política de Saúde; Serviços de Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Centros de Especialidades Odontológicas.

Abstract

The National Oral Health Policy (PNSB) launched in 2004, emerges as an alternative to improve oral health care for all Brazilians. To face this challenge, from the perspective of specialized care, the Dental Specialization Centers (CEO) were implemented. The objective of this manuscript is to analyze the role of the CEO for the organization of the Oral Health Care Network (RASB) in the 20th Regional Health (RS) of Paraná, launched by the state in 2014. This is a qualitative study, which analyzed the Type III regional CEO, which is a reference for 18 municipalities. Data were collected through semi-structured interviews conducted in March and April 2019. 14 professional dental surgeons were interviewed, nine from the basic health units (UBS) and five from the CEO. For data analysis, the discourse analysis proposed by Martins and Bicudo (2005) was used. An active position of the regional CEO in this health region was identified, in a way that proves to be important to strengthen the network, for comprehensive care, and as an instrument in the regionalization process. However, the importance of expanding access to specialized care is emphasized, to ensure the continuity of care initiated at the UBS.

Keywords: Dental care; Technical-Assistance Model; Health Policy; Health services; Health Care Network; Dental Specialties Centers.

Introdução

Anterior à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida também como Brasil Sorridente, a assistência odontológica em serviços públicos restringia-se quase que exclusivamente aos serviços básicos prestados a determinadas faixas etárias da população, ainda assim, com grande demanda reprimida (BRASIL, 2004a). Estes serviços eram em grande parte ineficazes, subfinanciados e não foram apoiados pela vontade política necessária (PUCCA JR et al., 2015). Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002, indicavam que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Era evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção especializada comprometendo, em consequência, o cuidado integral e o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004b).

Diante deste cenário foram estabelecidas em 2004, as diretrizes da PNSB, com a proposta de reorganizar a saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004b). Tinha como principal objetivo superar as desigualdades trazidas pela lógica de atendimento imposta pela hegemônica Odontologia de mercado e o histórico abandono e falta de compromisso com a saúde bucal da população (NARVAI, 2006; NARVAI, 2017). Essa iniciativa de mudança buscou qualificar as práticas e serviços ofertados, por meio de uma série de ações em saúde bucal, incluindo o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2006a).

Na perspectiva do acesso aos serviços odontológicos especializados no âmbito do SUS, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS), foi a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2006b; PUCCA JR et al., 2015). A PNSB apresenta um modelo de atenção que preconiza que os pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS) sejam encaminhados aos CEO, afim de assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2018).

Nesse sentido, os CEO devem ser implantados em todas as regiões, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado (FIGUEIREDO; GOES, 2009; PARANÁ, 2016). Na lógica da regionalização, devem estar presentes em número proporcional à população residente, características territoriais e articulado junto à oferta de procedimentos básicos, compondo uma rede assistencial em saúde bucal (LUCENA et al., 2016).

Em 2010, surge uma proposta macroinstitucional de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela UBS (BRASIL, 2010). No campo da saúde bucal,

a organização dos sistemas sob o modelo de RAS se mostra favorecida pelo desenho atual da PNSB, delineada a partir dos princípios do cuidado e da integralidade (PINTO et al., 2016). No Paraná, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) foi lançada em 2014, como política pública para o estado, e considerada a sexta rede prioritária (PARANÁ, 2016; DITTERICH et al., 2019).

Em função deste modelo, os CEO se configuram como pontos de atenção com especificidades definidas no campo das especialidades odontológicas, mas que, para funcionar, necessitam estar integrados com a rede de serviços à qual pertencem (SANTIAGO et al., 2016). Portanto, o objetivo deste manuscrito foi analisar o papel desempenhado por um CEO para a organização da RASB, em uma região de saúde do estado do Paraná.

Percurso metodológico

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que analisou a unidade do CEO regional Tipo III vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (Ciscopar), por meio da Portaria de credenciamento n.º 118/GM de 19 de janeiro de 2006. Este é referência para o atendimento odontológico especializado na 20ª RS para as equipes das UBS dos 18 municípios consorciados, com uma população aproximada de 398.323 habitantes, e está implantado no município sede de Toledo, conforme ilustra a Figura 1 (PARANÁ, 2015; CISCOPAR, 2019; IBGE, 2019).

Apenas o município sede, Toledo, é considerado de grande porte (acima de 100 mil habitantes), cinco são classificados como pequeno porte II (entre 20 mil e 100 mil habitantes), e 12 considerados municípios de pequeno porte I (até 20 mil habitantes) (BRASIL, 2005). Esta região de saúde se enquadra na Classe 3 da Classificação Nacional das Regiões do Brasil, de acordo com grupos socioeconômicos, e possui médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (REGIÃO E REDES, 2015).

Figura 1 – Mapa político da 20ª RS e localização do CEO regional tipo III.



Fonte: PARANÁ (2015), adaptado pelos autores.

Em relação aos indicadores socioeconômicos, de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios da 20ª RS oscilou entre, 0,644 no município de Diamante do Oeste, estando na 366ª posição no *ranking* do estado, e 0,791 no município de Quatro Pontes na 3ª posição do estado. A região, portanto, apresentou índices com patamares acima de 0,6000, demonstrando condições de médio e alto desempenho (PARANÁ, 2020).

