

MANOELA DE LEON NOBREGA RESES

**UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE
NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Reses, Manoela de Leon Nobrega
UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL / Manoela de Leon Nobrega
Reses ; orientadora, Maria Cristina Marino Calvo,
2017.

152 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Acesso Universal.
Integralidade. Saúde Bucal. Avaliação de Serviços de
Saúde. I. Calvo, Maria Cristina Marino. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Manoela De Leon Nobrega Reses

**UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 04 de julho de 2017.



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. Maria Cristina Marino
Calvo, Dra. (Orientador)



Prof. Sergio Fernando Torres de
Freitas, Dr.
(UFSC)



Prof. Keila Cristina Rausch
Pereira, Dra.
(UNISUL)



Prof. Josimari Telino de Lacerda,
Dra.
(UFSC)



Mirvaine Panizzi, Dra.
(SES/SC)



Prof. Daniela Alba Nickel, Dra.
(UFSC)

Dedico este trabalho à minha Mãe, Nídia Nobrega, pelo amor, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas bênçãos que me permitiram chegar até aqui.

Aos meus pais, Nídia e Solimar, e irmãs, Gabriela e Luíza, pelo amor incondicional, apoio e incentivo em todos os momentos.

Ao Alan, Meu Amor, pelo carinho, encorajamento e apoio.

À Professora Maria Cristina Marino Calvo, minha orientadora, mestra, amiga e exemplo. Para além de tudo o que você me ensinou sobre saúde coletiva, gestão e avaliação, para além do exemplo de ética, respeito e lealdade. Você me ajudou a encontrar a professora que eu buscava ser. Nunca terei palavras para expressar minha gratidão!

Aos Professores Sérgio Freitas, Josimari Telino de Lacerda, Mirvaine Panizzi, Keila Raush Pereira, Daniela Nickel, Ângela Blatt Ortiga, Cláudia Flemming Colussi, pelas contribuições na banca de sustentação da tese. Muito obrigada por disponibilizarem seu tempo e compartilharem seus conhecimentos.

Aos Professores Sônia Natal, Douglas Kovaleski e Ana Lúcia Ferreira de Mello, que em diferentes momentos ao longo do Doutorado também contribuíram na construção deste trabalho.

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, em especial Daiani, Chico, Paulinha, Gabi e Gisele, pela amizade, carinho e torcida.

A todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por compartilharem seu conhecimento e experiência.

À UFSC, instituição em que fiz graduação, mestrado e doutorado, e onde hoje orgulhosamente trabalho como docente no Campus de Curitiba.

À Direção do Centro de Ciências Rurais e colegas professores da Coordenadoria Especial de Biociências e Saúde Única do Campus de Curitiba, pelo apoio e suporte nos momentos em que precisei me dedicar à tese.

A todos os profissionais de saúde que se dispuseram a participar da pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(BRASIL, 1988).

RESUMO

O reconhecimento constitucional do direito à saúde pode ser considerado como uma das maiores conquistas sociais do período pós-redemocratização no Brasil. Através do SUS – Sistema Único de Saúde, o estado passa a ter o dever de garantir à população universalidade de acesso e integralidade da assistência à saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. No campo da saúde bucal, ainda que se observem inegáveis avanços, alcançados principalmente com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, as diretrizes legais e ideológicas de universalidade e integralidade ainda permanecem como grandes desafios. Questões relacionadas à organização da atenção, ao processo de trabalho e ao acesso aos serviços são fragilidades tanto na atenção básica quanto na especializada. Este estudo tem por objetivo analisar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde bucal na perspectiva da universalidade do acesso e integralidade na atenção. Metodologicamente, o estudo está estruturado em duas partes: um Estudo de Avaliabilidade, constituído por um conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação e que permitem verificar em que medida o objeto pode ser avaliado; seguido de um Estudo de Caso com unidades de análise, realizado em um município da região sul do Brasil, selecionado intencionalmente por apresentar bons resultados epidemiológicos, econômicos, sociais e de acesso aos serviços odontológicos, identificados nos últimos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal de âmbito nacional (SB Brasil 2002 e 2010), assim como na avaliação do Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ. A matriz avaliativa da atenção à saúde bucal com foco no acesso universal e integralidade ficou composta por quatro dimensões: acessibilidade; disponibilidade; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral de indivíduos e famílias. Como fontes de evidências para a coleta de dados foram utilizados dados secundários constantes nos sistemas de informação à saúde, análise documental, visita aos serviços e entrevistas com profissionais da gestão e dos serviços de saúde bucal da Atenção Primária, Atenção Secundária, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. O Estudo de Avaliabilidade mostrou-se apropriado e permitiu identificação de áreas prioritárias da atenção à saúde bucal para futuras avaliações. Os resultados identificados no Estudo de Caso apontam para avanços no alcance da universalidade do acesso e integralidade decorrentes da implantação de sistemas logísticos, na

articulação entre promoção, prevenção e recuperação e do perfil profissional. Fragilidades e desafios são encontrados na acessibilidade e disponibilidade na Atenção Básica e Secundária, com baixa cobertura de equipes de saúde bucal, falta de auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, longas filas de espera e não cumprimento das metas de produção nas especialidades de endodontia, periodontia e prótese dentária.

Palavras-Chave: Acesso Universal. Integralidade. Saúde Bucal. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The recognition of the constitutional right to health can be considered one of the greatest social achievements of the post-re-democratization period in Brazil. Through the SUS - Unified Health System, the state has the duty to guarantee the population universal access and integrality of health care for its promotion, protection and recovery. In the field of oral health, although there are undeniable advances, mainly achieved with the implementation of the National Oral Health Policy, the legal and ideological guidelines of universality and integrity still remain major challenges. Issues related to the organization of care, the work process and access to services are weaknesses in basic and specialized care. This study aims to analyze the development of oral health services and actions in the perspective of universality of access and integrity in care. Methodologically, the study is structured in two parts: an Evaluation Study, consisting of a set of procedures that precede the evaluation stage and that allow to verify to what extent the object can be evaluated; followed by a Case Study with units of analysis, performed in a city in the south of Brazil, selected intentionally for presenting good epidemiological, economic, social and access to dental services, identified in the last national epidemiological surveys of oral health (SB Brazil 2002 and 2010), as well as in the evaluation of the Program for Improvement of Access and Quality - PMAQ. The evaluative matrix of oral health care focused on universal access and integrity was composed of four dimensions: accessibility; availability; articulation of promotion, prevention and recovery actions; and integral approach of individuals and families. As source of evidences were used secondary data consistent on health information systems, documental analysis, visits to services and interviews with management and dentists from services of Primary Care, Secondary Care, Emergency and Emergency and Hospital Attention. The Evaluation Study was appropriate and allowed the identification of priority areas of oral health care for future evaluations. The results identified in the Case Study point to advances in the achievement of universality of access and integrity resulting from the implementation of logistics systems, and the articulation between promotion, prevention and recovery and the professional profile. Fragilities and challenges are found in accessibility and availability in Primary and Secondary Care, with low coverage of oral health teams, lack of oral health assistants and community health agents, long rows and non-compliance with production goals in health specialties as endodontics, periodontics and dental prostheses.

Keywords: Universal Access. Integrality. Oral Health. Evaluation of Health Services.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
AH - Atenção Hospitalar
APS - Atenção Primária em Saúde
AS - Atenção Secundária
ASB - Auxiliar em Saúde Bucal
AT - Atenção Terciária
CD - Cirurgião-Dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
PDR - Plano Diretor de Regionalização
SB - Saúde Bucal
SUE - Serviço de Urgência e Emergência
SUS - Sistema Único de Saúde
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.1.1 Objetivo Geral.....	20
1.1.2 Objetivos Específicos.....	20
2 REVISÃO TEÓRICA.....	21
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	21
2.1.1 Saúde Bucal na Atenção Básica.....	22
2.1.2 Atenção Secundária.....	24
2.1.3 Atenção Terciária.....	27
2.1.4 Unidade de Pronto Atendimento.....	29
2.2 UNIVERSALIDADE DO ACESSO.....	31
2.2.1 Acesso.....	32
2.2.2 Limites na organização da oferta.....	33
2.2.3 Limites na organização do trabalho.....	34
2.2.4 Limites de recursos estruturais.....	36
2.2.5 Sistema de crenças.....	37
2.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.....	38
2.3.1 Integralidade e Saúde bucal.....	40
2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	40
2.4.1 Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	43
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
3.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	45
3.2 ESTUDO DE CASO COM UNIDADES DE ANÁLISE.....	46
3.2.3 Fontes de Evidência para a Coleta de Dados.....	47
3.2.4 Análise dos Dados.....	47
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4. RESULTADOS.....	49
4.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1:.....	51
4.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2:.....	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	123
ANEXOS.....	149

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento constitucional do direito à saúde pode ser considerado como uma das maiores conquistas sociais do período pós-redemocratização no Brasil. Através do SUS – Sistema Único de Saúde, o estado passa a ter o dever de garantir à população universalidade de acesso e integralidade da assistência à saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. A organização desta atenção com ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, deve ser de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1988; 1990).

Na saúde bucal, após 25 anos de implantação do SUS, ainda que se observem inegáveis avanços e a superação diária de inúmeras dificuldades inerentes à sua gestão, as diretrizes legais e ideológicas de universalidade e integralidade ainda permanecem como um grande desafio.

Reproduzindo um modelo histórico de assistência mal distribuída, com baixa cobertura e enfoque curativo, os serviços públicos de saúde bucal restringiram-se até o início do ano 2000 quase que exclusivamente a serviços de atenção básica, com dados apontando para a gravidade e precocidade da perda dentária e a desigualdade no acesso aos serviços (RONCALLI, 1999; NARVAI, 2002; BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal, implantada em 2004, trouxe proposições para a reorientação do modelo em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo desta reorientação, cujos princípios norteadores são universalidade, integralidade, equidade, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. Sua proposta tem trazido melhorias inquestionáveis, relacionadas principalmente ao incentivo financeiro para implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e atenção hospitalar às pessoas com deficiência (BRASIL, 2004).

Entretanto, ainda que a estrutura dos serviços e a oferta da atenção especializada em saúde bucal tenham avançado significativamente no país, questões relacionadas à gestão e organização dos serviços e ao processo de trabalho permanecem como fragilidades tanto na atenção básica quanto na especializada, e desta forma minimizam o potencial de garantia de acesso universal e de integralidade da atenção de forma coerente com os princípios doutrinários do SUS.

Este estudo tem por objetivo analisar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde bucal na perspectiva da universalidade do acesso e integralidade na atenção.

A preocupação com a garantia de acesso e qualidade nos serviços públicos de saúde, incluindo a atenção à saúde bucal, requer a realização de estudos que busquem identificar como as ações vêm sendo realizadas e o porquê das suas dificuldades.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde bucal na perspectiva da universalidade do acesso e integralidade em um município da região sul do Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Realizar um Estudo de Avaliabilidade da Universalidade do Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal;
- ✓ Descrever, no município pesquisado, as ações e serviços da atenção à saúde bucal e de que maneira estão organizados;
- ✓ Identificar, no município pesquisado, como se dá o acesso às ações e serviços de saúde bucal;
- ✓ Analisar, no município pesquisado, as principais dificuldades para a garantia do acesso universal e atenção integral à saúde bucal.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Historicamente a assistência à saúde bucal nos serviços públicos no Brasil caracterizou-se pela atenção a grupos prioritários, como escolares e gestantes. A população adulta e idosa ficou por décadas dependente de uma limitada oferta de procedimentos odontológicos de baixa complexidade e de caráter curativo e mutilador (PUCCA JR, LUCENA e CAWAHISA, 2009).

Até o período pós Segunda Guerra Mundial a assistência odontológica no Brasil foi realizada quase que totalmente de forma privada. Cunha (1952) aponta alguns registros de serviços odontológicos (extrações dentárias) realizados em Santas Casas de Misericórdia, e também em Hospitais das Forças Armadas.

A atenção em saúde bucal desenvolvida pelo setor estatal no país teve seu início em 1952, com base em programas de odontologia sanitária desenvolvidos pelo SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, os quais foram realizados inicialmente em alguns estados das regiões Sudeste, Norte e Nordeste (NARVAI, 2002).

Assim, entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública foi caracterizada pelo atendimento prioritário a escolares, principalmente através do Sistema Incremental e, para o restante da população, a assistência se deu através do Sistema Previdenciário (INAMPS), das Secretarias Estaduais de Saúde e das entidades filantrópicas (RONCALLI et al, 1999).

Nesta época, o modelo hegemônico de assistência odontológica praticada no país até então passou a ser questionado e criticado por sua total incapacidade preventiva e resolutiva frente às preocupantes condições de saúde bucal da população.

A partir da criação do SUS e com a descentralização das ações de saúde para os municípios, mudanças na área da odontologia pública ocorreram principalmente em relação aos espaços de trabalho. Os consultórios, tradicionalmente localizados nas escolas, foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, gerando uma assistência menos focalizada. Mudanças foram observadas nos recursos humanos, com a introdução de auxiliares e técnicos, vigilância do teor de flúor das águas de abastecimento, ampliação das ações coletivas, ênfase na epidemiologia e estruturação de alguns mecanismos de avaliação (RONCALLI et al, 1999).

Entretanto, apesar destas mudanças, até a década de 90 o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população brasileira. Pode-se afirmar que somente nos anos recentes a saúde bucal vem-se desenvolvendo no âmbito das políticas de saúde com uma proposta coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (GARCIA, 2006).

No ano de 2000, por meio da portaria Nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, quase sete anos após a implantação do Programa Saúde da Família, cria-se o incentivo à entrada da odontologia na equipe de saúde da família. Em 2001, foi lançado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, integrado à portaria Nº 267/01. Este documento expressava as características operacionais: as estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, as atribuições dos profissionais, e as responsabilidades institucionais. Foram elencados os equipamentos, instrumentais utilizados e procedimentos de saúde bucal realizados na atenção básica (BRASIL, 2001; GARCIA, 2006).

Em 2004 o Governo Federal lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Programa Brasil Sorridente, a qual trouxe “proposições para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado” (BRASIL, 2004). Dentre seus pressupostos destacam-se: compromisso de qualificação da atenção básica; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo e a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação (BRASIL, 2004).

2.1.1 Saúde Bucal na Atenção Básica

A PNSB reforça a saúde bucal como parte integrante da Atenção Básica, definida como um conjunto de ações, individual ou coletivo, 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 (BRASIL, 2008).

A organização da saúde bucal na Atenção Básica prevê a realização de planejamento local, com base em levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco além de processos de conhecimento do território e da população. Também preconiza a realização sistemática de processos avaliativos e de monitoramento, baseados em parâmetros e indicadores

que subsidiem planejamento e a tomada de decisão. Para isso, a alimentação e utilização dos sistemas de informação em saúde são fundamentais (BRASIL, 2008).

O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe multiprofissional, cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa etc.), ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Este processo é um constante desafio às equipes de saúde bucal, cujas práticas, historicamente, se desenvolveram a distância, restritas ao espaço do cirurgião dentista no consultório odontológico (BRASIL, 2008).

Dentro da própria Equipe de Saúde Bucal, faz-se importante refletir sobre o trabalho conjunto, que contribuir para a melhoria da produtividade e em consequência, da resolutividade e ampliação da oferta de serviços.

A organização da demanda para a assistência clínica precisa considerar como universo toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes. Precisa garantir acesso à demanda espontânea, desenvolver ações programadas de promoção, prevenção e de assistência, voltadas ao controle dos agravos mais prevalentes e/ou às populações mais vulneráveis do território, e realizar atenção domiciliar para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade. A construção da agenda deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos e sociais, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal (BRASIL, 2008).

A saúde bucal na atenção básica tem um amplo escopo de ações, em que se consideram:

- Ações Intersetoriais e de Promoção de Saúde: intervenções em parceria com setores e atores fora da área da saúde. Visa o apoio a ações e políticas que promovam desenvolvimento social, melhorem a situação de saúde e de vida das pessoas
- Ações de Educação em saúde: deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos.
- Ações de Assistência: intervenções clínicas curativas, de cunho individual ou coletivo, ofertadas de maneira a impactar os principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2008).

2.1.2 Atenção Secundária

Para garantir o atendimento de média complexidade em saúde bucal, de modo a buscar a integralidade da atenção, o Ministério da Saúde implantou em 2004 os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são serviços de atenção secundária, de referência para a atenção básica, e devem ofertar, minimamente, especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

Devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR); ser Unidade de Saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos exigidos para o seu credenciamento. São classificados de acordo com seus recursos físicos e estruturais em CEO tipo I, com três cadeiras odontológicas, CEO tipo II, com quatro a seis cadeiras odontológicas e CEO tipo III, com mais de sete cadeiras odontológicas (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria Nº 1464/GM/2011 cada tipo de CEO, I, II e III tem uma meta mínima mensal a ser cumprida nas especialidades de periodontia, endodontia cirurgia e procedimentos básicos. Também é definido um mínimo de procedimentos específicos nas especialidades de pacientes especiais (50% dos procedimentos devem ser restaurações) e endodontia (obrigatório que, no mínimo, 20% dos procedimentos de endodontia sejam realizados em dente permanente com três ou mais raízes)

Os LRPD são uma estratégia para ampliar o acesso da população à reabilitação bucal. Os laboratórios podem ou não estar vinculados a um CEO, e podem ser de abrangência municipal ou regional, para qualquer base populacional. Devem ser cadastrados no CNES como estabelecimentos próprios ou privados contratados como LRPD para prestar serviços ao SUS. A parte clínica de moldagem e instalação das próteses pode ser realizada tanto na atenção básica quanto na atenção secundária (BRASIL, 2006).

Em relação à atenção terciária, o tratamento odontológico pode ser realizado em ambiente hospitalar, para pacientes com necessidades especiais, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (BRASIL, 2010).

Diferencia-se da odontologia hospitalar, que compreende o cirurgião-dentista como parte do corpo clínico de um hospital, e tem por foco o cuidado à saúde bucal de pacientes internados, principalmente das manifestações em cavidade oral decorrentes de doenças ou de terapia.

Estudos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, CEO e LRPD, são recentes na literatura.

O contexto inicial da implantação da PNSB e dos serviços de atenção secundária, o crescimento do número de CEO e sua distribuição geográfica, sua importância na reorganização da atenção à saúde bucal e no aumento do número de procedimentos especializados foram descritos por Pedrazzi, Dias e Rode (2008); Santana et al (2008); Pucca Jr. et al (2009); Webber (2009); Saliba et al, 2010; e Araujo, Menezes e Souza (2012).

Avaliações de desempenho dos CEO foram realizadas por Figueiredo e Goes (2009); Deitos (2009); Góes et al (2012); Reses (2011) e Herkrath et al (2013), as quais demonstraram, em caráter regional e nacional, dificuldades dos serviços no cumprimento das metas de produção das especialidades definidas pelo Ministério da Saúde para seu monitoramento e avaliação.

Além da produtividade menor do que a preconizada, a taxa de utilização dos CEO - relação entre a oferta (capacidade de produção considerando a carga horária disponível dos profissionais) e a utilização (produção ambulatorial dos procedimentos demandados), tem sido descrita como baixa, com oferta disponível sendo subutilizada. Como possíveis razões pode-se considerar problemas na gestão da agenda e das filas, diferentes técnicas clínicas utilizadas por cada profissional, problemas na articulação entre atenção básica e especializada, com pacientes encaminhados sem o devido tratamento básico realizado, e até mesmo o não cumprimento da carga horária real dos profissionais. Dificuldades na acessibilidade dos usuários aos serviços também foram observadas, relacionadas a barreiras organizacionais, como demora para a primeira consulta, e barreiras geográficas, relacionadas ao tempo de deslocamento para o CEO (SOUZA E CHAVES, 2010; CHAVES et al, 2011).

Apesar da dificuldade no alcance das metas e na oferta subutilizada, observa-se que municípios com CEO implantado possuem maiores taxas de produção de procedimentos especializados do que os que não dispõem deste serviço. Municípios com CEO do tipo III apresentam uma taxa de procedimentos de endodontia 2,08 vezes maior (CELESTE et al, 2014).

A integralidade da atenção é tema recorrente nos estudos sobre os CEO, em que se destaca sua importância como estratégia para garantia de cuidados odontológicos mais complexos. A articulação entre os CEO com uma atenção básica estruturada e resolutive é fundamental para que o alcance do princípio da integralidade (CHAVES et al, 2010; COSTA et al, 2012; BULGARELI et al, 2013).

Os usuários, em sua maioria, encontram-se satisfeitos com resolubilidade do atendimento, boa estrutura do serviço e atendimento especializado de qualidade dos CEO (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010). Deve-se considerar, entretanto, o viés de gratidão dos usuários, e também o fato das pesquisas serem sido realizadas no próprio ambiente do serviço.

Situação semelhante pode ser observada em um estudo que avaliou a qualidade técnica e a satisfação de usuários em relação às próteses totais. Das 233 próteses totais avaliadas, apenas 52,7% das superiores e 9,5% das inferiores foram consideradas tecnicamente satisfatórias. 18% das pessoas não usavam mais as próteses inferior, principalmente por problemas de retenção e estabilidade, apesar das mesmas apresentarem-se com no máximo três anos de uso. Entretanto, 69,1% (n = 103) dos entrevistados relataram satisfação com suas próteses. A satisfação pode estar relacionada ao acesso à reabilitação em si, e não necessariamente à funcionalidade da prótese (COSTA et al 2013).

A implantação dos LRPD, próprios ou não, ainda é considerada incipiente (GODOI, MELLO e CAETANO, 2014). A organização do oferecimento de próteses ainda é voltada para a população idosa, e diferentemente do preconizado, usuário é referenciado ao CEO, para procedimentos relativos a moldagem, sendo acompanhado clinicamente por um protesista (SANTANA et AL, 2008).

Quanto ao financiamento da PNSB, estudos apontam que houve aumento significativo do acesso e da oferta de serviços, tanto quantitativa quanto qualitativamente, em função dos incentivos federais. Deve-se refletir, entretanto, que além das questões de financiamento, deve realizar planejamento e programação das ações em que se considerem as necessidades da população. (MAIA e KORNIS, 2010; PUCCA JR, LUCENA e CAWAHISA, 2010; KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011).

Estudos mais recentes têm discutido o papel da saúde bucal na rede de atenção, em que se identifica a estruturação da média complexidade na saúde bucal, em especial a implantação dos CEO,

como possibilidade para a “continuidade da assistência ao usuário, sem rompimento da linha de cuidado à saúde bucal” (MELLO et al, 2014).

Em Santa Catarina, a rede de atenção à saúde bucal, em que o CEO se constitui em um ponto de atenção secundária, articulado aos demais pontos de atenção, em uma região de saúde com população definida, amparado por um modelo de atenção, entretanto, ainda se encontra em processo de construção, com distintos estágios de implementação (GODOI, MELLO e CAETANO, 2014).

Ainda que os estudos apontem fragilidades que precisam ser superadas, constata-se na literatura que a implantação dos CEO foi preponderante para o aumento da oferta de procedimentos especializados no SUS.

2.1.3 Atenção Terciária

A saúde bucal no nível terciário da atenção tem sido descrita como Odontologia Hospitalar, compreendida como a área de atuação do CD clínico geral ou especialista no contexto hospitalar, provendo atenção odontológica de baixa, média ou alta complexidade a pacientes internados ou não, com objetivo de contribuir com a cura e melhora da qualidade de vida, independentemente do tipo de moléstia encontrada no usuário (SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012, *apud* MATTEVI, 2014).

São Paulo (2012, p.13) define Odontologia Hospitalar como

o conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação de equipe multidisciplinar. Seu principal foco é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.

A Portaria Nº 1032, de 05 de Maio de 2010 do Ministério da Saúde, inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Consiste, dessa forma, em procedimentos odontológicos que podem ser realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a intervenção odontológica em clínica convencional (BRASIL, 2010. MATTEVI, 2104).

Pessoas com deficiência, em virtude de dificuldades motoras para higiene e mastigação, que fazem uso de dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, utilizam medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar, além das limitações para acesso aos serviços de saúde, podem apresentar risco elevado para as doenças bucais (SANTOS et al, 2015).

A assistência odontológica ambulatorial convencional a esse grupo populacional pode envolver dificuldades considerando as limitações apresentadas pela própria deficiência ou relacionadas aos profissionais das equipes de saúde bucal, situação que pode levar à necessidade de atendimento odontológico sob o uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar (DALL'MAGRO, A.K.; DALL'MAGRO, E.; KUHN, 2010; SANTOS et al., 2015).

Dall'magro, A.K.; Dall'magro, E. e Kuhn (2010) realizaram pesquisa para investigar o perfil clínico dos 89 pacientes assistidos entre 2005 e 2010 em hospital de Passo fundo, RS. Os resultados evidenciaram que os pacientes pertenciam a famílias de baixa renda, moravam distantes do centro de assistência odontológica e apresentavam sequelas neurológicas e psicomotoras que comprometiam seu estado geral com repercussões na cavidade bucal. As enfermidades bucais encontradas foram, em número de pacientes, restos radiculares e dentes cariados (86), presença de freio lingual (8), hiperplasia gengival (5), fístula extra-bucal associada a dentes sépticos (3), luxação da ATM (2), odontoma (2) e miíase (1). Os autores apontam para a importância da assistência odontológica aos pacientes especiais para o restabelecimento e manutenção de sua qualidade de vida.

Estudo de Santos et al. (2015) buscou identificar as características demográficas dos pacientes e a assistência do tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar no SUS em Minas Gerais. Verificou-se que a assistência é realizada majoritariamente em pacientes adultos, do sexo masculino, com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, oriundos de todas as regiões do estado. No período de um ano foram contabilizadas 1063 autorizações de internação hospitalar (AIH), com cobertura assistencial de 1,58%, considerando-se uma estimativa de pessoas com necessidades especiais que podem demandar por tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia de 0,34% da população em geral. Os autores identificaram situações que dificultam o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde bucal para esse grupo populacional, sugerindo que o atendimento odontológico hospitalar a

pessoas com necessidades especiais, está em fase de estruturação no estado de Minas Gerais.

Aguilera et al (2013) realizaram estudo exploratório de abordagem qualitativa com 17 gestores de saúde da região metropolitana de Curitiba visando compreender a articulação entre os níveis de atenção primária e de média/alta complexidade dos serviços públicos de saúde. Com relação à atenção hospitalar, uma parcela dos gestores apontou como difícil o acesso via Central de Leitos de Curitiba, especialmente o encaminhamento de pacientes para leitos de UTI geral ou UTI neonatal. Para três gestores municipais, incluindo o município polo, os encaminhamentos hospitalares não constituíam um problema, pelo fato de apresentarem estrutura hospitalar relativamente adequada, tanto do ponto de vista da oferta quanto da resolutividade.

2.1.4 Unidade de Pronto Atendimento

Segundo a PNSB, a remissão dos processos de dor e minimização do sofrimento das pessoas exigem estratégias resolutivas de organização dos serviços de pronto-atendimento e de urgência, com prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004; AUSTREGÉSILO et al., 2015).

A assistência odontológica também pode ser realizada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL 2011).

Nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas de porte III é obrigatória a presença de uma equipe odontológica que cubra plantões de 24 horas realizando procedimentos resolutivos nas condições de urgências e emergências odontológicas (SILVA, 2013).

A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal, urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal. O tratamento dessas situações consiste na remoção da causa, quando possível, ou em medidas paliativas, que visam o alívio dos sintomas (BRASIL, 2012).

O caderno de Atenção Básica Nº 28 do Ministério da Saúde, sobre as queixas mais comuns no acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica, traz como urgências odontológicas mais comuns: dores dentino-pulpaes, dores periapicais, dores periodontais, urgências

traumáticas, urgências hemorrágicas, urgências do aparelho estomatognático, urgências da mucosa, urgências de resolução protética e restauradora e urgências pós-operatórias (BRASIL, 2012).

Estudo na cidade do Rio de Janeiro (RJ) que buscou avaliar a produção do serviço odontológico em quatro UPA através de um estudo quantitativo de atendimentos e procedimentos encontrou que a média de procedimentos por atendimentos nas quatro unidades foi de 2,4, com uma média de tempo de 56,1 minutos por atendimento e 26 minutos por procedimento. Os procedimentos resolutivos executados no serviço odontológico das UPA do RJ são (SILVA 2013):

- Drenagem de abscesso dento-alveolar (intra e extra-oral);
- Pulpotomia; Pulpectomia;
- Tratamento de hiperemia, com remoção de tecido cariado e selamento com cimento de ionômero de vidro;
- Selamento de cavidades com cimento de ionômero de vidro (adequação do meio), contribuindo para o reequilíbrio do meio bucal até que o usuário acesse o serviço de atenção primária;
- Ajustes oclusais que possam estar causando pericementite (ex. restaurações não adaptadas);
- Exodontia; Suturas de face, lábio, língua e mucosa oral;
- Raspagem supra e subgengival em caso de dor de origem periodontal;
- Tratamento de trauma ou avulsão dentários (incluindo esplintagem do elemento);
- Urgências relacionadas ao tratamento ortodôntico (ex. quando componente do aparelho está causando lesão em tecido mole);
- Cimentação de restaurações protéticas bem adaptadas;
- Restauração estética fraturada ou perda de dente anterior;
- Alívio de prótese dentária que esteja causando lesão em tecido mole;
- Conserto provisório de prótese total removível fraturada;
- Confecção de próteses provisórias no caso de perda da coroa de dentes anteriores; Ajuste de próteses quando o paciente apresentar dor ou lesão ocasionada pelo trauma da prótese;
- Outros procedimentos que, mesmo não listados neste rol, eliminem o sofrimento do usuário

O protocolo de atendimento odontológico nas UPA do RJ define que não há restrição quanto à idade do paciente a ser atendido, não há restrição quanto ao número de atendimentos a serem realizados por plantão e após o atendimento os usuários devem ser orientados sobre o programa de saúde bucal existente na rede municipal informando o

endereço da UBS mais próxima ao território da residência (preferencialmente) ou trabalho para que dê continuidade ao tratamento (SILVA, 2013).

Pesquisa que analisou a prática de um serviço de urgência e emergência do SUS com atendimento em Saúde Bucal no município de São Paulo, identificou a média de 462,6 atendimentos/mês e 15,4 atendimentos/ plantão de 24 horas, com a realização de 2,5 procedimentos/atendimento e uma espera de 60 minutos em média. Retornaram ao serviço no período de 30 dias 10% dos adultos e 5% das crianças, e os horários de pico de procura foram nos períodos diurnos com uma pequena variação nos diferentes dias da semana, definindo uma previsibilidade do fluxo de procura. As intercorrências mais frequentes foram a cárie dental em 23,4% dos casos, seguido das periodontopatias em 17,3%, abscessos dento alveolares em 16,6% e gengivais em 9,4%; caracterizando uma demanda de baixa complexidade em 94,1% das intervenções (TOLEDO, 2008).

Austregésilo et al (2015) realizaram estudo com o objetivo caracterizar a interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) na rede pública de saúde no Recife. O estudo evidenciou uma frágil integração e pouca resolutividade entre os níveis de atenção, apresentando uma rede parcialmente desconectada, com destaque para a inexistência de protocolo que defina o fluxo de encaminhamento dos usuários que procuram o serviço para dar a devida continuidade ao seu tratamento na AB ou CEO.

2.2 UNIVERSALIDADE DO ACESSO

O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde tem por base uma tese ético-política: não é justo que alguém seja privado do acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessite pelo simples fato de não ter renda. Cabe ao Estado garantir essa tese (MATTOS, 2004).

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. Busca reverter uma situação passada em que, o sistema público de saúde provia acesso diferenciado entre quem possua vínculo previdenciário e os demais brasileiros, tratados como indigentes (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

O princípio doutrinário da universalidade do SUS expressa o desejo coletivo do direito de cidadania. Entretanto, ainda encontra

obstáculos na efetivação do acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Uma reflexão acerca dos “limites” do princípio da universalidade do SUS diz respeito ao fato do mesmo não ser o único sistema de saúde, e sim um dos sistemas, financiado publicamente, e que convive com a saúde suplementar e privada. Este processo é descrito como a “universalização excludente”, em que crescentes segmentos das camadas médias da população buscam planos privados, situação que por si reduz o apoio político ao SUS (MATTOS, 2004).

2.2.1 Acesso

O conceito de acesso à saúde vem se modificando ao longo dos anos e atualmente suas principais características são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

A *disponibilidade* é definida como a representação da existência ou não do serviço de saúde em local e momento apropriado/necessário. É a dimensão mais tangível do acesso. Engloba a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo e relação entre tipo, abrangência, organização, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. A *capacidade de pagamento* compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde. A *informação* resulta do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo. E a *aceitabilidade* se refere à natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

Starfield (2001) destaca que, em relação à atenção primária, a “acessibilidade” é o conceito que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. A acessibilidade não é uma característica exclusiva da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis.

Donabedian (1973), distinguiu duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica. A primeira inclui características de recursos e da oferta de serviços que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; CUNHA e VIEIRA, 2010;

Penchansky e Thomas (1981) classificaram o acesso em cinco dimensões: disponibilidade (obtenção do atendimento), acessibilidade (distância e questões geográficas), comodidade (tempo de espera), custos acessíveis (possibilidade de pagamento) e aceitabilidade (satisfação com o serviço). Esta classificação permite identificar as “barreiras” da acessibilidade ao serviço de saúde.

Em se tratando da assistência à saúde bucal, a universalidade do acesso ainda encontra sérias barreiras ou limites para a sua efetivação, as quais podem ser classificadas, em um esforço de síntese na revisão da literatura, em quatro grupos ou dimensões: organização da oferta, organização do trabalho, recursos estruturais e sistema de crenças.

2.2.2 Limites na organização da oferta

A priorização ou exclusividade da atenção clínica para escolares ou crianças até 12 anos de idade é um claro exemplo de negligência ao princípio da universalidade. Elencar grupos prioritários não significa limitar a atenção a adolescentes, adultos e idosos à demanda livre para atendimento de emergências. A programação da oferta e definição de prioridades deve ter base em um diagnóstico social e epidemiológico, levando-se em conta as necessidades locais e a participação social (LACERDA e TRABERT, 2006; SILVEIRA FILHO, 2008; BOTAZZO, 2013).