Os participantes do estudo foram 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove das UBS e cinco do CEO, sendo considerados informantes chaves do estudo. Na alta complexidade, não houve participantes, pois não se obteve contato com a referência hospitalar. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no período de março e abril de 2019, contendo questões relacionadas ao o papel do CEO na rede de saúde bucal, e as relações estabelecidas com os demais níveis de atenção, em especial à atenção básica.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de discurso segundo técnica ideográfica (individual) e nomotética (geral) proposta por Martins e Bicudo (2005). O processo de codificação ocorreu de forma que foram atribuídos aos profissionais cirurgiões-dentistas as iniciais CD, os profissionais da UBS receberam a sequência numérica de 1 a 9 (CD1 ao CD9), e os do CEO de 10 a 14 (CD10 ao

CD14), numerados conforme a ordem da realização das entrevistas, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade conforme orientações de Goldim (2000).

Os aspectos éticos foram rigorosamente obedecidos conforme a resolução n.º 466/12 que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com parecer número 3.120.681 e CAAE 04165518.2.0000.5231. Todos os entrevistados foram consultados anteriormente, informados dos objetivos da pesquisa e, após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Com relação a saúde bucal especializada, em 2018, o estado do Paraná contava com 53 CEO presentes em 42 municípios. E apesar do grande número, a distribuição dos CEO nas regiões de saúde, apresenta-se de maneira desproporcional (GONÇALVES et al., 2019). Esta região tem apenas um CEO, implantado no município de Toledo (PARANÁ, 2015; PARANÁ, 2016).

Este CEO é do Tipo III e de abrangência regional, administrado por um Consórcio Intermunicipal de Saúde, favorecendo o processo de regionalização, e a oferta de serviços de média complexidade de forma hierarquizada. É referência para o atendimento odontológico especializado nas especialidades de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, odontopediatria, e prótese dentária total e parcial removível.

De acordo com o CNES, possui nove cirurgiões-dentistas para atendimento destas especialidades, além de três auxiliares e três técnicos em saúde bucal, bem como funciona 40 horas semanais conforme disposto na Portaria n.º 599 de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006c). Agregado ao CEO encontra-se instalado por meio da Portaria n.º 2.937 de 20 de novembro de 2006, o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) que confecciona próteses totais e próteses parciais removíveis aos pacientes pelo SUS.

Aos olhos das equipes da UBS, o principal papel do CEO consiste em realizar os procedimentos especializados. *Para nós é de extrema importância você ter um atendimento especializado, mas o papel em si, é o de suprir as nossas necessidades aqui (da UBS), as dentistas não tem condições de realizar esses atendimentos (CD5).*

Ressalta-se ainda que o CEO oferta serviços que a UBS não contempla, a um “preço

acessível” aos municípios consorciados, *porque as vezes [...] a gente na atenção básica não tem condições de fazer, por exemplo, uma prótese (CD7)*. De maneira que se evidencia uma vantagem também financeira em um CEO de abrangência regional, com administração de consórcio intermunicipal. Conforme destaque:

Os municípios não teriam condições de pagar se fosse pagar particular, ou terceirizado, porque o valor que o CEO pratica pra gente, é bem inferior, então eu acho que assim, é um trabalho bem bom para os municípios, acredito que seja excelente, um apoio excelente e com um custo também que eu acho muito bom (CD7).

A maioria dos profissionais, 11 dos 14 entrevistados, sejam eles da UBS ou do CEO, reconhecem a importância do papel do CEO também para além da oferta de atendimentos especializados. Como ponto de atenção especializada ressalta-se que o CEO colabora com a resolutividade da rede, apoia a atenção básica e contribui para a continuidade do tratamento odontológico e a integralidade do cuidado.

Neste sentido, o CEO é considerado um complemento *importante para dar sequência no tratamento, e sem ele os atendimentos especializados não aconteceriam, e aumentariam as extrações, e a perda dentária (CD2)*.

Desta forma, contribui para a manutenção dos dentes e redução de mutilações, e na oferta de serviços que somente poderiam ser feitos anteriormente na rede particular. *Se não fosse o CEO muitos pacientes acabariam tendo que fazer extrações, e não um tratamento endodôntico, então se você não tem pra onde encaminhar para fazer o canal, então vai indicar a extração (CD4)*.

O CEO tem um papel fundamental, praticamente tudo o que o paciente mais precisa a gente resolve [...]. E a população que vem aqui (no CEO), a gente não está tirando da Odontologia privada, porque eles não teriam condições de ir, então tem muita importância, e um papel social também (CD13).

No tocante a atuação dos profissionais da UBS, estes relatam conseguir suprir “necessidades básicas” do usuário, de modo que *com o auxílio (do CEO) em casos mais complicados, mais delicados, o tratamento oferecido acaba ficando mais resolutivo, e contribui para a integralidade, o cuidado (CD5)*.

Os profissionais relatam também confiança ao encaminhar o usuário, pois acreditam que ele terá seu tratamento concluído. Observam a eficiência e resolutividade do CEO, de maneira que tenham desenvolvido dependência dos seus serviços.

Além do mais, foram identificadas ações, umas mais outras menos

institucionalizadas, de apoio diagnóstico, apoio matricial, serviço de consultoria, e ações compartilhadas realizadas pelo CEO, com intuito de melhorar interface entre a atenção básica e atenção especializada. Como exemplificado na fala do profissional da UBS, sobre encontros realizados para a implementação de um protocolo de regulação em saúde bucal:

Sim, muito importante os encontros do protocolo, porque como está capacitando exatamente nas especialidades, o que a gente precisa saber para estar dando a atenção básica, então é como se fosse uma preparação. Tanto que ajuda vocês lá (no CEO) para a gente encaminhar melhor o paciente, e essa capacitação dá uma visão melhor para a gente atuar na atenção básica (CD1).

Observou-se nos depoimentos colhidos, uma boa comunicação entre a atenção básica e a média complexidade. *Eu vejo um diálogo bem bom, entre a UBS e o CEO (CD7). Uma relação bem tranquila (CD6).*

Porém, ainda é considerada incipiente a prática de discussões de casos com equipes da UBS e do CEO. *Na discussão dos casos, acho que isso falta, o apoio ainda não acontece como eu acho que deveria ser (CD9).* Ressalvas se fazem quanto ao diálogo aproximado entre as equipes técnicas propriamente:

Mais a área administrativa busca contato do que necessariamente a área técnica, porque poderia ter uma parceria maior, uma proximidade maior entre as equipes técnicas. É porque, igual eu já falei em uma reunião, ninguém é inimigo, nós trabalhamos juntos (CD12).

O acesso ocorre por mecanismo de referência partindo das UBS, tendo o CEO emitido as contrarreferências, que são utilizadas como importantes meios de informação entre os níveis de atenção. Desta maneira, este mecanismo tem cumprido o papel de manter a comunicação entre os níveis de atenção. Porém, fatores limitantes são a apresentação das informações de forma pouco claras e objetivas, além da estratégia adotada de formulário de contrarreferência impresso, que depende exclusivamente do usuário para levar o documento, considerado como "mensageiro" da informação.

O agendamento de consultas no CEO é feito por um sistema informatizado, em que o setor de agendamento municipal marca diretamente consulta para a especialidade pretendida, e solicitada pelo cirurgião-dentista da atenção básica no formulário de referência. A quantidade de vagas é determinada por meio de distribuição de cotas entre os municípios consorciados, de acordo com a população de cada município. Para os profissionais o sistema se mostra prático, tem otimizado os processos de trabalhos, porém pode favorecer o rompimento de vínculos, e o distanciamento entre as equipes, pois *quando a gente conseguia conversar, era mais fácil,*

agora tudo é agendamento por sistema (CD6).

Com relação a demanda reprimida pelas especialidades, as maiores filas encontram-se nas especialidades de Endodontia, Odontopediatria e Prótese Dentária. Esta última apresenta a maior demanda reprimida, tendo um tempo de espera aproximado de três anos. *A nossa lista é de mil e poucos pacientes de prótese, a gente tá chamando paciente de 2016 (CD9).*

Por fim, quando questionados quanto à qualidade dos serviços, os profissionais, afirmam que os serviços são realizados de forma satisfatória, e com boa qualidade técnica, o que de acordo com estes, *é o que se espera de especialistas (CD14).* Relatam ainda que os usuários atendidos se manifestam satisfeitos.

Discussão

Analisar a situação socioeconômica da região é uma forma de compreender o desenvolvimento social e econômico dos municípios que a ela pertencente (SILVA; PINAFO, 2018). Figueiredo e Goes (2009) e Gonçalves et al. (2018), verificaram que a relação do IDH incide de forma proporcional no desempenho dos CEO. Quanto maior o IDH, melhores são as avaliações de desempenho das unidades.

Portanto, maiores valores em indicadores socioeconômicos, podem significar maior oferta e complexidade do sistema de saúde. Visto que tais variáveis podem interferir de diferentes maneiras, o desempenho dos CEO pode sofrer influência das características contextuais dos locais em que estão inseridos, sendo importante considerá-las.

A organização da RASB na 20ª RS, por meio da implantação do CEO de abrangência regional, confirma os estudos de Figueiredo e Goes (2009) e Goes et al. (2012), em que no Brasil, 90,4% dos CEO localizam-se em áreas de referência de média complexidade em Odontologia. Segundo os Planos Diretor de Regionalização, Centros de referência regional são considerados marcos para estruturação de uma rede de atenção à saúde bucal (MELLO et al., 2014).

Ainda, Thomaz et al. (2016) em estudo realizado no estado no Maranhão, afirmam que CEO municipais que não funcionam como referências regionais, fragilizam o processo de regionalização pois se distribuem de forma desigual no território, e refletem em pouca oferta de serviços de atenção especializada.

Em relação à entidade mantenedora dos CEO, o Relatório do 1º Ciclo das avaliações externas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), apresenta que a segunda principal forma de

contratação dos cirurgiões dentistas é por meio de consórcios intermunicipais (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). O estado do Paraná tem proposto ações para aprimorar a atenção especializada no estado, por meio de incentivo para a implantação de novos CEO com abrangência regional, e o incentivo financeiro aos consórcios para a melhoria do atendimento em unidades já instaladas (PARANÁ, 2019).

Estas informações reforçam o pressuposto apresentado pelos profissionais de que CEO regionais e/ou administrados por consórcios intermunicipais, ao longo do tempo, se mostram mais resolutivos e econômicos aos municípios. Esta organização favorece a conformação de redes regionalizadas, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios, e sejam mantidas condições essenciais como eficiência econômica, e utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011, LUCENA et al., 2016).

Este estudo corrobora o afirmado por Silva et al. (2016), de que os CEO foram planejados para acolher as demandas próprias da média complexidade em saúde bucal, organicamente encaminhadas pelas UBS. Observa-se que esta é considerada a porta de entrada do sistema, e ordenadora do cuidado, e seus profissionais atuam na triagem e geração de demanda, motivando o encaminhamento à atenção especializada.

Porém, é importante destacar a dependência do CEO que os profissionais da UBS manifestam. Durante o processo de avaliação externa do PMAQ-CEO, os avaliadores externos observaram que muitos CEO acabam por absorver a demanda da atenção básica, de maneira que muitas vezes os profissionais limitam-se a realizar procedimentos de urgência, sendo a continuidade do tratamento realizado pelos profissionais da média complexidade (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; SILVA et al., 2016).