Lourenço e colaboradores (2009) realizaram estudo em 310 municípios de Minas Gerais e observaram que apesar das dificuldades em relação à demanda, a universalidade pode ser constatada, pois, em média, 79% das ESB relataram atender a toda população (todas as faixas etárias). Observa-se, entretanto, que somente 76,9% dos cirurgiões-dentistas afirmaram atender a gestantes, 76,6% afirmaram atender idosos e 56,1% afirmaram atender bebês de zero a três anos. Já em relação a escolares e pré-escolares, cerca de 88% das equipes afirmavam atendê-los, enquanto de 84% a 86% afirmavam atender adultos e adolescentes. Um claro exemplo de limitação de oferta de atenção relacionada à idade ou ciclo de vida dos pacientes.

A organização da oferta por demanda livre exclusiva, com limitação no número de consultas, impõe uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo, de modo a garantir o atendimento. Configura-se, assim, como exemplo de serviço excludente, conflituoso e tenso, que se configura em claro exemplo de limites na universalidade de acesso (SANTOS e ASSIS, 2006).

O acolhimento é uma estratégia que busca estabelecer vias de diálogo para a resolução dos problemas individuais, ampliando a ação interventora dos profissionais de saúde no SUS e contemplando o princípio da universalidade. Entretanto, a análise de implantação do acolhimento em um serviço de saúde bucal revelou entraves e dificuldades. Há dificuldades em garantir o acesso universal, mesmo após a implantação do acolhimento, sendo que a resolutividade garantida por este dispositivo ainda é um ideal a ser alcançado (NEVES, PRETTO e ELY, 2013).

A oferta de serviços odontológicos também pode sofrer limitações em função da cobertura populacional da equipe de saúde bucal. Por conta da proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, a oferta de serviços e vínculo da equipe com a população é prejudicada (SANTOS e ASSIS, 2006).

Chaves e colaboradores (2012) realizaram inquérito domiciliar de base populacional para descrever as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Dentre as variáveis analisadas, identificaram que a principal barreira de acesso organizacional situou-se na Atenção Primária.

2.2.3 Limites na organização do trabalho

A atuação exclusiva do cirurgião-dentista em detrimento da atuação da equipe de saúde bucal também pode ser considerada como fator limitador do acesso universal, visto que reduz a disponibilidade de maior volume de procedimentos clínicos. A produtividade do cirurgião dentista (CD), quando auxiliado pelo auxiliar de saúde bucal (ASB) pode aumentar em até 50%, o que aumenta a eficiência do serviço, amplia a cobertura a custos menores, bem como previne stress e fadiga profissional. Já a atuação de um técnico em saúde bucal (TSB), em cadeira própria, sob supervisão direta, pode aumentar em mais 50% a produtividade do dentista (ZANETTI, OLIVEIRA, MENDONÇA, 2012).

Entretanto, mesmo com o comprovado aumento na produtividade dos serviços odontológicos (e em consequência a maior disponibilidade de oferta de serviços e ampliação do acesso), ainda se observam serviços de saúde bucal em que o CD atua sem auxílio do ASB, mesmo em Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do

tipo I, que obrigatoriamente devem ser formadas por CD e ASB (RESES, 2011).

Em que pese o fato da atuação do TSB ser legalmente prevista na ESB do tipo II, esta modalidade não se implantou na quantidade e na qualidade necessária. Em maio de 2014, das 28.163 equipes de saúde bucal credenciadas pelo Ministério da Saúde, 20.982 eram da modalidade I e apenas 2.193 da modalidade II, ou seja, menos de 10% das equipes (BRASIL, 2014).

Os motivos podem estar relacionados, principalmente, ao fato do trabalho do TSB ser orientado para o preventivismo, visto que a realização de atividades intrabucais diretas (restauração dentária e periodontia básica), não estão esclarecidas na regulamentação da profissão (ZANETTI, OLIVEIRA, MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2008; CFO, 2012).

A relação interprofissional CD X TSB é historicamente marcada pela disputa de poder e espaço de atuação. A crítica que se faz é relativa à compreensão de que discursos corporativistas não podem se sobressair a estratégias que certamente podem ampliar acesso e cobertura da população a serviços básicos de saúde bucal. O discurso de que o setor público reproduz acriticamente o modelo privado de odontologia precisa ser superado, e a incorporação da força de trabalho em saúde bucal é fundamental nesta crítica (BOTAZZO, 2013).

Neste sentido, a política que fomenta a saúde bucal no país deve propiciar a discussão sobre a clareza da interpretação da lei que regulamenta o serviço do TSB, a oferta de cursos de formação para auxiliares e técnicos, o incentivo para que os municípios credenciem eq.SB modalidade II e o debate no meio odontológico sobre a importância e valorização do trabalho em equipe.

Outro ponto que deve ser considerado é a garantia de tratamento completado na atenção básica, ou seja, a conclusão de todas as necessidades que cada usuário apresenta, em relação aos procedimentos básicos. O tratamento não completado, baseado apenas na queixa principal, gera maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas por ser de baixa resolubilidade, acarreta a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento (SANTOS e ASSIS, 2006).

O indicador de primeira consulta odontológica programática, descrito na tabela SIA/SUS define como exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, é um indicador clássico de acesso à saúde bucal e demonstra a tendência de cobertura do sistema, a partir da realização da primeira consulta. Viana, Martelli e

Pimentel (2012) propuseram-se a analisar o acesso ao atendimento odontológico individual nas equipes de saúde bucal no estado de Pernambuco, através da análise do indicador de primeira consulta odontológica nos anos de 2001 e 2009. Como resultados encontraram um aumento de 881,82% no número de equipes de saúde bucal na ESF (de 132 ESB em 2001; para 1296 ESB em 2009), sendo que o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica cresceu de 10,04% em 2001 para 16,87% em 2009). Concluíram que apesar do crescimento positivo do indicador ainda persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos de forma programática na atenção básica, apontando para a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na ampliação do acesso e nas necessidades das comunidades.

Estudo ecológico realizado por Fernandes e Peres (2005) em 293 municípios do Estado de Santa Catarina no período 2000 a 2003 com objetivo de testar associações entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos obteve como resultado 21,8% para o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática. Observaram também correlação positiva entre o número de profissionais cadastrados no SUS e a cobertura de primeiras consultas, e consideraram a hipótese da melhoria no acesso aos serviços odontológicos e na promoção de saúde bucal estar ocorrendo com os profissionais contratados para o serviço público.

Silva et al (2013) estudaram indicadores de atenção básica e especializada de saúde bucal em municípios do Pará e identificaram que o percentual de cobertura da primeira consulta odontológica programática aumentou de 7,8% em 2001 para 14,6% em 2010.

Em que pese às limitações dos estudos com dados secundários, relacionados a fragilidades nos registros e ao controle de qualidade dos dados, ressalta-se a importância de sua disponibilidade e utilização por pesquisadores e gestores, a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde (VIANA, MARTELLI e PIMENTEL, 2012). Reforça-se a necessidade de melhoria dos sistemas de informação em saúde do Brasil como um todo (FERNANDES e PERES, 2005).

2.2.4 Limites de recursos estruturais

A limitação da oferta de serviços pode ocorrer em virtude da falta de equipamentos, instrumentos e insumos. A Política Nacional de Saúde Bucal, através de estratégias de indução financeira e doação de

consultórios e equipamentos, tem possibilitado grandes melhorias na estrutura dos serviços de atenção básica, dos Centros de Especialidades Odontológicas, das unidades móveis e da atenção hospitalar para pacientes especiais. Mas estudos ainda identificam falta de recursos materiais, em termos de quantidade e qualidade; restrição de espaço físico e de equipamentos (MELLO et al, 2014).

Esta reflexão também pode ser ampliada para a necessidade de investimentos em sistemas de apoio e sistemas logísticos da rede de atenção à saúde bucal. A necessidade da realização de exames radiográficos, como exemplo, é inegável na atenção à saúde bucal, e nos dias de hoje este equipamento nem é considerado como de grande densidade tecnológica, mas ainda consiste em uma grande fragilidade no sistema. Na prática, não são raros os casos em que o paciente não realiza o exame radiográfico porque não tem possibilidade de se deslocar até uma policlínica central, ou que faz o procedimento em consultório privado.

Investimentos em apoio logístico como informatização do agendamento, instalação de prontuário eletrônico e implantação de sistema de regulação são fundamentais para o controle das filas e ampliação do acesso (GIOVANELLA, 2002).

A atenção clínica restrita a procedimentos de baixa densidade tecnológica reduz o cuidado do paciente à possibilidade técnica. Propiciar estrutura à rede de serviços é fundamental para a garantia da universalização (BOTAZZO, 2013).

2.2.5 Sistema de crenças

O sistema de crenças, que não é desarticulado dos pontos anteriormente abordados, relaciona-se a uma série de concepções ideológicas e corporativas, reproduzidas no meio odontológico, de que o serviço público de saúde é voltado para “pessoas carentes”; de que os problemas bucais ocorrem basicamente por razões biológicas, desconsiderando-se os determinantes sociais do processo saúde-doença; de que as pessoas têm cárie porque não cuidam dos seus dentes; de que a educação para bons hábitos de higiene na infância evitará adultos com problemas bucais, dentre tantos outros (BOTAZZO, 2013).

Este conjunto de crenças, grosso modo, gera distinção entre o cuidado realizado em serviços públicos e privados, e desta forma pode comprometer as dimensões *informação* e *aceitabilidade* do acesso.

Mudanças nas práticas da atenção pública odontológica encontram obstáculos cuja transposição requer superar entraves

políticos, disputas ideológicas, recursos escassos, organização da oferta e do trabalho. A busca pela universalidade e a integralidade da atenção estabelece o desafio aos municípios brasileiros para a reestruturação da atenção básica em saúde bucal, com a superação do tradicional modelo da odontologia escolar e fortalecimento da abordagem familiar.

Não basta garantir o acesso universal e igualitário aos serviços. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento. É esse o desafio de todas as políticas que se voltem especificamente para as transformações das práticas (AYRES, 2009).

2.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A integralidade de assistência, segundo a Lei Orgânica de Saúde, é concebida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Mesclam-se, aí, ações de promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde (BRASIL, 1990).

Enquanto a universalidade direciona a construção de um acesso para todos e da equidade exige pactuar com todos o que cada um necessita, “a integralidade nos desafia, a saber, e fazer o ‘que’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009).

A integralidade pode ser compreendida em três grandes grupos de sentidos. O primeiro diz respeito às práticas dos profissionais de saúde, para que possam discernir de modo abrangente as necessidades dos indivíduos, sejam curativas, preventivas ou de controle, compreendendo as pessoas em sua totalidade, nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. O segundo sentido relaciona-se aos modos de organizar os serviços de saúde, com foco nas necessidades da população e na busca contínua de ampliação das possibilidades de atenção. E o terceiro sentido tem base nas políticas de saúde, cujas respostas governamentais devem responder às necessidades preventivas e assistenciais da população de forma contextualizada e articulada em seus diversos setores (MATTOS, 2001; 2004).

Cecílio (2001) afirma que a luta pela equidade e integralidade implica em reflexão sobre a organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, que tem como centro de suas intervenções e práticas as necessidades de saúde da população. Estas podem ser apreendidas em quatro grandes conjuntos: boas condições de vida, acesso aos serviços e

ações de saúde, vínculo dos usuários com a equipe e profissionais de saúde e busca da autonomia dos indivíduos. Neste sentido, o autor define integralidade da atenção em duas dimensões. A primeira, a integralidade “focalizada”, no espaço da micropolítica de saúde, relativa ao esforço de uma equipe multiprofissional, delimitada a um serviço de saúde, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde da população. Com a compreensão de que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço singular, por melhor que seja, o autor remete à segunda dimensão de sua definição: a integralidade ampliada, pensada no “macro”, relacionada à articulação de cada serviço de saúde com uma rede de serviços de saúde e de outras instituições.

A reflexão sobre a integralidade a partir da reorganização da atenção à saúde, com base nas tecnologias leves e na clínica ampliada, em que se defende uma maior aproximação entre profissionais e usuários na medida em que as ações passem a ser orientadas pelas necessidades dos indivíduos e coletividade, rompe com o modelo médico assistencial curativista e com a imposição vertical das condutas (BONFADA et al, 2012).

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos (COSTA, 2004).

O princípio da integralidade relaciona-se ao sistema de atenção e ao processo de atenção individual. Atributos do sistema de atenção devem garantir de forma articulada ações de promoção, prevenção e recuperação, nos diversos níveis de complexidade, conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. E o processo individual de atenção deve considerar uma abordagem holística do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais. Neste sentido, os autores desenvolveram um conceito de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde composto por quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção (relacionada ao campo político de definição de prioridades); 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (relacionada à organização do sistema de atenção); 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (relacionada à gestão do sistema); e 4) abordagem integral do indivíduo e famílias (relacionada ao cuidado individual) (GIOVANELLA et al, 2002; CONNIL, 2004).

2.3.1 Integralidade e Saúde bucal

Santos e Assis (2006) discutiram a integralidade da atenção à saúde bucal com foco na micropolítica e tecnologias relacionais, e analisaram os dispositivos de vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. Observaram em sua pesquisa que a prática da saúde bucal é plena de conflitos e convive com fragmentação (atendimento fragmentado, foco na técnica, modelo médico centrado e resolubilidade limitada) e com integralidade (acolhimento tenso e conflitante, mas com potencial de mudanças, resgate de vínculo e autonomia), em um processo inacabado, em construção.

Souza e Chaves (2010) avaliaram a oferta (capacidade de produção de procedimentos dos serviços), utilização (produção ambulatorial dos serviços de todos os procedimentos demandados) e acessibilidade (barreiras organizacionais, geográficas e socioeconômicas) dos usuários a um serviço atenção especializada em odontologia na Bahia. O conceito de integralidade utilizado pelos autores referiu-se à garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde. Observaram que apesar de 61% dos usuários relatarem a realização do tratamento odontológico na atenção básica, a maioria dos entrevistados (74,3%) não receberam nenhum instrumento de referência e contrarreferência para a atenção especializada. Apenas 37,8% dos pacientes que demandaram prótese tiveram tratamento odontológico completo no nível primário da assistência. Em relação à integralidade horizontal, poucos usuários relataram a realização de higiene bucal supervisionada (15,5%), um procedimento comumente esperado na atenção básica. Os autores consideram que, a despeito da dificuldade da continuidade do cuidado, de alguma maneira a integralidade tem sido garantida.

2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A discussão sobre integralidade reporta conseqüentemente à integração de serviços por meio de redes assistenciais, visto que as organizações e profissionais de saúde não dispõem da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução de todos os problemas de saúde de uma população (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integração dos serviços em redes deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Além disso, deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar a

duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados, enfim, deve ser humana, eficaz, econômica e qualitativa (SANTOS e ANDRADE, 2008).

No campo da saúde, a proposta de redes foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido. Tinha por objetivo definir formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; LAVRAS, 2011; OPAS, 2011).

Atualmente, a discussão sobre redes emerge como resposta para a superação da chamada “crise contemporânea dos sistemas de saúde”, identificada por uma discrepância entre a situação de saúde, marcada pela transição demográfica e epidemiológica, com predomínio de doenças crônico-degenerativas, e os sistemas de saúde, concebidos e estruturados para uma atuação voltada para atenção de eventos agudos ou agudização de condições crônicas. A resposta fragmentada, episódica e reativa dos sistemas de saúde, organizados através de um conjunto de pontos de atenção isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população, dificultando o acesso e a integralidade da atenção, caracteriza os sistemas fragmentados (LAVRAS, 2011; MENDES, 2010; OPAS, 2011).

Os sistemas fragmentados de saúde caracterizam-se negativamente por organizarem-se através de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados; incapacidade de prestar uma atenção contínua à população; não contemplam população adstrita; a atenção primária não se articula adequadamente com a atenção secundária e ambos também não se articulam com a atenção terciária; não há articulação entre atenção primária, sistemas de apoio e sistemas logísticos; a atenção é centrada na doença, de forma reativa e episódica (OPAS, 2011).

Segundo Lavras (2011), em consonância com a situação de fragmentação dos sistemas de saúde de vários países no mundo, o SUS também se apresenta como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade da atenção e compromete a integralidade. Segundo a autora

a fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como

desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

A partir dos anos 90, com a crise de saúde nos países desenvolvidos, várias propostas de superação dos sistemas fragmentado foram desenvolvidas: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos; sistemas integrados de saúde, no Canadá; sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido; organizações sanitárias integradas, na Espanha (OPAS, 2011).

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento oficial propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalente nos países da América (OPAS, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 30 de dezembro de 2010 a portaria 4279, com diretrizes para a

estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Segundo a OPAS (2011), estudos sugerem que as redes integradas de serviços de saúde melhoram o acesso ao sistema, reduzem a fragmentação, evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços, reduzem os custos, e respondem melhor às necessidades de saúde da população.

A portaria GM/MS Nº 4279/2010, que propõe as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no SUS, define rede de atenção à saúde 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. Segundo a portaria, a operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (BRASIL, 2011).

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança (BRASIL, 2011).

Os sistemas de apoio consistem em serviços de diagnóstico e terapia (patologia clínica, imagens, entre outros) e pelos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (BRASIL, 2011).

2.4.1 Rede de Atenção à Saúde Bucal

Estudo exploratório descritivo na Grande Município aponta que a inserção do cuidado à saúde bucal na rede regionalizada de atenção à saúde é caracterizada como um processo ainda em fase inicial, incipiente, por vezes descolado da rede de atenção, que também está por se consolidar. Observam-se fragilidades no nível de atenção primária, ESB cujo processo de trabalho não inclui planejamento de ações com

base epidemiológica, escassez de pessoal – cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal (MELLO et al, 2014).