Desta maneira, a média complexidade estaria exposta às pressões da livre demanda e à execução de procedimentos típicos de atenção básica, desviando-se do seu objetivo central. Diante disso, a implantação de CEO em municípios nos quais a atenção básica não está adequadamente estruturada não é recomendada (CHAVES et al., 2010). Isso certamente, pode ser um dos causadores de demanda reprimida e sobrecarga dos serviços especializados, a medida em que o funcionamento efetivo dos CEO depende de uma interface apropriada.

Além disso, uma rede de serviços equivocadamente centrada no CEO tem pouco potencial de resolução, e transfere a este todo o papel da assistência em saúde bucal. A PNSB aponta que o ambiente favorável à abordagem integral se encontra nos cenários da UBS, e não nos CEO, cuja sistemática ainda funciona baseada nos procedimentos, e não é capaz de absorver

todas as necessidades em saúde bucal da população (BRASIL, 2004a; SILVA et al., 2016).

Cabe aos CEO realizar, também, ações de apoio matricial e a educação permanente em saúde, no âmbito regional e macrorregional, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da rede (PARANÁ, 2016; THOMAZ et al., 2016). O apoio matricial é componente fundamental à integração entre serviços, a qual pode favorecer uma melhor interface e proporcionar o funcionamento efetivo e aprimoramento da qualidade da atenção. É imprescindível a existência de uma adequada articulação entre a UBS e o cuidado especializado, guiada pelas premissas que norteiam a regulação do acesso à saúde e nos arranjos regionais do SUS (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; BRASIL, 2018).

Sendo assim, é fundamental processos de aproximação entre estas equipes com incentivo para a discussão das ações a serem implementadas e para o emprego de instrumentos de gestão, como protocolos por exemplo (SANTIAGO et al., 2016). Aliado a isso, o investimento da gestão na capacitação dos cirurgiões-dentistas e equipes com ênfase no emprego desses protocolos poderá ser capaz de gerar impactos positivos para a integralidade da atenção em saúde bucal (SILVA et al., 2016).

Observou-se no CEO analisado, a existência de construção e discussão conjunta de protocolos clínicos, o que é evidenciado no Relatório do 1º Ciclo das avaliações externas do PMAQ-CEO, em que o Paraná, é o terceiro estado que mais desenvolve ações compartilhadas, em 71% dos CEO avaliados (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Porém, este CEO, atua de maneira incipiente na discussão de casos, mas promove ações de apoio matricial, como apoio diagnóstico e consultoria odontológica. O estudo de Gonçalves et al. (2019), revelou que em 65,3% dos estabelecimentos do Paraná ocorre discussões de casos com equipes da APS. E destaca que em apenas um CEO (2%) do estado foi verificado o apoio matricial.

Tal incoerência entre os estudos pode ser justificada pelos períodos de realização, sendo que o estudo de Gonçalves et al. (2019) se baseia no Relatório do 1º Ciclo das avaliações externas do PMAQ-CEO, realizadas no ano de 2013. Desta maneira, pode-se presumir que houve avanços no desenvolvimento de ações de apoio matricial.

Este CEO regional utiliza-se de mecanismos de referência e contrarreferência, e se inclui nos 85,7% das clínicas especializadas do estado do Paraná, em que ocorre o predomínio do acesso por referência partindo das unidades básicas de saúde, e entre os 87,8% dos estabelecimentos que realizam a contrarreferência (GONÇALVES et al., 2019).

Deste modo, ao final dos procedimentos especializados, o usuário é encaminhado à

atenção básica, num sistema de contrarreferência organizado, conforme prevê a Linha Guia da Rede de Saúde Bucal (PARANÁ, 2016), e estudos de Morris e Burke (2001), e Thomaz et al. (2016). E constitui outro aspecto importante para uma boa interface e integração entre os níveis de atenção.

A lógica de funcionamento no CEO deve envolver o agendamento programático do usuário para garantir a continuidade do cuidado, tendo por objetivo alcançar a alta do usuário ou seu retorno à UBS, integralizando o seu cuidado. Neste sentido, os CEO precisam se adaptar a essa lógica e contribuir com a integralidade, por meio do acesso, do tratamento, e do retorno desse usuário ao profissional que o acolheu na atenção básica (SILVA et al., 2016).

O encaminhamento para esta unidade também se dá por meio de fichas de referência emitidas pelos cirurgiões-dentistas das UBS, e o agendamento ocorre por meio de um sistema informatizado. Corroborando estudo de Gonçalves et al. (2019), em que a forma predominante (69,4%) de agendamento de usuários no estado do Paraná utiliza-se da ficha de referência emitida pela UBS.

Os profissionais relataram haver depoimentos de usuários que atestaram a qualidade dos serviços do CEO do município de Toledo, confirmando o estudo de Gonçalves et al. (2019), de que a maior parte dos usuários avaliou o atendimento como bom e muito bom por 50,1% e 46,2%, respectivamente (GONÇALVES et al., 2019). Embora de acordo com Relatório do 1º Ciclo das avaliações externas do PMAQ-CEO, o uso de mecanismos de avaliação da satisfação e comunicação com os usuários são realizados por apenas metade dos serviços, revelando uma carência de estudos sob a perspectiva do usuário.

Considerações finais

O presente estudo permitiu ampliar a análise do papel do CEO na 20ª RS do Paraná, de maneira que o serviço se mostra importante para fortalecer a RASB, e conseqüentemente a PNSB, na perspectiva de concretizar a integralidade do cuidado. Porém, ainda se mostra predominante entre os profissionais, o seu papel como apenas uma unidade que faz um atendimento que a UBS não faz, o atendimento especializado.

Ressalta-se ainda, que a ocorrência de apenas um CEO implantado para uma extensa região, favorece o seu reconhecimento e a identificação do serviço, porém, por outro lado dificulta o acesso e contribui para a demanda reprimida. Portanto, ressalta-se a importância de ampliar o acesso à atenção especializada, com isso, será possível garantir o acesso equânime e de qualidade às necessidades de saúde bucal da população, com a garantia de continuidade do

cuidado iniciado na UBS.

Em relação a interface com a atenção básica, ações que possam qualificar a demanda devem ser estimuladas. Acredita-se que deva existir uma maior articulação entre os níveis de atenção, para aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência, desenvolvimento e pactuação de protocolos clínicos, apoio matricial mais efetivo, e com discussão de casos, para que haja também maior qualificação do “papel” do CEO.

Destaca-se como fragilidade deste estudo a ausência de dados quantitativos que possam analisar o desempenho deste CEO, por meio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM), por exemplo. Além disso, há necessidade de pesquisas que evidenciem o olhar do usuário para os serviços, e que o confirmem merecido destaque.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/>. Acesso em: 10 de mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil - 2003**. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal. Acesso em: 13 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília, 2004b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma operacional básica (NOB/SUAS)**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica**. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 24 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento**. Diário Oficial da União. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece**

diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 13 dez., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília, 2018.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.** Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Histórico.** Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/2016/portal/view.php?p=his>>. Acesso em: 26 set. 2019.

DITTERICH, Rafael G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná.** Londrina, SESA/INESCO. Cap. 1, p. 15-37, 2019.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):259-267, fev., 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais.** Recife: Editora UFPE, 2016.

GOES, Paulo S. A. et al. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28 sup: S81-S89, 2012.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. **Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 432-438, 2018.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. **Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como ponto de atenção na rede de saúde bucal no Paraná: uma análise dos resultados do PMAQ-CEO.** In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. Londrina, SESA/INESCO. Cap. 7, p. 197-212, 2019.

GOLDIM, José R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 01 de nov. 2019.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUCENA, Edson H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, Nilcema.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MELLO, Ana Lúcia. S. F. et al. **Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p. 205-214, 2014.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MORRIS, A. J., BURKE, F. J. T. **Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?** *British Dental J.*, v. 191, n.12, p.666-670, 2001.

NARVAI, Paulo C. **Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária a bucalidade**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 141-7, 2006.

NARVAI, Paulo C. **O fim do Brasil Sorridente?** *Jornal Odonto*. Edição 238, 2017. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. **Base Demográfica e Social**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 08 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. **Plano Diretor de Regionalização**. Curitiba, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia - Rede de Saúde Bucal**. Curitiba, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027>. Acesso em: 12 dez. 2019.

PINTO, Márcia. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 221-233. 2016.

PUCCA JR. Gilberto. et al. **Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges**. *J. Dent. Res.*, v.94, n.10, p.1333-1337, out. 2015.

REGIÃO E REDES. Caminhos para a universalização da saúde no Brasil. **Banco de indicadores regionais e tipologias, 2015**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTIAGO, Bianca M. et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 49-62. 2016.

SILVA, Andrea N. et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 100-138. 2016.

SILVA, Camila R.; PINAFO, E. Macrorregião Norte do Paraná: Situação demográfica, socioeconômica e epidemiológica dos municípios. In: CARVALHO, Brígida. G; NUNES, E. F. P. A.; JUNIOR, L. C. [organizadores]. **Gestão de saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná**. Eduel – Editora da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Cap. 2, p. 40-63, 2018.

THOMAZ, Erika B. A. F et al. **Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011**. Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.807-818, out.dez., 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui apresentados sugerem que há oferta de serviços de Odontologia presentes na 20ª RS, de maneira que se percebe pelos profissionais o conhecimento da RASB, tanto dos pontos de atenção, quanto das suas responsabilidades. Porém, ressalta-se que um sistema com foco na atenção básica, requer que esta seja fortalecida, a fim de não transformar demanda espontânea da UBS em uma demanda referenciada para o CEO.

Verificou-se que ainda são frágeis os mecanismos que articulam a UBS e o CEO com os serviços de alta complexidade, configurando um cenário muitas vezes dissonante daquele desenhado pela Linha Guia. Esta desarticulação compromete o modelo proposto pelo estado, pois a articulação dos serviços é imprescindível para a integralidade do cuidado. Observou-se maior integração entre os níveis de atenção básica e média complexidade.

Este estudo apresenta como limitação a ausência da participação dos profissionais da alta complexidade, entretanto, esta dificuldade de contato por si só, já sugere a “desarticulação” encontrada neste nível de atenção. Sendo assim, não é possível inferir que a RASB esteja completamente estruturada na região de acordo com os pressupostos da territorialização e regionalização, porém a rede se mostra organizada ao se comparar com outras regiões do país, ainda com limitações, porém em constante aperfeiçoamento.

A histórica oferta limitada e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, são frequentemente relatadas como maiores comprometedores da integralidade do cuidado. Um dos principais motivos que dificultam a plena inserção do cuidado à saúde bucal na rede de atenção à saúde, reside na fragilidade do cumprimento das atribuições relativas à atenção básica. Além disso, deve-se ainda recordar que, o estudo é o retrato dos municípios indicados pela Seção de Atenção Primária à Saúde (SCAPS) da 20ª RS inseridos no processo de Tutoria, implantado pela SESA em 2014. De acordo com a SESA, estes municípios têm cumprimento satisfatório dos itens de saúde bucal, o que permite inferir que as limitações presentes em outros municípios dessa região, podem ser ainda maiores que as observadas no estudo.

Por sua vez, a atenção especializada se posiciona em busca da eficiência e resolutividade, de modo que ainda reproduz a lógica baseada em procedimentos. Por muito tempo a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, de modo que pensar mudanças assistenciais em saúde bucal que produzam práticas de cuidado de maneira eficaz com resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico e um desafio a ser trabalhado com os profissionais de saúde.