Em 12 municípios de grande porte de Santa Catarina, observa-se oferta de serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, mas com distintos estágios de implementação da rede. Percebe-se algumas ações para sua consolidação, como inserção de ferramentas para integração dos serviços de atenção básica aos especializados e reorientação da atenção básica como coordenadora da rede. As limitações incluem dificuldade em definir a população da rede de acordo com critérios epidemiológicos, fragilidade dos sistemas logísticos e de governança, além da necessidade de ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, operando segundo princípios de vigilância à saúde (GODÓI, MELLO e CAETANO, 2014).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A estratégia metodológica adotada para a análise da organização e desenvolvimento das ações e serviços de saúde bucal na perspectiva da universalidade de acesso e integralidade da atenção foi o Estudo de Avaliabilidade (EA), seguido de Estudo de Caso com Unidades de Análise.

3.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O EA é constituído por um conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação e permitem verificar em que medida o objeto pode ser avaliado (COELHO et al, 2014; COSTA et al, 2010; LEVITON et al, 2010; MEDEIROS et al, 2010; NATAL et al, 2010; THURSTON; RAMALIU, 2005).

Estudo de base qualitativa, com pesquisa bibliográfica e realização de oficinas de consenso com especialistas na área.

Neste estudo foram realizados os seguintes passos: (a) descrição da atenção à saúde bucal identificando seus objetivos e atividades; (b) desenho do modelo teórico-lógico; (c) desenvolvimento de matriz avaliativa; (d) identificação dos interessados na avaliação e (e) obtenção de consenso quanto aos procedimentos da avaliação. Por atenção à saúde bucal entende-se o conjunto de ações e serviços ontológicos, voltados à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dispostos nos níveis de gestão, atenção básica, atenção secundária, atenção hospitalar e urgência e emergência, em uma perspectiva de rede de atenção à saúde bucal.

Considerando que “a modelização é uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões” (CHAMPAGNE ET AL, 2011), nesta fase foi realizada a descrição da atenção à saúde bucal identificando seus objetivos e atividades desenvolvidos, e desenhou-se o modelo teórico-lógico com o objetivo de identificar aspectos essenciais da universalidade de acesso e integralidade na atenção à saúde bucal.

Com base nos modelos, foi desenvolvido o terceiro passo, com a estruturação da matriz avaliativa com indicadores de acesso e integralidade na atenção à saúde bucal, relacionados à gestão, à Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção à Urgência e Emergência.

Especialmente no campo da saúde, estratégias para a obtenção de consenso entre especialistas vêm sendo largamente utilizadas na definição de critérios, padrões e indicadores para a avaliação (SOUZA et al, 2005). Desta forma foram realizados quarto e quinto passos, com a identificação dos interessados na avaliação e realização de oficinas de consenso com a participação de professores de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e técnicos do serviço público odontológico, para definição do modelo teórico lógico e da matriz de análise.

A técnica de consenso realizada foi o Comitê Tradicional, que consiste em discussão aberta sobre os temas propostos entre especialistas selecionados, com amplo debate e confronto de opiniões (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005). Foram realizadas duas reuniões de quatro horas de duração cada uma, com a participação de seis especialistas. Modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise para acesso e integralidade foram discutidos até que se chegasse a um consenso.

3.2 ESTUDO DE CASO COM UNIDADES DE ANÁLISE

Trata-se de uma abordagem apropriada quando as questões “como” e “por que” são propostas, o investigador tem pouco controle sobre o evento e o enfoque está em um fenômeno contemporâneo (YIN, 2010).

O caso estudado foi um município da região sul do Brasil, selecionado de forma intencional, por apresentar bons resultados no SB Brasil 2010 - levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, assim como na avaliação do PMAQ – Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade.

As unidades de análise foram indicadas pela coordenação municipal de saúde bucal, constituídas pela gestão e por seis unidades abaixo descritas:

- Coordenação Municipal de Saúde Bucal
- Três Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde bucal;
- Um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Um Hospital com serviço de saúde bucal;
- Uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) com atendimento odontológico de urgência e emergência.

Por indicação da coordenação municipal também foi realizada entrevista com profissional do setor de Regulação, responsável pela regulação dos serviços da APS para os CEO e hospitais.

3.2.3 Fontes de Evidência para a Coleta de Dados

Foram utilizadas, como fontes de evidências, entrevistas com gestores e cirurgiões-dentistas envolvidos nos serviços dos diferentes níveis de atenção, visita às unidades de saúde, análise documental e dados constantes nos sistemas de informação à saúde de acesso público.

- Entrevistas: foram entrevistados o coordenador municipal de saúde bucal, o coordenador do CEO, três CD da AB, sendo um de cada UBS, dois CD do CEO, um CD coordenador de serviço hospitalar, um CD da UPA e um CD do setor de regulação. A entrevista foi estruturada, com perguntas relacionadas à história do profissional, e a questões estruturais e de processo de trabalho relacionadas à universalidade do acesso e integralidade na atenção (APÊNDICE 2).

-Análise documental: Foram analisados os seguintes documentos: protocolo de atenção à saúde bucal; protocolos de regulação nas diferentes especialidades; carteira de serviços da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os documentos ou foram disponibilizados pela coordenação municipal de saúde bucal, ou eram de acesso público no site da Prefeitura Municipal.

- Dados dos sistemas de informação: informações de acesso público sobre indicadores de saúde bucal constantes no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) relacionados à Atenção Básica (primeira consulta odontológica programática, escovação supervisionada, tratamento concluído, razão exodontias /tratamentos conservadores) e Atenção Especializada (produção nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes especiais).

- Visita aos serviços: as entrevistas foram realizadas nos próprios serviços, para que as questões estruturais pudessem ser avaliadas *in loco* pela pesquisadora.

3.2.4 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram registrados em planilhas Excel (Microsoft) e analisados através de estatística descritiva. Os dados qualitativos foram transcritos, digitados em arquivos WORD e depois em planilhas Excel (Microsoft) e analisados através de técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2004), sendo que as categorias de análise foram previamente definidas de acordo com a matriz de análise.

O conjunto dos dados foi analisado à luz do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa da Atenção à Saúde Bucal definidos nas oficinas de consenso.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer N° 1.183.105 de 27/07/2015 (ANEXO 1), e foi desenvolvida de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A realização da pesquisa foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Município (ANEXO 2). Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

4. RESULTADOS

Conforme norma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta tese devem ser apresentados em formato de artigos científicos inéditos encaminhados a revistas especializadas da área.

O primeiro artigo refere-se a um Estudo de Avaliabilidade, que apresenta o processo de construção e definição dos modelos teórico e lógico, assim como a matriz de análise da universalidade do acesso e integralidade na atenção à saúde bucal.

O segundo artigo trata de aplicação da matriz de análise em um estudo de caso único, com unidades de análise, em um município da região sul do Brasil.

A composição original desse documento tem a finalidade de acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas, uma vez que os mesmos já estão apresentados no formato mais rotineiramente adotado para as publicações da área.

4.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1:

Título: Universalidade do acesso e integralidade na atenção em saúde bucal: um estudo de avaliabilidade.

Título em Inglês: Universal Access and Comprehensive Care of Oral Health: an Availability Study

Autores:

Manoela de Leon Nobrega Reses

Maria Cristina Marino Calvo

Endereço para correspondência:

Prof^a. Manoela de Leon Nobrega Reses

Coordenadoria Especial de Biociências e Saúde Única

Universidade Federal de Santa Catarina – Campus de Curitibanos

Curitibanos, Santa Catarina

CEP: 88520-000

Endereço Eletrônico:

manoela.reses@ufsc.br

mcmcalvo@ccs.ufsc.br

Resumo

O reconhecimento constitucional do direito à saúde pode ser considerado como uma das maiores conquistas sociais do período pós-redemocratização no Brasil. Após 25 anos de implantação do Sistema Único de Saúde, ainda que se observem inegáveis avanços, as diretrizes universalidade do acesso e integralidade da atenção na área da saúde bucal ainda permanecem como desafios. Neste sentido, realizou-se um Estudo de Avaliabilidade das ações e serviços de saúde bucal com foco na universalidade do acesso e na integralidade da atenção. O Estudo de Avaliabilidade é constituído por um conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação que permitem verificar em que medida o objeto pode ser avaliado. Neste estudo foram realizados os seguintes passos: (a) descrição da atenção à saúde bucal identificando seus objetivos e atividades; (b) desenho do modelo teórico-lógico; (c) desenvolvimento de matriz avaliativa; (d) identificação dos interessados na avaliação e (e) obtenção de consenso quanto aos procedimentos da avaliação. A matriz avaliativa da atenção à saúde bucal com foco no acesso universal e integralidade ficou composta por quatro dimensões: acessibilidade; disponibilidade; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral de indivíduos e famílias. Para cada dimensão foram discutidos indicadores relacionados à gestão, atenção básica, atenção secundária e terciária e serviços de urgência e emergência. O Estudo de Avaliabilidade mostrou-se apropriado e permitiu identificação de áreas prioritárias da atenção à saúde bucal para futuras avaliações.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde Bucal

Abstract

The constitutional right to health can be considered as one of the greatest social achievements of post-democracy period in Brazil. After 25 years of implementation of the Unified Health System, although are observed undeniable advances, the guidelines universal access and comprehensive care in oral health still remain as challenges. In this sense, it was realized an availability study of the oral health services with a focus on universal access and comprehensive care. The availability study consists of a set of procedures that precede the stage of evaluation for verifying the extent to which the object can be evaluated. In this study the following steps were taken: (a) description of oral health care by identifying your goals and activities; (b) design of the theoretical and logical model; (c) development of evaluate matrix; (d) identification of stakeholders in the evaluation and (e) achieving consensus on the evaluation procedures. The evaluative matrix of oral health care with a focus on universal access and comprehensiveness was composed of four dimensions: accessibility; availability; articulation of promotion, prevention and recovery; and integral approach of individuals and families. For each dimension were discussed indicators related to management, primary care, secondary and tertiary care an urgent and emergency services. The availability study proved to be appropriate and allowed to identify priority areas of oral health care for future evaluations.

Keywords: Health Services Evaluation; Universal Access to Oral Health Care Services; Integrality in Health; Oral health

Introdução

A saúde bucal no contexto dos serviços públicos de saúde tem passado, nas últimas décadas, por processos significativos de mudanças no modelo de atenção e de investimentos para implantação de serviços. A criação de incentivos financeiros para a incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e da atenção odontológica hospitalar para pessoas com deficiência possibilitaram inegáveis avanços^{1,2}.

Avaliações recentes de serviços de saúde bucal, contudo, apontam problemas como precarização das relações de trabalho; baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva; dificuldade dos profissionais de trabalharem em equipe; dificuldade de mudança do processo de trabalho; inadequação do sistema de referência e contrarreferência; não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumentos de trabalho dos profissionais; problemas de infraestrutura; baixa qualidade de registros da produção odontológica³.

Nesse sentido, questões relacionadas à gestão e ao processo de trabalho dos serviços públicos odontológicos permanecem como fragilidades tanto na atenção básica quanto na especializada, e desta forma minimizam o potencial de garantia de acesso universal e de integralidade da atenção de forma coerente com os princípios doutrinários do SUS.

Esta pesquisa realizou um Estudo de Avaliabilidade (EA) das ações e serviços de saúde bucal com foco na universalidade do acesso e na integralidade da atenção. O EA é constituído por um conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação e permitem verificar em que medida o objeto pode ser avaliado⁴⁻⁹. A avaliabilidade pode definir o quanto o programa é avaliável naquele momento, auxilia a determinar os objetivos e o foco da avaliação, permite uma maior compreensão sobre o objeto a ser avaliado e contribui para a definição prévia sobre como o objeto de pesquisa será avaliado^{8,10}.

Os estudos de avaliabilidade, pré-avaliação ou avaliação exploratória são realizados com objetivo de verificar em que medida uma intervenção pode ser avaliada. O EA precede a etapa de avaliação propriamente dita e visa proporcionar um ambiente favorável para a avaliação, auxiliando na compreensão dos envolvidos sobre as características, os objetivos, e as necessidades de informação sobre uma

intervenção. Além disso, busca o consenso quanto ao interesse na realização da avaliação, maximizando suas potencialidades utilidades^{8,6}.

Metodologia

Estudo de base qualitativa, com pesquisa bibliográfica e realização de oficinas de consenso com especialistas na área.

Neste estudo foram realizados os seguintes passos: (a) descrição da atenção à saúde bucal identificando seus objetivos e atividades; (b) desenho do modelo teórico-lógico; (c) desenvolvimento de matriz avaliativa; (d) identificação dos interessados na avaliação e (e) obtenção de consenso quanto aos procedimentos da avaliação.

Resultados e Discussão

a) Descrição da Atenção à Saúde Bucal

Foi o primeiro passo do Estudo de Avaliabilidade: descrever o objeto a ser avaliado, de forma a se compreender seus objetivos e atividades, na perspectiva dos princípios doutrinários do SUS, universalidade do acesso e integralidade.

Por Atenção à Saúde Bucal entende-se o conjunto de ações e serviços odontológicos, voltados à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dispostos nos diferentes pontos da estrutura da rede (Atenção Básica, Atenção Secundária, Atenção Terciária e Serviços de Urgência e Emergência), com suporte integrado de Sistemas Logísticos e de Apoio, coordenados por um modelo de gestão, em uma perspectiva de rede de atenção à saúde bucal^{1, 13, 14,16}.

Os princípios doutrinários de Universalidade e Integralidade do SUS foram selecionados como critérios norteadores da avaliação por serem considerados o pilar maior do direito constitucional à saúde. Todo e qualquer planejamento e orientação para a gestão dos serviços de saúde deveriam, em maior propósito, buscar alcance do acesso universal e da atenção integral, de forma que os dois conceitos devem ser trabalhos de forma articulada, onde não seria possível discuti-los de forma separada.

b) Desenho do Modelo Teórico-Lógico

Desenhou-se o modelo teórico-lógico, com o objetivo de identificar aspectos essenciais da atenção à saúde bucal considerando os princípios da universalidade do acesso e integralidade.

O marco legal e normativo do modelo tem por base a Constituição Federal¹³ e a Lei Orgânica de Saúde¹⁴ que definem que o sistema de saúde deve ser universal e integral. Considera-se ainda: a Política Nacional de Atenção Básica¹⁵, em que se insere o campo da saúde bucal, articulado aos demais componentes da atenção primária; a Política Nacional de Saúde Bucal¹, que reforça que a equipe de saúde bucal deve trabalhar articulada à equipe de saúde da família, assim como aos pontos de atenção secundária e terciária; a Portaria GM/MS Nº 4279¹⁶ que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

O conceito de acesso utilizado nesta pesquisa articula os referenciais teóricos de Pechansky e Thomas (1981)¹⁷ e Donabedian (1973)¹⁸. Pechansky e Thomas (1981) categorizaram a avaliação do acesso em cinco dimensões: disponibilidade (obtenção do atendimento), acessibilidade (distância e questões geográficas), comodidade (tempo de espera), custos acessíveis e aceitabilidade. Já Donabedian (1973) estruturou o conceito de acessibilidade em duas dimensões: sócio-organizacional, que envolve aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na capacidade das pessoas no uso dos mesmos, e geográfica, relacionada a questões relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

Neste estudo as dimensões de custos acessíveis e aceitabilidade não foram consideradas, visto que não se espera que os usuários tenham custos diretos com os serviços no Sistema Único de Saúde, e porque a dimensão “aceitabilidade” relaciona-se a satisfação do usuário que não foi foco da pesquisa. Assim, este modelo analisou o acesso sob duas dimensões: a) Disponibilidade, relacionado à oferta e volume de serviços odontológicos; b) Acessibilidade, relacionada a condições estruturais e de organização dos serviços de saúde bucal que tornam o contato com os usuários mais cômodo e facilitado.

Em relação à integralidade, foi utilizado o referencial de Giovanella et al (2002)¹⁹, com suas quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e famílias. Considerando-se que as dimensões “Garantia de atenção nos três níveis

de complexidade” de Giovanela et al (2002)¹⁹ e “Disponibilidade” de Pechansky e Thomas (1981)¹⁷ compreendem as mesmas medidas de oferta da assistência, neste modelo as mesmas foram agrupadas nem uma só dimensão, mantida com nome de Disponibilidade.

Foram mantidas as dimensões articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e famílias, sendo que a dimensão “primazia das ações de promoção e prevenção” foi excluída, por se compreender que, no campo da saúde bucal, a assistência tem tanto peso quanto e relevância para acesso e integralidade quanto promoção e prevenção.

Desta forma, o modelo teórico da avaliação da Universalidade do Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal é formado por quatro dimensões: Acessibilidade; Disponibilidade; Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e Abordagem integral de indivíduos e famílias.

A “Acessibilidade” diz respeito a indicadores de ordem geográfica, estruturais e organizacionais dos serviços de saúde bucal que podem tornar o acesso dos usuários aos serviços mais cômodo e facilitado^{17,18}.

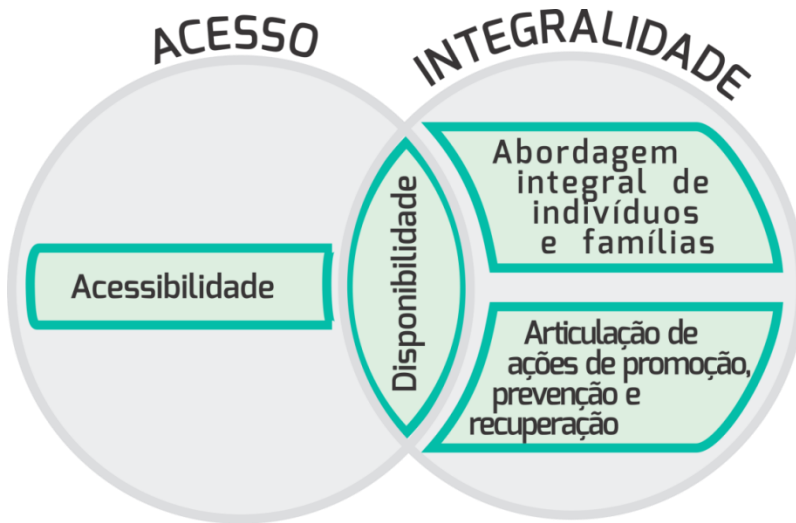
A “Disponibilidade” é compreendida como a relação entre o volume e o tipo de serviços e recursos existentes em relação às necessidades da população. Representa a oferta organizada de serviços odontológicos, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada nos distintos níveis de complexidade (AB, AS, AT, SUE), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território^{17, 19-21}.

A “Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação” refere-se à articulação entre os diversos campos de ação e níveis de atenção, visando à atenção integral e integrada para o conjunto de problemas de saúde bucal da coletividade. Envolve a reunião de ações comuns em uma organização, ou em organizações diferentes, para a resolução de problemas e compartilhamento de metas¹⁹.

Por fim, a dimensão “Abordagem integral de indivíduos e famílias” considera o componente do princípio da integralidade que se relaciona ao processo de cuidado individual. Esta dimensão aborda a compreensão da integralidade na perspectiva das práticas dos profissionais de saúde, para que possam produzir o cuidado de modo abrangente, compreendendo as pessoas em sua totalidade, nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais^{19, 22, 23}.

A representação gráfica do modelo teórico pode ser observada na figura 01.

Figura 01: Modelo teórico da avaliação da Universalidade do Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal.

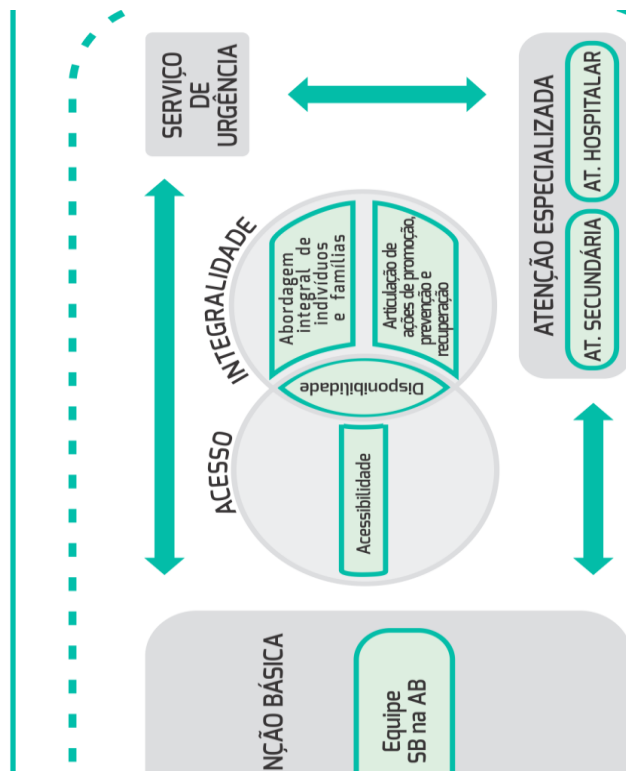


Fonte: da autora

A partir da análise teórica dos conceitos de acesso e integralidade e da articulação dos mesmos, passou-se à construção do modelo teórico-lógico, incluindo o contexto dos serviços de saúde bucal, sua inserção em um contexto local, o papel da gestão na coordenação e articulação dos diversos pontos da rede de atenção à saúde bucal, e destes com sistemas logísticos e de apoio, e o resultado esperado deste processo, a garantia de condições adequadas, em estética e função, de saúde bucal para a população. Esta análise pode ser observada graficamente na figura 02.

Figura 02: Modelo teórico-lógico da avaliação da Universalidade do Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal.

Constituição Federal, Lei 8.080, PNAB, PNSB, Portaria 4279



Fonte: da autora

c) Desenvolvimento da Matriz Avaliativa

A matriz avaliativa (quadro 1) considera as quatro dimensões do modelo teórico-lógico. Para cada uma destas dimensões foram selecionados indicadores e medidas que podem ser observados tanto na gestão quanto nos pontos da rede: Atenção Básica (AB), Atenção Secundária (AS), Atenção Terciária (AT) e Serviço de Urgência e Emergência (EU), através de diferentes fontes de informações.

Quadro 1: Matriz Avaliativa do acesso universal e integralidade na Atenção à Saúde Bucal

Dimensão	Indicador	Unidade de Análise	Fonte da Informação
----------	-----------	--------------------	---------------------

Acessibilidade	Aspectos Geográficos e de Localização	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e observação direta
	Estrutura física		
	Ambiência		
	Aspectos Organizacionais e Processo de Trabalho		
	Atendimento móvel	AB	
Disponibilidade	Recursos Humanos	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundários (SCNES)
	Recursos Materiais	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundários (SCNES)
	Cobertura Populacional	AB	Dados secundários
	Garantia de oferta de serviços na AB, AS, AT	G	Entrevista e dados secundárias (SIA-SUS)
	Garantia de Sistema Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sistemas Logísticos	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundárias (SIA-SUS)
	Oferta do Cuidado Individual na AB	AB	Entrevista e dados secundárias (SIA-SUS)
	Oferta da Atenção Coletiva	AB	Entrevista e dados secundárias (SIA-SUS)
	Oferta do Cuidado Individual na AS e SUE	AS, SUE	Entrevista e dados secundárias (SIA-SUS)
	Protocolos Clínicos e de Regulação	G, AS, AT, SUE	Entrevista
Articulação das	Intersetorialidade	G, AB	Entrevista

ações de promoção, prevenção e recuperação	Territorialização e mapeamento da área de abrangência	AB	Entrevista e análise documental
	Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente;	G, AB	Entrevista e análise documental
	Prevenção de agravos	G, AB	Entrevista e análise documental
	Educação Permanente	G	Entrevista e análise documental
	Gestão colegiada	G	Entrevista e análise documental
	Planejamento a partir de problemas	G, AB	Entrevista e análise documental
	Mecanismos de uso e difusão de informações para a vigilância à saúde	G	Entrevista e análise documental
Abordagem integral de indivíduos e famílias	Tecnologias relacionadas	AB	Entrevista
	Processo de Trabalho	AB; AS; AT, SUE	Entrevista
	Canais de comunicação	AB; AS; AT, SUE	Entrevista

Legenda: G Gestão; AB Atenção Básica; AS Atenção Secundária; At Atenção Terciária; SUE Serviço de Urgência e Emergência.

Fonte: da autora.

d) Identificação dos interessados na avaliação

Considerando-se uma avaliação à luz dos princípios de universalidade e integralidade, aplicada à gestão a aos pontos de atenção primária, secundária e terciária da rede de atenção à saúde bucal, entende-se por interessados na avaliação os gestores municipais estaduais e federais, como cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, pesquisadores da área de planejamento, gestão e avaliação e usuários dos serviços.

e) Obtenção de Consenso

Realizou-se a técnica de comitê tradicional, com discussão aberta, amplo debate e confronto de opiniões¹². Modelo e matriz foram desenvolvidos a partir da análise da literatura e enviados previamente aos participantes da oficina de consenso. Seis especialistas em avaliação em saúde e gestores e técnicos do serviço público discutiram e pactuaram os indicadores e medidas do modelo de avaliação em duas reuniões de quatro horas de duração, totalizando oito horas de discussão.

Na primeira oficina foram discutidos os modelos teórico e teórico-lógico, assim como os indicadores da dimensão “Acessibilidade” da matriz avaliativa. Na segunda oficina foram discutidos os indicadores das demais dimensões, finalizando a proposta de modelo e matriz.

Quanto ao modelo teórico, o ponto mais discutido e que levantou maior discordância até o consenso foi a exclusão da dimensão “Primazia das ações de promoção e prevenção”, do conceito de integralidade de Giovanella et al (2002), sendo as ações de promoção e prevenção descritas no estudo original como “as mais efetivas, condutoras do modelo assistencial”¹⁹. A discussão na oficina de consenso, entretanto, ponderou que na Saúde Bucal as ações de promoção e prevenção são tão importantes quanto às de recuperação e reabilitação, e que integradas já estariam contempladas na dimensão “Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação”. Esta discussão se fez relevante pelo fato de, na saúde bucal, historicamente haver uma “práxis” de se valorizar, nos serviços públicos, atividades de prevenção em detrimento das ações de recuperação, justamente um dos pontos discutidos no critério de acesso – a oferta de tratamento odontológico curativo e reabilitador. Neste sentido, os especialistas entraram em consenso de que as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal devem ser integradas e ter o mesmo valor, e deste forma, compuseram uma única dimensão no modelo proposto.

Com relação à matriz avaliativa, a maioria das discussões foi referente à categorização dos indicadores em uma ou outra dimensão. O confronto de opiniões foi realizado até que se formasse consenso sobre a relevância de cada indicador nas respectivas dimensões.

A explicação dos indicadores selecionados, assim como suas possíveis medidas e resultados esperados estão descritos a seguir.

Racionais dos indicadores e resultados esperados:

1 Acessibilidade:

- Aspectos geográficos e de localização: Estudos que investigam barreiras geográficas indicam a distância entre a residência e o serviço de saúde, assim como o tempo de deslocamento entre elas, como barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde^{24,25,26}. Espera-se que os serviços de Saúde estejam localizados de maneira centralizada na área da abrangência, próximos a terminais de transporte coletivo alimentado por linhas inter-regionais.

- Estrutura física das unidades: Cabe à gestão construir, ampliar e reformar as unidades básicas de saúde de acordo com a RDC N° 50/2002 da ANVISA²⁷, com consultórios odontológicos com dimensão mínima de 9 m² e distância entre cadeiras odontológicas em consultórios coletivos de no mínimo um metro. Também deve garantir/orientar para utilização de sala específica para limpeza e esterilização dos instrumentais odontológicos. A UBS e os consultórios odontológicos devem possuir infraestrutura adequada, adaptada a pessoas com deficiência²⁸. Espera-se que as unidades de saúde contem com sala de reuniões, utilizada para realização de grupos, atividades educativas e coletivas.

- Ambiência: É considerada um fator estruturante para a promoção de conforto e bem-estar, de acolhimento dos usuários e seus familiares e do processo terapêutico²⁹, favorecendo a organização do processo de trabalho na AB, e conseqüentemente o acesso aos serviços. São elementos de ambiência importantes a sinalização das unidades de saúde, placas de identificação dos serviços, sinalização dos fluxos e espaços com privacidade para ações individuais e coletivas^{29,30}.

- Aspectos Organizacionais e Processo de Trabalho: Gestão e equipe de SB dos diferentes níveis de atenção têm responsabilidade compartilhada na redução das barreiras de acessibilidade, como tempo de espera para marcação de consulta, tempo de espera entre a marcação e o atendimento, tempo de espera no dia da consulta, tempo de espera entre retornos, existência de filas para marcação de consulta e horário flexibilizado da unidade^{24,25,26}. A equipe de saúde bucal na AB deve realizar acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, definição de critérios para agendamento programado de consultas, pronto-atendimento de ocorrências imprevistas e referenciamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade e a todos os usuários do território^{28,35}. O acolhimento busca estabelecer vias de diálogo para a resolução dos problemas individuais ampliando a ação interventora dos profissionais de saúde no SUS e contemplando a acessibilidade e o princípio da universalidade³⁵. É de competência da

equipe de SB realizar atendimento domiciliar, quando necessário, para qualificar o acesso à saúde bucal de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção^{28,36,37}. Espera-se que o cirurgião-dentista, junto à equipe de saúde da família, identifique as pessoas acamadas e programe as visitas conforme a necessidade dos usuários. Também é função da equipe de SB programar a atenção de modo a possibilitar o tratamento concluído, ou seja, agendar retornos ao paciente até a conclusão de todas as necessidades que cada usuário apresenta, em relação aos procedimentos básicos. O tratamento não completado, baseado apenas na demanda livre e na queixa principal, gera maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas por ser de baixa resolubilidade, acarreta a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de conclusão do tratamento²³. A gestão tem papel na articulação das equipes de saúde bucal com instituições e equipamentos sociais, permitindo acesso facilitado ao cuidado em saúde bucal para populações específicas como alunos de creches e escolas, idosos de instituições de longa permanência (ILPI), menores abrigados em instituições de acolhimento (Casa Lar), pessoas ingressas no sistema carcerário, dentre outros.

- Atendimento Móvel: A gestão deve disponibilizar equipo ou unidade odontológica móvel ou removível para atendimento domiciliar para pessoas acamadas ou com dificuldade de locomoção, ou atendimento de populações que apresentem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais³⁴. A gestão deve disponibilizar às Equipes da Atenção Básica, incluindo a saúde bucal, automóveis em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas, incluindo atendimento domiciliar²⁸.

2 Disponibilidade

- Recursos humanos em saúde: A garantia de recursos humanos (RH) para oferta de atendimento odontológico em horários flexíveis/alternativos (antes das 8h, ao meio-dia, noturno, finais de semana) pode facilitar o acesso de pessoas que trabalham no mercado formal, em horário comercial, melhorando a acessibilidade^{28,31}. O volume e o tipo de serviços odontológicos também estão diretamente relacionados à quantidade de profissionais de saúde e à sua formação/capacitação para o desempenho de suas funções, na perspectiva de disponibilidade de serviços. A gestão deve garantir na Atenção Básica Equipes de Saúde Bucal tipo I (CD e ASB) ou tipo II

(CD, ASB e TSB) ou, em caso de equipes tradicionais, equivalência de horas CD/ASB/TSB¹⁵. Entende-se que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sejam profissionais ativos nas atividades relacionadas à saúde bucal, como atividades educativas, busca ativa e visitas domiciliares²⁸. Nos Centros de Especialidades Odontológicas, a norma orienta um ASB por consultório odontológico, que deve ser utilizado por no mínimo 40 horas semanais independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atuem³². Em caso de outros modelos de serviços especializados, deve-se observar a carga horária profissional ofertada, assim como a equivalência de horas CD/ASB. Em relação à educação permanente, entende-se que a gestão deve viabilizar cursos de atualização e qualificação para os profissionais voltados para o interesse do serviço. A educação permanente contribui promoção de melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe^{28,33}.

- Recursos Materiais: A disponibilidade de equipamentos e materiais necessários é de fundamental importância para a oferta dos serviços. A gestão deve garantir insumos, instrumentais, medicamentos e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes, assim condições para seu correto armazenamento. Também deve garantir contrato com empresa de manutenção de equipamentos odontológicos que viabilize o conserto em um prazo adequado, que não inviabilize o atendimento por muitos dias. Espera-se que as UBS disponham de telefone e computador com acesso à internet^{28,33}.

- Cobertura Populacional: O volume de serviços odontológicos deve ser dimensionado de acordo com o tamanho da população que irá utilizar o serviço. Espera-se que cada equipe de Saúde da Família (incluindo equipes com SB) seja responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes¹⁵, ou que a soma da carga horária semanal dos CD seja de 40 horas para uma população de 3000 habitantes³⁸.

- Garantia de oferta de serviços odontológicos nos três níveis de complexidade: Nesse item devem ser consideradas as ações de gestão que garantam a oferta na Atenção Básica (incluindo prótese dentária), Atenção Secundária, Atenção Hospitalar, Serviço de urgência e emergência, sistemas de apoio e logísticos¹⁹, detalhados a seguir.

- Atenção Básica: é responsabilidade da gestão assegurar a oferta de serviços básicos de odontologia em todas as unidades de saúde do município, evitando os “vazios assistenciais”²⁸. Os parâmetros de produção propostos para a saúde bucal na Atenção Básica³⁹ são de 1,5 a

2 procedimentos/habitante/ano; cobertura de 1ª consulta odontológica programática para 30% da população geral e uma consulta ao ano para a população coberta.

- Prótese Dentária: A análise da oferta de prótese dentária deve considerar a existência de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) credenciado; tipos e quantidade de prótese dentária ofertados; cumprimento da meta de produção de prótese dentária de acordo com a faixa de produção pactuada⁴⁰. A parte clínica de moldagem, instalação e adaptação da prótese pode ser realizada na UBS ou CEO²⁸. Dados do SB Brasil 2010 demonstraram que no sul do Brasil, na população de 65-74 anos, 87,3% dos idosos necessitavam de prótese dentária em algum dos maxilares⁴¹.

- Atenção Secundária: é papel da gestão garantir serviços de referência para realização de procedimentos odontológicos especializados. O CEO é a estratégia implantada pelo MS para garantir a oferta de procedimentos especializados em saúde bucal no SUS³². São classificados em tipo I, II e III de acordo com o número de cadeiras odontológicas, podem ser de cobertura municipal ou regional, e devem ofertar, minimamente, as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e procedimentos para pacientes especiais³². Entende-se, além disso, que a gestão deva considerar a necessidade epidemiológica da população para adequar o quantitativo de vagas por cada especialidade do CEO, considerando também a implantação de outras especialidades, ampliando a oferta das especialidades mais demandadas³³.