Identificou-se a posição ativa deste CEO regional em sua região de saúde, sendo

importante para fortalecer a RASB, bem como colaborar para a integralidade do cuidado, além de reforçar o pressuposto de que CEO regionais, ao longo do tempo, têm se mostrado mais resolutivos e econômicos. Ressalta-se ainda, que a existência de apenas um CEO implantado para uma extensa região, favorece o seu reconhecimento pelos profissionais da UBS e a identificação do serviço, porém, por outro lado contribui para a demanda reprimida.

Ações que possam qualificar a demanda devem ser estimuladas. Para tanto, acredita-se que deva existir uma maior articulação deste com a UBS, para aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência, desenvolvimento e pactuação de protocolos clínicos, apoio matricial mais efetivo, com discussão de casos, para que haja também melhor qualificação do seu “papel”. Não obstante, ressalta-se a importância de ampliar o acesso ao CEO, com isso, será possível garantir o acesso equânime e de qualidade às necessidades de saúde bucal da população, com a garantia de continuidade do atendimento iniciado nas UBS.

Porém, diante da inquietude apontada por Narvai (2017), como fazer isso frente às mudanças na PNAB, que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal? Fica, portanto, aberta a possibilidade de um município organizar seu sistema público de saúde sem incluir a saúde bucal, ação esta que pode acarretar o fim do Brasil Sorridente tal como o conhecemos, e que foi reconhecido e aplaudido internacionalmente. Tendo em vista o modelo hospitalocêntrico que persiste no SUS, e que foi evidenciado neste estudo, é grande o risco de recursos públicos da saúde diminuírem ainda mais para áreas como a saúde bucal.

De qualquer forma, este estudo aponta caminhos que possam contribuir com a consolidação da RASB, de maneira que ela seja conhecida e aplicada por todos os profissionais integrantes dela, e que estes se sintam atores ativos, e favoreçam sua utilização pelos usuários. E mesmo que culturalmente os serviços públicos sejam desqualificados, esforços em busca da manutenção, e valorização da saúde bucal no setor público devem ser constantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUILANTE, Aline G.; ACIOLE, Geovane G. **Construindo um “Brasil Sorridente”?** Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 82-96, jan., 2015a.

AQUILANTE, Aline G.; ACIOLE, Geovane G. **O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente”:** um estudo de caso. Ciência e Saúde Coletiva., v.20, n.1, p. 239-248, 2015b.

ANTUNES, José L. F.; NARVAI, Paulo C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365, 2010.

BALDANI, Márcia Helena., et al. **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1026-1035, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo.** Tradução de Mateus S. Soares. 3ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/>. Acesso em: 10 de mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM /MS n.º 1.886 de dezembro de 1997. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 18 de fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil - 2003.** Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal,** Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>> Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma operacional básica (NOB/SUAS).** Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de**

Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 24 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.** Diário Oficial da União. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS - Coleção Para entender a gestão do SUS.** CONASS. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 112, n. 121, 27 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Projeto SB Brasil – 2010.** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 13 dez., 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 18 de 7 de janeiro de 2019. **Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União, 2019.

CARVALHO, Brígida. G. et al. Epílogo. In: CARVALHO, Brígida. G; NUNES, E. F. P. A.; JUNIOR, L. C. [organizadores]. **Gestão de saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná.** Eduel – Editora da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2018.

CHAVES, M. M. Manual de Odontologia sanitária. Tomo I. São Paulo: USP, 1960, apud NARVAI, Paulo C. **Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária a bucalidade.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, p.141-7, 2006.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.** Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

CHAVES, Sônia C. L. et al. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.11. p. 3115-3124, 2012.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Histórico.** Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/2016/portal/view.php?p=his>>. Acesso em: 26 set. 2019.

DITTERICH, Rafael G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná.** Londrina, SESA/INESCO. Cap. 1, p. 15-37, 2019.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, v.24, p.213-225, 2004. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2216/1859>.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.2. p.259-267, fev., 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema et al. **Avaliação de ações a atenção secundária e terciária de saúde bucal.** In: GOES, P. S. A., MOISÉS, S. J. organizadores. *Planejamento gestão e avaliação em saúde bucal.* São Paulo. Artes médicas. Cap. 16, p.195-209. 2012.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais.** Recife: Editora UFPE, 2016.

FRANCO, Décio H. **Financiamento público e privado da saúde bucal no Brasil e no mundo** [tese]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, p. 71, 2017.

GOES, Paulo S. A. et al. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28 sup:S81-S89, 2012.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. **Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná.** *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 432-438, 2018.

GONÇALVES, Jéssica R. S. et al. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como ponto de atenção na rede de saúde bucal no Paraná: uma análise dos resultados do PMAQ-CEO. In: DITTERICH, Rafael G.; GRAZIANI, G. F.; MOISÉS, S. J. [organizadores]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná.** Londrina, SESA/INESCO. Cap. 7, p. 197-

212, 2019.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3ª Edição. Petrópolis: Vozes, p.244-270, 2004.

HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 331-336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 01 de nov. 2019.

JUNQUEIRA, Simone R. et al. **Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.15, n. 4, out./dez., 2006.

KUSCHNIR, Rosana. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, M. C. R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, Cap. 16, p.130-154, 2015.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUCENA, Edson H. G. et al., Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: FIGUEIREDO, Nilcema.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 27-36. 2016.

MACIEL, Sergio M.; KORNIS, George E. M. **A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 59-81, 2006.

MAGALHÃES, Bruno G. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos centros de especialidades odontológicas: visão dos usuários**. Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.76-85, 2015.