- Atenção hospitalar: a gestão precisa garantir referência em atenção hospitalar para atendimento a pessoas com necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, e atendimento a pacientes com lesões suspeitas/diagnosticadas de câncer de boca^{42,43,43}. É função da gestão realizar o monitoramento de filas de espera para o atendimento odontológico sob anestesia geral, assim como definir mecanismos para sua redução¹⁹.

- Serviços de urgência e emergência em SB: a gestão deve garantir a organização dos serviços de pronto-atendimento e de urgência no SUS para remissão dos processos de dor e minimização do sofrimento das pessoas^{1,44,45}. A dor de dente é extremamente frequente nos serviços de saúde, e preditora significativa de utilização dos serviços de saúde bucal⁴⁶. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o serviço de saúde de complexidade intermediária entre as UBS /ESF e a Rede

Hospitalar, devendo com estas compor uma redeorganizada de atenção às urgências, incluindo as de saúde bucal⁴⁷.

- Garantia de Oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sistemas Logísticos: Os sistemas de apoio 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 saúde⁴⁸. Na SB, o sistema de apoio envolve minimamente os serviços de diagnóstico por imagem (radiografias periapicais, interproximais, oclusais e panorâmicas), patologia clínica (anatomia patológica), os LRPD (realizam a parte laboratorial da confecção de próteses dentárias) e a assistência farmacêutica^{48,49}. Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação⁴⁸. No campo da saúde bucal, os principais sistemas logísticos, diretamente relacionado ao conceito de disponibilidade, são o prontuário eletrônico, os protocolos clínicos, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os protocolos de atenção^{19,24,48,49}. A existência de centrais de regulação é tomada como indicador de sistema de referência em funcionamento, e pressupõe-se que a presença dessas centrais sinaliza a preocupação/tentativa da gestão de organizar o sistema de saúde e de garantir acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção¹⁹. A instituição de protocolos de atenção para doenças/agravos específicos também é critério indicativo de organização da oferta, pois permite a definição de fluxos de pacientes ao interior dos serviços nos diversos níveis de atenção e reduz a probabilidade de encaminhamentos incorretos^{19,48,49}.

- Oferta do Cuidado Individual: Na Atenção Básica, está relacionada aos atendimentos clínicos individuais, curativos e reabilitadores. Espera-se que o processo de trabalho da equipe de SB na AB garanta a ampliação e qualificação da assistência, com a realização de procedimentos mais complexos e conclusivos¹.

- Organização da oferta: Está previsto que a equipe de saúde bucal tenha autonomia para programar a assistência de forma a reservar 75% a 85% dos horários para o atendimento clínico. Espera-se que a equipe de SB atenda urgências e emergências, programe o agendamento de grupos prioritários com base em dados epidemiológicos, programe o agendamento de pessoas institucionalizadas e realize procedimentos mais complexos na AB (pulpotomias, endodontia de unirradicular, biópsia em lesões de mucosa, moldagem e instalação de prótese)^{1,28}.

- Organização do trabalho em equipe de SB: A produtividade do cirurgião dentista (CD) auxiliado pelo auxiliar de saúde bucal (ASB) pode aumentar em até 50%, o que aumenta a eficiência do serviço, amplia a cobertura a custos menores, e previne stress e fadiga profissional. Já a atuação de um técnico em saúde bucal (TSB), em cadeira própria, realizando atividades clínicas dentro de seu escopo legal de ações, sob supervisão direta, pode aumentar em mais 50% a produtividade da equipe^{50,51}.

- Coordenação do cuidado: é função da equipe de SB atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde bucal; acompanhar e gerenciar os projetos terapêuticos singulares; realizar o monitoramento das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames)^{19,28,52}.

- Oferta da Atenção Coletiva: Relacionada às ações coletivas na UBS e no território de abrangência da equipe de ESF.

- Organização da oferta: 15 a 25% da carga horária para a realização de atividades coletivas e participação em ações estruturantes na UBS (reuniões de equipe, discussão de casos, etc)^{1,28}.

- Organização do trabalho em equipe de SB: atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar (TSB, ASB, ACS)^{1,53}.

- Levantamento das condições de saúde bucal: As ações coletivas devem ser planejadas com base em diagnóstico social e epidemiológico, de modo a direcionar o encaminhamento das pessoas avaliadas para tratamento clínico na UBS ou unidade móvel, assim como planejar as atividades coletivas necessárias à prevenção de agravos e promoção da saúde²⁸.

- Ações educativas e preventivas: podem ser realizadas dentro da UBS, em grupos de gestantes, puericultura, crianças, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos, tabagismo, outros. Também podem ser realizadas fora da UBS, em escolas, creches e demais equipamentos sociais. Incluem abordagens de fatores de risco e de proteção tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, traumatismos, câncer, tabagismo e outros)^{28,53}.

- Oferta do cuidado individual na AS e SUE: Os CEO devem funcionar 40 horas por semana, ofertando minimamente as especialidades obrigatórias pactuadas com a gestão. Para garantia da disponibilidade no hospital, é importante a identificação da região de cobertura e os municípios a quem é referência; organização da oferta e da demanda; o fluxo do paciente na rede; existência de ambulatório ou núcleo de saúde bucal no hospital; os recursos humanos disponíveis.

Com relação ao papel do serviço de urgência na oferta dos serviços, espera-se que atendam a urgências odontológicas relacionadas a dores dentino-pulpaes, dores periapicais, dores periodontais, urgências traumáticas, urgências hemorrágicas, urgências do aparelho estomatognático, urgências da mucosa, urgências de resolução protética e restauradora e urgências pós operatórias⁴⁶. Na atenção secundária, os CEO devem cumprir, e a gestão monitorar, a meta de procedimentos das especialidades mínimas normatizadas para o CEO em cada uma das especialidades, respeitando o percentual de 20% de endodontia em molares e 50% de restaurações em pacientes com necessidades especiais⁵⁴. O alcance do parâmetro de 0,05 a 0,08 procedimentos especializados por habitante/ano preconizado pelo Ministério da Saúde também pode ser utilizado para verificar a disponibilidade de procedimentos especializados³⁹.

- Protocolos Clínicos e de Regulação: É função compartilhada entre gestão, regulação e serviço de atenção especializada, CEO ou hospital, realizar o monitoramento de filas de espera, definir mecanismos para sua redução¹⁹, assim como o controle do percentual de absenteísmo, e por conseguinte, implantar medidas para controle da agenda e confirmação dos pacientes na atenção especializada. Espera-se ainda que os profissionais utilizem protocolos clínicos e realizem contrarreferência para AB ou CEO. No CEO, espera-se que ocorra encaminhamento entre as especialidades quando necessário, evitando o retorno do mesmo para a fila de espera na Atenção Básica e realizar a contrarreferência para a AB. Em seu processo de trabalho, entende-se que o serviço de urgência e emergência siga algum protocolo de classificação de risco⁴⁷; monitore a demanda; seja referência para o atendimento a turistas e oriente os pacientes para seguimento do tratamento na AB.

3. Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação

- Intersetorialidade: É definida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”⁵⁵. Entende-se que a participação do gestor de SB em fóruns e grupos de trabalho intersetoriais, governamentais (Conselhos Municipais) e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) demonstra a sua preocupação em dar prioridade a ações de promoção da saúde^{19,28}. Espera-se que o tema “saúde bucal” seja discutido nestes espaços, para

buscar soluções conjuntas ou apresentar demandas, e que os resultados destas discussões sejam incorporados na programação das ações de saúde bucal, em uma concepção de intersectorialidade como via de mão dupla. A equipe de AB é responsável pela promoção da saúde em sua área de abrangência. Desta forma, espera-se que a equipe de saúde participe dos espaços de discussão junto a instituições, ONG e demais equipamentos sociais de seu território, levando o tema saúde bucal, e considerando as demandas debatidas para o seu planejamento local^{19,28,53}.

- Territorialização e mapeamento da área de abrangência: É papel da equipe de SB realizar a territorialização e definição de marcadores de saúde para o diagnóstico local com base em critérios sociais, geográficos e ambiental para identificação de famílias em áreas de risco e vulnerabilidade²⁸. Para a saúde bucal interessam especialmente as famílias com baixa renda, baixo nível de escolaridade, pessoas com deficiência, situação de vulnerabilidade, áreas que não tem abastecimento de água fluoretada. Os indicadores sociais e ambientais devem ser utilizados no planejamento local, considerando sua relação consistente com agravos em saúde bucal^{36,53,56,57}.

- Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente: Pressupõe uma concepção abrangente da gestão em relação aos determinantes dos agravos à saúde, como água, esgoto, lixo, poluição, escolaridade, renda, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Condições de Vida (ICV)¹⁹. O planejamento em saúde bucal pode utilizar de informações relativas ao território e ambiente considerando-se a forte relação entre as condições de saúde bucal e fatores socioeconômicos como a renda, a escolaridade, e o acesso a saneamento básico^{56,57}.

- Prevenção de agravos: A garantia de fluoretação das águas de abastecimento público, assim como o monitoramento (heterocontrole) do teor de flúor na água são ações clássicas de prevenção à cárie dentária no campo da saúde bucal, sendo o papel da gestão fundamental neste processo^{58,59,60}.

- Educação Permanente: A preocupação do gestor com a promoção e prevenção deve considerar o apoio para a educação permanente dos profissionais da SB^{28,61}. Entende-se como estratégias de Educação Permanente o apoio e liberação para uso do Telessaúde, UNA-SUS e cursos presenciais²⁸.

- Gestão colegiada: É importante que os representantes da gestão da saúde bucal participem de reuniões com as diversas áreas na secretaria de saúde (área assistencial, saúde coletiva, vigilância sanitária,

vigilância epidemiológica, etc) para discussão de problemas comuns e definição de prioridades e metas. Da mesma forma, é importante que representantes dos profissionais da saúde bucal (representantes da Atenção Básica, Atenção Secundária, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e Laboratórios de Prótese) participem de espaços e reuniões colegiadas juntamente com a gestão para discussão de questões comuns da área odontológica¹⁹.

- Planejamento a partir de problemas: A programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde favorece a definição de ações articuladas entre os diversos campos para resolver ou minimizar o problema¹⁹. A análise e o acompanhamento da situação de saúde bucal da população são subsídio para o planejamento e a tomada de decisões^{28,53}. Espera-se que a gestão municipal realize levantamentos epidemiológicos em saúde bucal^{28,53}, assim como de indicadores sociais e ambientais^{50,51} cujos resultados possam direcionar o planejamento e servir como base para o monitoramento das ações. Espera-se também que a gestão utilize os instrumentos de gestão – Plano Municipal de Saúde e Programação Anual, para orientar o planejamento das ações de saúde bucal.

- Mecanismos de uso e difusão de informações para a vigilância à saúde: A gestão tem papel fundamental na elaboração e difusão de boletins consolidados de informações de saúde com objetivo de fomentar a vigilância em saúde¹⁹. Espera-se, desta forma, o apoio institucional da gestão para as equipes de Atenção Básica e Atenção Especializada na análise de indicadores e informações em saúde, incluindo os da odontologia, para o monitoramento e avaliação dos serviços^{28,33}.

4. Abordagem integral de indivíduos e famílias

- Tecnologias relacionais: Acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolubilidade na AB²³. O acolhimento pode ser resumido como o ato de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca. O vínculo estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. A autonomia refere-se à consideração dos aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário. A responsabilização diz respeito à valorização dos sujeitos, à preocupação com seu cuidado e respeito à sua visão de

mundo ao processo terapêutico. Por consequência, a resolubilidade busca dar respostas e soluções para os problemas ou demandas sentidas e apresentadas. Espera-se, desta forma, que o processo de cuidado individual em saúde bucal considere as tecnologias relacionais com o objetivo de garantir o cuidado integral²³.

- Processo de Trabalho: Dentre as atividades previstas no processo de trabalho da equipe de SB na AB, a visita domiciliar favorece a criação e fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e indivíduos e famílias^{28,36,37}. Neste mesmo sentido, a realização de reuniões de equipe periódicas (semanais ou quinzenais com duração média de duas horas) com os demais profissionais da AB permite a discussão conjunta de casos em que diferentes saberes profissionais possibilitam a ampliação do olhar sobre indivíduo e seu contexto familiar e social, propiciando seu cuidado integral²⁸. A participação da equipe de SB da AB em reuniões do Conselho Local de Saúde e reuniões comunitárias busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população²⁸. Entende-se que o serviço de urgência/emergência alcance a abordagem integral dos indivíduos quando, em seu processo de trabalho, a equipe do serviço de urgência e emergência encaminha pacientes com lesões de mucosa diretamente para o CEO; o CD acessa o prontuário eletrônico para ter acesso às informações/histórico do indivíduo; o CD investiga o fluxo do paciente na rede (sistema de referência e contra referência); o CD orienta o paciente sobre a importância do tratamento concluído na AB/AE^{44,45}.

Espera-se também que a equipe de SB trabalhe articulada aos demais profissionais da UBS na perspectiva da atenção integral e de um projeto terapêutico integrado²⁸. O trabalho em equipe multiprofissional deve ocorrer em reuniões, discussão de casos, cuidado clínico compartilhado (interconsulta), atividades compartilhadas de educação, prevenção, promoção⁵². A equipe de SB da AB deve trabalhar articulada com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Já a equipe do CEO, especialmente nas especialidades de Pacientes Especiais e Estomatologia, pode trabalhar articulada a profissionais de outras áreas da saúde, como médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos. Esta articulação sinaliza a possibilidade de abordagem integral dos indivíduos e famílias¹⁹. O Trabalho em equipe na atenção especializada permite a discussão conjunta de casos em que diferentes saberes profissionais possibilitam a ampliação do olhar sobre

indivíduo e seu contexto familiar e social, propiciando seu cuidado integral³³.

O processo de trabalho das equipes de saúde bucal nos diferentes níveis de complexidade também pode prever que a equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e a equipe de SB na atenção especializada (CEO e hospital) trabalhem articuladas realizando ações periódicas coletivas e/ou individuais de prevenção/controlado do câncer de boca²⁸. Além disso, o CD especialista pode ter contato com o CD da AB para orientar a condução de algum caso na AB, em uma perspectiva de apoio matricial. O CD da UPA pode trabalhar articulado aos CD da AB para indicar pacientes que utilizam frequentemente o serviço de urgência, facilitando o acesso para realização do tratamento odontológico na UBS. A integração entre AE e AB é importante para que o especialista possa compreender o contexto de vida do paciente, na perspectiva da abordagem integral.

- Canais de comunicação: Em serviços de todos os níveis de atenção, para acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários são importantes para a reorganização do processo de trabalho e qualificação da atenção à saúde bucal²⁸.

Considerações Finais

Estudos de Avaliabilidade evidenciam a relevância da construção dos modelos teórico e lógico, que permitem apresentar detalhadamente a constituição de seus componentes, sua forma de operacionalização e o funcionamento de um programa ou de um serviço, propiciando a clara visualização de todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas⁷. Ressalta-se que, dependendo da necessidade, os modelos podem ser redesenhados, contemplando questões novas ou não previstas que surgem com o desenvolvimento ou aperfeiçoamento do objeto analisado⁸.

A definição de uma matriz avaliativa com indicadores e medidas é condição necessária para a realização de uma avaliação⁷. Sugere-se a aplicação desta matriz de análise para estudos de caso com entrevistas e análise documental e de dados secundários, em que se busque maior profundidade sobre os principais aspectos relacionados ao acesso universal e atenção integral à saúde bucal. Sua limitação está em não definir parâmetros e padrões para emissão de juízo de valor, para os quais sugere-se nova discussão e possível validação após estudo exploratório. Desta forma, a Atenção à Saúde Bucal é avaliável em seus

componentes de ações e serviços, em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva do alcance aos princípios de universalidade do acesso e integralidade.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. PUCCA JR., G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 23 Suppl 1, p. 9–16, 2009.
3. COLUSSI, C.F.; CALVO, M.CM. Avaliação da Atenção em Saúde em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 92–100, 2012.
4. COELHO, A. A. et al. Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 792–800, out. 2014.
5. COSTA, V. H. M. V. et al. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 450–467, 1 jun. 2010.
6. LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, n. 1, p. 213–233, 2010.
7. MEDEIROS, P. F. P. et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s209–s217, 2010.
8. NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 560–571, 2010.
9. THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1–25, 2005.

10. NASCIMENTO, L. V. et al. Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 95–114, 1 mar. 2014.
11. CHAMPAGNE, F. ET AL. **Modelizar as Intervenções**. In: Broussele, A. et al.(Org.). *Avaliação Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-74.
12. SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z. M. A. **Conferência de consenso sobre a imagem - objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil**. In: Hartz, Z.M.A; SILVA, L.M.V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 65–102
13. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012.
14. BRASIL. **Lei 8080 - Lei Orgânica da Saúde**. Brasília; 1990.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília.: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
16. 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 Of da União [Internet]. 2010;(Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010):88–93.
17. PECHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981.
18. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
19. GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002.

20. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. d, p. 190–198, 2004.
21. JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, jan. 2010.
22. MATTOS, R. A. DE. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, out. 2004.
23. SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53–61, mar. 2006.
24. CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725–737, 2010.
25. PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002.
26. SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Publica**, v. 34, n. 2, p. 371–387, 2010a.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Resolução RDC No 50** de 21 de Fevereiro de 2002.
28. BRASIL, Ministério da Saúde. **AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Material de apoio à autoavaliação das equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
29. GARCIA, A. C.P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 3, n. 2, p. 36–41, 2015.

30. BRASIL.Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
31. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.
32. BRASIL. Imprensa Nacional. **Portaria 599 de 23 de Março de 2006**.Brasil, 2006.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. **AMAO - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Material de apoio à autoavaliação das equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
34. BRASIL. **Nota técnica. ASS: Cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UOM)**, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf>
35. NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de Porto Alegre/Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 5, p. 364–371, 2013.
36. DE-CARLI, A. D. et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 441–450, 2015
37. COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2011.
38. BRASIL.Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. .

39. BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

40. BRASIL.Ministério da Saúde. **Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.** Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf.

41. BRASIL.Ministério da Saúde. **SB BRASIL 2010:** Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principaisBrasíliaMinistério da SAude, , 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>

42. BRASIL. **Nota Técnica: Informe referente à Portaria No 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais.** 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_portaria_tratamento_pne.pdf.

43. MATTEVI, G. S. **A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar: uma construção interdisciplinar.** [Tese-Doutorado].Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2014.

44. SANTOS, M. C. **Perfil do paciente que procura atendimento odontológico na unidade de pronto atendimento do sul da ilha (UPA-sul) em Florianópolis, Santa Catarina.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

45. AUSTREGÉSILO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111–3120, 2015.

46. BRASIL.Ministério da Saúde.**Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 290 p.

47. BRASIL. **Portaria No 1.601,de 7 de Julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011.html>
48. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
49. GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318–32, 2014
50. ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A.; MENDONÇA, M. H. M. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 195–222, out. 2012.
51. BRASIL. **Lei No 11.889 de 24 de Dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Lei No 11.889 de 24 De Dezembro de 2008. Brasil; 2008.
52. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
53. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal.**, Brasília:Ministério da Saúde,2008. 92 p.
54. BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria N° 1464 de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>
55. INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, v. 22, p. 102–110, 2001.
56. CARNUT, L. et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de

saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3083–3091, 2011.

57. LACERDA, J. T. DE; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. DE. Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1331–1338, out. 2002.

58. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia recomendação uso fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

59. RAMIRES, I. et al. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público em Bauru, SP, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 883–889, out. 2006

60. LEIVAS, L. L. et al. Heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público do Município de Canoas/RS. **Stomatos**, v. 16, n. 30, p. 11–20, 2010.

61. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005

4.2. ARTIGO CIENTÍFICO 2:

Título: Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal: um Estudo de Caso

Título em Inglês: Access and Integrality in Oral Health: a Case Study

Autores:

Manoela de Leon Nobrega Reses

Maria Cristina Marino Calvo

Endereço para correspondência:

Prof^a. Manoela de Leon Nobrega Reses

Coordenadoria Especial de Biociências e Saúde Única

Universidade Federal de Santa Catarina – Campus de Curitibanos

Curitibanos, Santa Catarina

CEP: 88520-000

Endereço Eletrônico:

manoela.reses@ufsc.br

mcmcalvo@ccs.ufsc.br

Resumo

Estudo de caso único, com sete unidades de análise, realizado em um município da região sul do Brasil, para identificação dos avanços e fragilidades relacionados à universalidade do acesso e integralidade da atenção na saúde bucal. A matriz de análise foi estruturada em quatro dimensões: acessibilidade; disponibilidade; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral de indivíduos e famílias. Como fontes de evidências foram utilizados dados secundários constantes nos sistemas de informação à saúde, análise documental, visita aos serviços e entrevistas com coordenador municipal de saúde bucal e cirurgiões-dentistas da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, Atenção Básica, Centro de Especialidades Odontológicas, Regulação, Unidade de Pronto Atendimento e Núcleo de Odontologia Hospitalar. Os resultados apontam para avanços para alcance da universalidade do acesso e integralidade por meio da implantação de sistemas logísticos, na articulação entre promoção, prevenção e recuperação e prática dos profissionais. Fragilidades e desafios são encontrados na acessibilidade e disponibilidade na Atenção Básica e Secundária, com baixa cobertura de equipes de saúde bucal, falta de auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, longas filas de espera e não cumprimento das metas de produção nas especialidades de endodontia, periodontia e prótese dentária.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde Bucal

Abstract

Case study with seven units of analysis performed in a city in the south of Brazil, to identify the advances and fragilities related to the universality of access and integrality of oral health care. The analysis matrix was structured in four dimensions: Accessibility; Availability; Articulation of promotion, prevention and recovery actions; And integral approach of individuals and families. Consistent secondary data were used in health information systems, documental analysis, visits to services and interviews with municipal health coordinator and dental surgeons of the Municipal Coordination of Oral Health, Basic Care, Center for Dental Specialties, Regulation, Emergency Care Unit and Hospital Dentistry Nucleus. The results point to advances towards the universality of access and integrality through the implementation of logistics systems, in the articulation between promotion, prevention and recovery and practice of professionals. Fragilities and challenges are found in accessibility and availability in Primary and Secondary Care, with low coverage of oral health teams, lack of oral health aids and community health agents, long queues and non-compliance with production targets in health specialties of endodontics, periodontics and dental prostheses.

Key-Words: Health Services Research; Universal Access to Health Care Services; Integrality in Health; Oral Health.

Introdução

O reconhecimento constitucional do direito à saúde é considerado uma das maiores conquistas sociais do período pós-redemocratização no Brasil. O SUS – Sistema Único de Saúde, tem o dever de garantir universalidade de acesso e integralidade da assistência à saúde, para sua promoção, proteção e recuperação. A organização das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, deve ser regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente^{1,2}.

No campo da Saúde Bucal, entretanto, o direito ao acesso e integralidade, razão de ser dos sistemas públicos universais de saúde^{3,4}, ainda permanece como desafio⁵. Avanços significativos têm sido alcançados a partir da inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família e do lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o incentivo financeiro para implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e atenção hospitalar às pessoas com deficiência⁶. Contudo, avaliações recentes da atenção em saúde bucal no Brasil, apontam precarização das relações de trabalho; baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva; dificuldade dos profissionais de trabalharem em equipe; dificuldade de mudança do processo de trabalho; não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumentos de trabalho dos profissionais; problemas de infraestrutura; baixa qualidade de registros da produção odontológica, baixa produção e não cumprimento de metas propostas para os CEO⁷⁻⁹.

Neste contexto, considerando-se os princípios doutrinários do SUS de universalidade do acesso e integralidade da atenção, propõe-se um estudo de caso que analise a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde bucal em seus diferentes níveis de atenção. O caso selecionado para esta pesquisa foi um município da região sul do Brasil, com bons resultados no SB Brasil 2010 - levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, e nos dois ciclos do Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde.

O estudo de caso não busca alcançar resultados generalizáveis, mas sim analisados em profundidade¹⁰. Neste caso, assume um viés “programado”, uma vez que se trata de um município com destaque na atenção à saúde bucal, com unidades de análise indicadas pelo coordenador municipal de saúde bucal, sendo esperados bons resultados em estrutura, processo de trabalho e gestão para a garantia do acesso

universal e atenção integral. Entretanto, não obstante os avanços alcançados, esta pesquisa busca identificar e analisar as fragilidades que minimizam o alcance dos princípios doutrinários do SUS e investigar as dificuldades associadas.

Metodologia

Estudo de Caso com sete unidades de análise, de abordagem avaliativa, qualitativa e quantitativa¹⁰. As unidades de análise foram indicadas pela coordenação municipal de saúde bucal, assim constituídas: Coordenação municipal de saúde bucal; três unidades básicas de saúde (UBS) com equipes de saúde bucal; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um hospital com serviço de saúde bucal; uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) com atendimento odontológico. Por indicação da coordenação municipal também foi realizada entrevista com profissional do setor de Regulação, responsável pela regulação dos serviços da Atenção Básica (AB) para os CEO e hospitais.

Foram realizadas entrevistas com gestores e cirurgiões-dentistas dos serviços, visita às unidades de saúde, análise documental e coleta de dados nos sistemas de informação à saúde de acesso público. Foram 9 entrevistados: o coordenador municipal de saúde bucal, três cirurgiões-dentistas (CD) dando um de cada UBS, dois CD do CEO, um CD coordenador de serviço hospitalar, um CD da UPA e um CD do setor de regulação. A entrevista foi estruturada, com perguntas relacionadas a questões estruturais e de processo de trabalho relacionadas ao tema da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos serviços, no período de abril a maio de 2016, para que as questões estruturais pudessem ser verificadas pela pesquisadora. Foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise de conteúdo com categorias pré-estabelecidas.

Na análise documental, foram utilizados o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal do município; os protocolos de acesso às diferentes especialidades odontológicas e a Carteira de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde. Alguns documentos eram de acesso público na página Secretaria Municipal, e outros foram disponibilizados pela coordenação municipal de saúde bucal. Também foram coletados dados de estrutura dos serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e de produção ambulatorial no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) - referentes à produção da Atenção Básica, Atenção Especializada e UPA. Os dados foram coletados no Tabwin,

tabulados em planilhas excell®, e submetidos a análise descritiva. O conjunto de dados qualitativos e quantitativos foi analisado a partir das categorias definidas no modelo teórico-lógico e na matriz de análise, previamente elaborados em um Estudo de Avaliabilidade. Foram realizadas oficinas de consenso por técnica de comitê tradicional, com participação de seis profissionais de saúde bucal do meio acadêmico e do serviço público, os quais participaram da definição do modelo, matriz e instrumentos de coleta de dados.

O modelo teórico-lógico do estudo articula os referenciais de acesso de Donabedian (1973)¹⁵ Pechansky e Thomas (1981)¹⁶, e de integralidade de Giovanella et al (2002)²⁵. A matriz de análise, desta forma, é composta por quatro dimensões: Acessibilidade; Disponibilidade; Articulação de Ações de Promoção, Prevenção e Recuperação; e Abordagem Integral de Indivíduos e Famílias. Para cada uma destas dimensões, foram selecionados indicadores e medidas relacionados às unidades de análise Gestão (G), Atenção Básica (AB), Atenção Secundária (AS), Atenção Hospitalar (AH) e Serviço de Urgência e Emergência (SUE) (Quadro 1).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer Nº 1.183.105 de 27/07/2015, e foi desenvolvida de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, e tiveram suas identidades preservadas.

Resultados

O município conta com ações e serviços de saúde bucal na AB, AS, AH e UE. Todos os 49 Centros de Saúde (CS) do município têm atendimento odontológico. Os serviços de AS são disponibilizados em dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência municipal - um CEO tipo I e um CEO tipo II. O CEO tipo I disponibiliza as especialidades obrigatórias de endodontia, periodontia, cirurgia bucomaxilofacial e pacientes especiais, além da especialidade de odontopediatria. O CEO tipo II além das especialidades obrigatórias, oferta estomatologia, radiologia e prótese dentária. No serviço de UE, o município conta com duas Unidades de Pronto Atendimento, que disponibilizam atendimento odontológico 24 horas todos os dias na semana.

Quadro 1: Matriz Avaliativa do acesso universal e integralidade na Atenção à Saúde Bucal.

Dimensão	Indicador	Unidade de Análise	Fonte da Informação
Acessibilidade	Aspectos Geográficos e de Localização	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e observação direta
	Estrutura física		
	Ambiência		
	Aspectos Organizacionais e Processo de Trabalho		
	Atendimento móvel	AB	
Disponibilidade	Recursos Humanos	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundários (SCNES)
	Recursos Materiais	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundários (SCNES)
	Cobertura Populacional	AB	Dados secundários
	Garantia de oferta de serviços na AB, AS, AT	G	Entrevista e dados secundários (SIA-SUS)
	Garantia de Sistema Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sistemas Logísticos	G; AB; AS; AT, SUE	Entrevista e dados secundários (SIA-SUS)
	Oferta do Cuidado Individual na AB	AB	Entrevista e dados secundários (SIA-SUS)
	Oferta da Atenção Coletiva	AB	Entrevista e dados secundários (SIA-SUS)
	Oferta do Cuidado Individual na AS e SUE	AS, SUE	Entrevista e dados secundários (SIA-SUS)
	Protocolos Clínicos e de	G, AS,	Entrevista

	Regulação	AT, SUE	
Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação	Intersetorialidade	G, AB	Entrevista
	Territorialização e mapeamento da área de abrangência	AB	Entrevista e análise documental
	Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente;	G, AB	Entrevista e análise documental
	Prevenção de agravos	G, AB	Entrevista e análise documental
	Educação Permanente	G	Entrevista e análise documental
	Gestão colegiada	G	Entrevista e análise documental
	Planejamento a partir de problemas	G, AB	Entrevista e análise documental
	Mecanismos de uso e difusão de informações para a vigilância à saúde	G	Entrevista e análise documental
Abordagem integral de indivíduos e famílias	Tecnologias relacionais	AB	Entrevista
	Processo de Trabalho	AB; AS; AT, SUE	Entrevista
	Canais de comunicação	AB; AS; AT, SUE	Entrevista

Legenda: G Gestão; AB Atenção Básica; AS Atenção Secundária; At Atenção Terciária; SUE Serviço de Urgência e Emergência.

Fonte: da autora.

O município não tem serviço próprio de AH, e sua referência é o Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário (NOH-HU), que oferece serviços de nível secundário e terciário nas especialidades de estomatologia, pacientes especiais e cirurgia bucomaxilofacial.

Segundo dados do CNES, na AB estão implantadas 139 equipes de Saúde da Família (eqSF) e 60 equipes de SB (eqSB) - 59 são do tipo I, [cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB)] e uma do tipo II [CD, ASB e técnico em saúde bucal (TSB)]. Além dos 60 CD que

compõem eqSB na Estratégia Saúde da Família (ESF), estão lotados na AB 19 CD estatutários, 22 CD residentes, cinco ASB, seis TSB. Em 22 CS (45%) há menos de um ASB por dentista, e em quatro CS não há nenhum ASB; apenas um dentre os sete TSB do quadro da prefeitura compõe equipe de saúde bucal.

Considerando dados populacionais da prefeitura, em apenas sete CS (14,3%) a cobertura populacional de eqSB foi abaixo de 4000 habitantes, número máximo de pessoas preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹. Mesmo considerando residentes e estatutários que não compõem eqSB, em 29 CS (59%) a relação população/CD permanece maior que a esperada. O Relatório Anual de Gestão de Município aponta 56% da população coberta por eqSB e 93% de cobertura de ESF. A PNAB¹¹ preconiza que cada ACS seja responsável por até 750 pessoas, sendo que em Município em apenas 8 CS (16,3%) essa cobertura está adequada.

Com relação à produção na AB, dados do SIA-SUS demonstram que, em 2016, foram realizadas 26566 primeiras consultas odontológicas programáticas em Município, uma cobertura de 5,76% da população. O total de procedimentos odontológicos básicos foi de 170075, sendo a média por habitante de 0,37. Os resultados estão aquém dos parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde (MS), que são de 30% e 1,5 a 2, respectivamente¹².

Já na AS, nos dois CEO municipais estão alocados 19 CD, 15 ASB e 1 TSB. O CEO tem cinco consultórios que funcionam durante as 40 horas semanais e há equivalência de horas CD/ASB, de forma que o serviço encontra-se dentro das normas preconizadas¹³.

Embora o quantitativo de recursos humanos esteja dentro do preconizado¹³ os CEO de Município não tem cumprido a meta mínima de produção por especialidade normatizada pelo MS¹⁴.

O município oferta apenas próteses totais superiores e inferiores. Desde o credenciamento do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) em 2012, a faixa de produção pactuada foi de 1200 próteses ao ano. Entretanto, em 2015 foram produzidas 557 próteses e em 2016 apenas 411 próteses. No final de 2016, o MS alterou a faixa de produção de próteses, reduzindo a meta anual, que passou a ser compatível com a faixa e produção 1, de 20 a 50 próteses ao mês.

Os principais avanços e fragilidades relacionados à universalidade do acesso e integralidade na atenção à saúde bucal do município pesquisado identificados nas entrevistas, dados secundários constantes em sistemas de informação e análise documental podem ser sumarizados as quatro dimensões de análise no quadro 1.

Na atenção hospitalar não há meta preconizada, nem parâmetro estabelecido. A dificuldade encontrada para análise da produção do NOH/HU é que a produção do ambulatório não é digitada no SIASUS. No momento da pesquisa, o HU realizava duas cirurgias por mês e mutirões em um sábado a cada dois meses para atendimento odontológico sob anestesia geral a pacientes especiais.

No serviço de urgência e emergência há seis CD e seis ASB em cada UPA, que trabalham alternadamente em plantões de 12 horas. Nas UPA são realizados procedimentos de urgência e emergência relacionados a emergência endodôntica, trauma, hemorragias, urgências estéticas (restauração de dentes anteriores) e urgências protéticas. Dados do SIA-SUS apontam que os procedimentos mais realizados na UPA participante da pesquisa em 2016 foram acesso ao canal e medicação por dente (86%), seguido de curativo de demora (3,7%), exodontia de dente permanente (3,4%) e drenagem de abscesso (2,4%).

Discussão

Acessibilidade

Na dimensão acessibilidade, foram analisados indicadores de ordem geográfica, estruturais e organizacionais dos serviços de saúde bucal que podem tornar o acesso dos usuários aos serviços mais cômodo e facilitado^{15, 16}.