MARTINS, Wagner J.; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. **Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Revista Saúde Pública, v.46, p.51-8, 2012.

MARTINS, Joel; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, Ruben A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. [organizadores]. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª edição, Rio de Janeiro, CEPESC IMS/UERJ. Abrasco, p.43-68. 2009.

MELLO, Ana Lúcia. S. F. et al. **Saúde bucal na rede de atenção e processo de**

regionalização. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p. 205-214, 2014.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v. 15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas em pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco. Cap. 10, p.261-297. 2010.

MORITA, Maria Celeste, HADDAD, A. E., ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro,** Maringá: Dental Press, 2010.

MORRIS, A. J., BURKE, F. J. T. **Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?** *British Dental J.*, v. 191, n.12, p.666-670, 2001.

MOYSÉS, Samuel J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NARVAI, Paulo C. **Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária a bucalidade.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p.141-147, 2006.

NARVAI, Paulo C. **O fim do Brasil Sorridente?** *Jornal Odonto.* Edição 238, 2017. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcape1238.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

NICKEL, Daniela A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n2, p. 241-246, fev., 2008.

OLIVEIRA, Cecylia R. F. et al. **Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.

OPAS, Organização Pan-americana da Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.** Washington DC, 2008, apud KUSCHNIR, Rosana. **Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado.** In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, M. C. R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, Cap. 16, p.130-154, 2015.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA F. N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 4, n. 32, 1998.

PAIM, Jairnilson S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador. EDUFBA, 2006.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. **Base Demográfica e Social.** Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 08 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. **Plano Diretor de Regionalização**. Curitiba, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia - Rede de Saúde Bucal**. Curitiba, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. **A tutoria da APS**. Curitiba, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027> . Acesso em: 12 dez. 2019.

PINTO, V. G. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993, apud BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica**. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Brasília. 2006.

PINTO, Márcia. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 221-233. 2016.

PIRES, F. **Ser adulta e pesquisar crianças: explorando possibilidades metodológicas na pesquisa antropológica**. Revista de Antropologia, v. 50, n. 1, p. 225-70, 2007.

PUCCA JR. Gilberto. et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: metas e resultados**. Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 117-126, jan./jun. 2010.

PUCCA JR. Gilberto. et al. **Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges**. J. Dent. Res., v.94, n.10, p.1333-1337, out. 2015.

QUARESMA, Sílvia Jurema; BONI, Valdete. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p 68-80, jan-jul, 2005.

REGIÃO E REDES. Caminhos para a universalização da saúde no Brasil. **Banco de indicadores regionais e tipologias, 2015**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

RONCALLI, Angelo G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva** [tese]. Araçatuba, São Paulo, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2000.

SANTIAGO, Bianca M. et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 49-62. 2016.

SCHERER, Charleni I. et al. **O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família:**

uma difícil integração? Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 233-246, out., 2018.

SILVA, Camila R.; PINAFO, E. Macrorregião Norte do Paraná: Situação demográfica, socioeconômica e epidemiológica dos municípios. In: CARVALHO, Brígida. G; NUNES, E. F. P. A.; JUNIOR, L. C. [organizadores]. **Gestão de saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná**. Eduel – Editora da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Cap. 2, p. 40-63, 2018.

SILVA, Andrea N. et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 100-138. 2016.

THOMAZ, Erika Bárbara A. F. et al. Práticas de cuidado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, p. 182-205. 2016a.

THOMAZ, Erika Bárbara A. F. et al. **Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011**. Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.807-818, out.dez., 2016b.

VASCONCELOS, Erico M.; FRATUCCI, V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. 2014. Disponível em:http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf Acesso em: 17 jul. 2019.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério da Saúde, p.247-266, 1998.

APÊNDICES

Apêndice A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

() COORDENADOR/ FUNÇÃO ADMINISTRATIVA

() PROFISSIONAL DA ÁREA TÉCNICA

BLOCO I - Identificação:

Nome (iniciais): _____ Sexo: () M () F

Idade: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Local de Trabalho: _____

A quanto tempo atua nesta função? _____

Município: _____ Vínculo empregatício: _____

Telefone/e-mail: _____

BLOCO II – Questões Norteadoras:

1. Qual sua percepção sobre a rede de saúde bucal? Realidade, dificuldades e projeções?
2. Como você identifica a inserção de práticas de cuidado em saúde bucal, e a organização dos serviços? Os fluxos de referência e contrarreferência funcionam? Como você percebe o movimento do usuário dentro da RASB?
3. Para você, qual o papel do CEO na rede de saúde bucal? (as relações estabelecidas com os demais níveis de atenção, em especial à atenção básica).

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália).”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”**, a ser realizada em cinco regiões de saúde no Paraná (Brasil) e em uma região de saúde de Marche (Itália). O objetivo da pesquisa é **“formular estratégias de cooperação para a regionalização em saúde na Macrorregião Norte de Saúde do Paraná (Brasil).”**. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma – entrevistas com perguntas abertas sendo esse processo gravado. **As perguntas são referentes ao processo de regionalização focando no papel das redes de atenção, no instrumento e estratégias de planejamento regional e parcerias público-privadas que são estabelecidos pelos gestores para a garantia do acesso aos serviços de saúde de uma determinada região.**

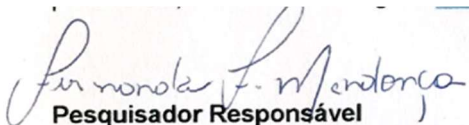
Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo **você**: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído).

Esclarecemos ainda, que **você** não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Quanto aos riscos, **estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos.**

Caso **você** tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Fernanda de Freitas Mendonça, rua Wesley Cesar Vanzo 189, apto 1104, 30373947 998459842, fernanda0683@gmail.com**) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à **você**.


Pesquisador Responsável
RG:8291311-4

Londrina, de _____ de 2019

Eu _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante: 20ª Regional de Saúde do Paraná



**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de
Instituição
Co-Participante**

Toledo, 20 de julho de 2018

Ilmo (a). Sr (a). Coordenador (a) do CEP/UEL

Senhor (a) Coordenador (a)

Declaramos que nós da 20ª Regional de Saúde de Toledo, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Estratégias inovadoras de cooperação para a regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”** sob a responsabilidade de **Brígida Gimenez Carvalho**, nas nossas dependências nos departamentos de saúde bucal dos 18 municípios pertencentes a 20ª Regional de Saúde do Paraná, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2021.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão profissionais da saúde dos níveis de atenção em saúde bucal primária, secundária e terciária, onde estes responderão questões relativas aos fluxos de encaminhamento, referência e contra-referência, existência de protocolos, experiências vividas no contexto da aplicação do modelo de organização em redes de atenção, bem como observação de campo e análise documental (diretrizes e protocolos, se houver). O presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,

Nissandra Karsten
Diretora da 20ª Regional de Saúde

Anexo 2 - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante: Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná



Declaração de Concordância de Instituição Co-Participante

Toledo, 30 de novembro de 2018.

Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

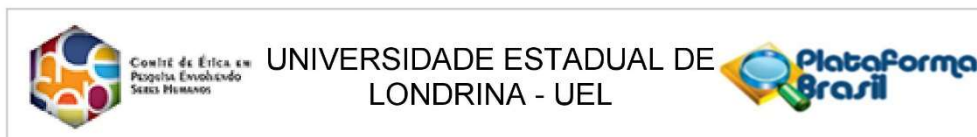
Declaramos que o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná - CISCOPAR está de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Estratégias inovadoras de cooperação para a regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”** sob a responsabilidade de **Brígida Gimenez Carvalho**, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2021.

Estamos cientes que constituirão objeto de análise da pesquisa: documentos de programação geral de ações e serviços de saúde, pactuações e contratos entre os municípios/CISCOPAR; bem como informações obtidas junto aos sujeitos da pesquisa: gestores municipais, coordenadores de serviço, coordenadores do CISCOPAR e profissionais de saúde. Estamos cientes também que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Marlei Friedrich
Secretária Executiva do CISCOPAR

Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.681

Apresentação do Projeto:

Trata-se da proposição de estudo de caso. Na problematização a pesquisadora afirma que "No Brasil e nos países da América Latina houve maior destaque para a descentralização do que para regionalização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, resultando no comprometimento ao acesso dos serviços de saúde e à continuidade da atenção. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. As regiões de saúde são consideradas lócus principal dos processos de regionalização, espaços privilegiados para a articulação intergovernamental e para condução do sistema de saúde"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Fortalecer estratégias de cooperação para a regionalização em saúde na Macrorregião Norte de Saúde do Paraná (Brasil).

Objetivos Secundários:-Analisar o nível de saúde de regiões do Paraná por meio de indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos;- Analisar a constituição das Redes de Atenção à Saúde e os mecanismos de integração entre os pontos de atenção. - Identificar os instrumentos de regionalização e as estratégias de planejamento desenvolvidas nas regiões.- Investigar as propostas de cooperação para a regionalização e os modelos de gestão público-privado para a

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.120.681

assistência de saúde no Brasil e na Itália;- Analisar experiências exitosas de cooperação referentes ao processo de regionalização em saúde no Brasil (macrorregião norte do Paraná) e Itália (região de Marche);

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora afirma que os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios: Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de cogestão que fortalecem o processo de regionalização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está proposta em etapas:

1 Movimento - Levantar e analisar as propostas oficiais (leis, normas e portarias) sobre a cooperação para a regionalização em saúde no Brasil e na Itália. - Levantar e analisar experiências publicadas sobre a cooperação para a regionalização no Brasil e na Itália.

2 Movimento - Analisar o nível de saúde das 22 regiões de saúde do Paraná por meio de indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos; Mapear a organização das Redes de Atenção à Saúde.

3 Movimento No Paraná - Entrevistar atores estratégicos no processo de tomada de decisão: a) os gestores do executivo municipal, representados pelos prefeitos; b) gestores de saúde dos municípios, representados pelos secretários de saúde; c) atores envolvidos nas demais instâncias de apoio técnico. Marche - Itália - Entrevistar os trabalhadores envolvidos com o planejamento regional; - Conhecer o processo de planejamento regional.

4 Movimento - Realizar oficinas de trabalho em cada uma das cinco regionais, no intuito de promover a discussão no âmbito regional sobre as estratégias de cooperação; - Divulgar os resultados da pesquisa e intervenção sobre cooperação para a regionalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pela chefe do departamento de saúde coletiva que é a instituição proponente.

Apresenta TCLE em forma de convite, claro e objetivo, com informações ao possível participante

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Página 02 de 04



Comitê de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.120.681

sobre os temas a serem abordados, apenas que será entrevistado.

Apresenta autorização de todas as instituições co-participantes do estudo, nacionais e da Itália.

Apresenta cronograma adequado à proposta do estudo.

Apresenta orçamento detalhado e informa que a origem do financiamento de R\$ 22.608,32 reais poderá ser vinculada a edital da Fundação Araucária. Caso não haja aprovação no edital, o financiamento será próprio.

Apresenta termo de sigilo de confidencialidade devidamente assinado.

Apresenta instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267100.pdf	09/01/2019 14:54:59		Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/01/2019 14:53:30	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Página 03 de 04



Conselho de Ética em
Psicologia Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.120.681

Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br