Os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos podem ser barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde¹⁷. As duas UPA do município foram construídas de forma planejada ao lado de terminais de ônibus, assim como um CS pesquisado. O CEO tipo II, embora seja o que oferece mais serviços especializados de saúde bucal, é muito afastado do centro da cidade, e dependendo do local de residência e do meio de transporte utilizado pelo usuário o deslocamento pode levar mais de uma hora de duração.

O aumento do tempo de duração da consulta e consequente diminuição do número de retornos é outro aspecto importante a ser considerado como redução de barreira de acesso, visto que muitos retornos podem significar a não procura posterior do serviço pelo paciente por falta de dinheiro para o transporte¹⁹.

Quadro 1: Avanços e fragilidades para o alcance da universalidade do acesso e da integralidade na atenção à saúde bucal no município caso:

AVANÇOS	FRAGILIDADES
Dimensão Acessibilidade	
<ul style="list-style-type: none"> - Construção de unidades de saúde próximas a terminais de transporte público. - Equipamentos odontológicos portáteis para atendimento domiciliar. - UBS com agendamento semanal e gestão de agenda - acesso avançado. Todos os CS realizam acolhimento e atendimento de urgências. - Serviços com estrutura adequada ao atendimento de pessoas com deficiência - Comissão para padronização e qualificação de insumos, equipamentos e instrumentais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Localização de Centro de Especialidades Odontológicas demanda maior tempo de deslocamento para especialidades, prótese e realização de RX. - Tempo de espera para início de tratamento nas especialidades de endodontia, odontopediatria e prótese dentária. - UBS não atendem em horário flexibilizado. - Consultório utilizado para a especialidade de pacientes especiais de tamanho insuficiente. - Problemas estruturais: insuficiente manutenção preventiva dos equipamentos. Paralisação do serviço de radiologia e de atendimentos por falta de compressor.
Dimensão Disponibilidade	
<ul style="list-style-type: none"> - Todos os Centros de Saúde disponibilizam atendimento odontológico. - Duas UPA do município com atendimento odontológico 24 horas. Principais urgências odontológicas são atendidas. - CEO disponibilizam especialidades obrigatórias, além de Estomatologia e Odontopediatria. Todos os CD são especialistas em sua área. Todos concursados estatutários. - Central de Regulação - acesso ao CEO 100% regulado por duas CD, com protocolos de acesso construídos coletivamente pelos CD da rede municipal. - Prontuário eletrônico integrado em todas os CS, CEO e UPA, 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa cobertura de equipes de saúde bucal na ESF. - Falta de Auxiliares de Saúde Bucal e poucos Técnicos de Saúde bucal na AB. - Falta de Agentes Comunitários de Saúde, micro áreas descobertas. - Indicadores de 1ª consulta odontológica programática e média de procedimentos básicos por habitante abaixo do parâmetro definido pelo MS. - Atividades coletivas realizadas predominantemente por CD, em vez de ASB ou TSB. - CEO não cumprem produção em endodontia e periodontia. - Atendimento odontológico sob anestesia geral para pacientes especiais não é de gestão municipal e hospital

<p>facilitando a contrarreferência e registro das informações de saúde do usuário.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de exames anatomopatológicos em quantidade suficiente e laudos liberados em período adequado. - Laboratório Regional de prótese dentária conveniado para execução de próteses e próprio para auxílio aos procedimentos clínicos. - Assistência farmacêutica adequada. CD compõem comissão que define relação municipal de medicamentos. 	<p>de referência tem oferta insuficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - CEO não cumpre a produção de próteses dentro da faixa pactuada. Não oferta prótese parcial removível nem prótese fixa. - Acesso ao SISREG por parte do CD da AB, para controle da classificação do paciente e coordenação do cuidado, é incipiente. - Falta de fluxo definido para encaminhamento da UPA ao nível hospitalar. - Falta de integração do prontuário eletrônico com nível hospitalar. - Falta de protocolos clínicos para atendimento odontológico.
<p>Dimensão Articulação Das Ações De Promoção, Prevenção E Recuperação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Ações intersetoriais com educação, participação do CD na realização de atividades educativas cujos temas extrapolam a saúde bucal. - Participação da Coordenação Municipal de SB em Colegiado Gestor; Planejamento central e local institucionalizado. - Discussão de indicadores de resultados de avaliação; Realização de levantamentos epidemiológicos municipais e apoio à AB para realização de levantamentos de necessidades de tratamentos. - Articulação dos CD da AB e CEO por meio de reuniões institucionalizadas - Educação permanente de profissionais de saúde institucionalizada na SMS para realização de capacitações e qualificação de profissionais de nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente realizado de forma pontual e assistemática. - Não realização de Heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público. - Falta de articulação com setor de Vigilância Epidemiológica do Município. - Pouca oferta de cursos de capacitação para profissionais de nível médio e técnico.
<p>Dimensão Abordagem Integral De Indivíduos E Famílias</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - CD participam de reuniões de 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho que

<p>equipe, com NASF, para discussão de casos e matriciamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio matricial realizado por CD do CEO nas especialidades de estomatologia e pacientes especiais. - Fluxo facilitado para encaminhamento de paciente da UPA para Estomatologia no CEO em caso de suspeita de câncer de boca. - CD realizam acolhimento com escuta qualificada. 	<p>dificulta que todos os CD participem de reunião de equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade dos CD da UPA em participar de reuniões. - Falta de fluxo estabelecido para CD da UPA indicar paciente com necessidade para atendimento na AB. - Dificuldade no estabelecimento de tecnologias relacionais como vínculo, responsabilização e autonomia.
---	---

Fonte: da autora

Nenhum CS no município realiza atendimento odontológico em horário flexibilizado, e a referência para atendimento fora do horário convencional é a UPA. O acesso facilitado, em que o usuário consiga um atendimento no momento que precise, em horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável, influencia positivamente na acessibilidade e na resolutividade da AB²⁰.

O tempo de espera para início do atendimento odontológico, considerado uma importante barreira na acessibilidade, varia em cada serviço, podendo ser semanal ou quinzenal na AB, compatível com resultados descritos na literatura⁵. A cobertura populacional deve influenciar esse aspecto, e equipes com menor população de referência têm maior facilidade para o agendamento de consultas e retornos para conclusão do tratamento. O tratamento concluído na AB é um aspecto importante para a resolubilidade, acesso e integralidade, pois o “tratamento não completado” repercute em maior permanência dos usuários no serviço, sem a garantia de conseguir ter os seus problemas resolvidos²¹.

No atendimento dos CEO, a variação de tempo de espera decorre da especialidade para qual foi encaminhado e da classificação do paciente pela Central de Regulação. Para a especialidade de endodontia, pacientes com classificação prioritária podem esperar até 30 dias para a primeira consulta, enquanto pacientes sem condição clínica prioritária aguardam até oito meses para o início do tratamento. Na prótese dentária, a espera é de aproximadamente seis meses para

pacientes não prioritários. Em estudo realizado na Bahia²² usuários apontaram tempo de espera para a primeira consulta maior de 40 dias na endodontia (9,8%) e na prótese (36%). Nas características da oferta e organização da atenção à saúde bucal de equipes participantes do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), identificou-se que 47% das equipes da região sul do país relataram tempo de espera de mais de 90 dias para consulta de endodontia no CEO⁵.

O elevado tempo de espera para início do tratamento nas especialidades fica agravado pelo elevado percentual de absenteísmo. A falta dos pacientes na primeira consulta chegou a ser de 40% na Endodontia do CEO e de 30% na Estomatologia do HU, percentual semelhante a estudo realizado em CEO do município de Marília, SP²³. Estudos recentes¹⁹ indicam a necessidade de estratégias para confirmação dos pacientes, de modo a reduzir o absenteísmo. No município pesquisado este problema foi minimizado para 15 % de faltas por meio da confirmação prévia ao agendamento da primeira consulta na endodontia.

Quanto ao acesso universal, existe outra tensão quando se discute a atenção à saúde no sistema prisional. A gestão relata não ter clareza sobre o papel do município ou do estado no cuidado às pessoas privadas de liberdade, o atendimento em geral é feito no CS próximo ao local de detenção, mas sem fluxo definido. O município não aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014, que prevê que os serviços de saúde dentro do sistema prisional passem a ser ponto de atenção da rede de atenção do SUS, articulados a uma UBS fora da instituição²⁴.

Disponibilidade.

A disponibilidade é compreendida neste estudo como a relação entre o volume e o tipo de serviços e recursos existentes em relação às necessidades da população. Representa a oferta organizada de serviços odontológicos, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada nos distintos níveis de complexidade^{15, 16, 25}.

Com relação a recursos humanos, a escassez de ASB, é um achado deste estudo que tem sido identificado na literatura^{26,27}, e é considerada importante obstáculo para que ocorram transformações no processo de trabalho e a ampliação das ESB no município. A atuação exclusiva do cirurgião-dentista em detrimento da atuação da equipe de

saúde bucal também pode ser considerada como fator limitador do acesso universal, visto que reduz a disponibilidade de maior volume de procedimentos clínicos. A produtividade do CD, quando auxiliado pelo auxiliar de saúde bucal ASB pode aumentar em até 50%, o que aumenta a eficiência do serviço, amplia a cobertura a custos menores, bem como previne stress e fadiga profissional. Já a atuação de um técnico em saúde bucal TSB, em cadeira própria, sob supervisão direta, pode aumentar em mais 50% a produtividade do dentista²⁸.

A falta de ASB, TSB e ACS acaba por dificultar a realização de atividades coletivas²⁹. No município estudado observa-se que o CD realiza pessoalmente atividades coletivas de educação e prevenção em saúde bucal, as quais deveriam ser realizadas preferencialmente pela equipe técnica sob sua orientação e supervisão³⁰.

Os problemas estruturais encontrados nos serviços de saúde bucal são consonantes com os descritos na literatura^{9,31,32,26,27,33}, indicando estrutura física inadequada, falta de equipamentos, instrumentais e materiais, fragilidade do serviço de apoio diagnóstico, em especial poucos aparelhos de RX. Todas estas questões comprometem a oferta adequada de serviços, e conseqüentemente, o acesso e a resolubilidade.

A análise das questões estruturais remete à importância da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos odontológicos. Embora haja empresa contratada para este fim, a percepção dos profissionais é de que seja insuficiente para a demanda. A manutenção demorada e ineficiente dos equipamentos odontológicos é descrita pelos CD como um dos principais aspectos que interferem negativamente nas condições de trabalho³¹.

A oferta do cuidado coletivo ainda parece direcionada a crianças na faixa etária de seis a 14 anos. A concentração de atividades preventivas e educativas de forma acrítica e limitada à população escolar fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal, e deve ser discutida para que o conceito de universalidade seja realmente alcançado²¹.

Na oferta de cuidado individual, são atendidos pacientes de todas as idades, e de 70 a 80% do horário semanal é destinado às consultas. São realizados procedimentos básicos convencionais, nenhum CD entrevistado realiza biópsia, endodontia, ou moldagem para prótese. A PNSB⁶ orienta para a qualificação e ampliação do escopo de procedimentos realizados na AB, mas esta diretriz ainda é pouco observada, principalmente em situações de baixa cobertura de eqSB e escassez de RH.

A execução da fase clínica da prótese dentária nas UBS também não é realidade. A centralização da realização das próteses dentárias no CEO ao invés da AB tem sido discutida^{5,33,34}, pois a oferta de prótese dentária na AB poderia propiciar um maior acesso da população a procedimentos de reabilitação, fomentando a integralidade³⁴. Dados do PMAQ-2012 no estado de Pernambuco revelam que apenas 1,2% das equipes de saúde bucal participantes do programa realizam procedimento de moldagem para confecção de prótese dentária. Estudo aponta que a realização desse tipo de procedimento apenas no âmbito dos CEO é insuficiente para suprir as necessidades apresentadas pela população³⁵.

Pesquisas sobre o desempenho dos CEO no Brasil têm demonstrado resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, apontando para o não cumprimento das metas de produção, em especial da endodontia^{7,8,36,19}. As dificuldades para o alcance da meta no município pesquisado relacionam-se a questões estruturais, falta de profissionais e absenteísmo dos pacientes na primeira consulta, razões também identificadas na literatura³⁶.

Sugere-se análise da oferta potencial nas especialidades e endodontia e periodontia no CEO tipo II. Falta de CD não parece ser o problema em endodontia, considerando que a carga horária total dos especialistas é de aproximadamente 400 horas mensais, para uma meta de 60 tratamentos endodônticos concluídos. O cálculo de seis horas e meia por paciente ao mês para conclusão do tratamento de um dente parece plausível, considerando que há dentes que podem ter o tratamento realizado em sessão única. A definição de protocolos clínicos com padronização de técnicas^{19,36}, capacitação e atualização profissional e priorização de manutenção preventiva de equipamentos pode contribuir, neste caso, para o aumento da produtividade. Já na Periodontia a carga horária do profissional é de aproximadamente 64 horas mensais, o que parece incompatível com a meta de 90 procedimentos por mês.

A produção da UPA, embora não tenha padrão estabelecido, indica predominância de urgências endodônticas. Os resultados diferem de estudo realizado em um pronto atendimento de Piracicaba³⁷, onde os procedimentos mais executados foram os cirúrgicos (54,9%). A maior utilização pelo serviço foi por indivíduos provenientes de áreas mais vulneráveis, com dificuldades em conseguir consulta com a eqSB e incompatibilidade com os horários de funcionamento da AB. Esta também foi a percepção do CD da UPA entrevistado nesta pesquisa. O

CD ressalta o potencial da UPA para auxiliar na identificação das pessoas com necessidade, facilitando seu acesso ao tratamento.

Dificuldades em relação à atenção terciária e o atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais em nível hospitalar na região já haviam sido descritas em estudo anterior³⁴. Faltam dados epidemiológicos que embasem o planejamento de ações e dimensionamento dos serviços, gerando dúvidas sobre a suficiência da oferta para a demanda regional. Estudos apontam dificuldades na gestão de leitos³⁸; perfil de usuários de baixa renda que moram distantes do centro de assistência odontológica³⁹; majoritariamente adulto do sexo masculino⁴⁰, com predominância de usuários com transtornos mentais, comportamentais e doenças do sistema nervoso, que comprometem seu estado geral com repercussões na cavidade bucal^{39,40}.

Com relação aos sistemas de apoio, também já haviam sido descritos como incipientes na região³⁴. A oferta de radiografias intrabucais no município é concentrada no CEO tipo II, com oferta considerada suficiente, embora a localização do serviço comprometa a acessibilidade. Como solução, muitos pacientes fazem as radiografias em consultórios particulares próximos à UBS, alternativa mais rápida e econômica, considerando o custo do deslocamento, demonstrando fragilidade no acesso universal e gratuito ao sistema.

Os sistemas logísticos são relevantes na formação da rede de atenção, considerando seu papel na integração dos serviços e regulação do acesso às especialidades de forma equânime^{36,34,25,41}. Destacam-se resultados positivos com relação à disponibilidade de prontuário eletrônico e central de regulação, quando comparados a outros estudos^{36,34}. O prontuário eletrônico integrado em toda a rede municipal permite acesso às informações do paciente e facilita a condução dos casos e realização de referência e contrarreferência. A dificuldade apontada é que a integração via prontuário eletrônico com o nível hospitalar não ocorre.

A Central de Regulação do município figura entre os sistemas logísticos com destaque para o papel das CD reguladoras e pela construção coletiva dos protocolos de acesso às especialidades. No NOH/HU, com mudança da central municipal para a central estadual, a regulação deixou de ser feita por dentista e passou a ser realizada por uma oftalmologista, o que na percepção dos entrevistados pode trazer limitações na compreensão de qual paciente deve ser priorizado.

O encaminhamento de pacientes atendidos na UPA com os demais níveis não tem fluxos definidos. Em caso de necessidade de tratamento cirúrgico bucomaxilofacial em nível hospitalar não há uma

referência definida, fica a critério do CD plantonista. O único fluxo definido é em caso de câncer de boca, em que o CD da UPA pode encaminhar direto para o CEO via SISREG. Também não há articulação com a AB, resultado semelhante a estudo realizado no Recife⁴², que evidenciou frágil integração entre serviço odontológico de urgência e AB, com pouca resolutividade entre os níveis de atenção.

Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação

Esta dimensão refere-se à articulação entre os diversos campos de ação, visando à atenção integral e integrada para o conjunto de problemas de saúde bucal da coletividade²⁵.

O planejamento em saúde bucal pode utilizar informações do território e ambiente considerando-se a forte relação entre as condições de saúde bucal e fatores socioeconômicos como a renda, a escolaridade, e o acesso ao saneamento básico^{43,44}, mas isto se observa de maneira incipiente. A integração ensino serviço, seja na residência em saúde da família, seja na graduação em odontologia, parece incentivar as ações intersetoriais por meio da realização diagnóstico situacional e atividades coletivas.

Uma fragilidade identificada foi a não realização do heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público. Recomenda-se que o heterocontrole seja operacionalizado por instituições diferentes das companhias de abastecimento de água⁴⁵, considerando o risco de fluorose dentária ou ineficácia na prevenção da cárie em caso de concentrações maiores ou menores, respectivamente, às indicadas. Experiências municipais indicam melhorias na adequação da concentração de flúor nas águas de abastecimento público^{45,46}, indicando que esta vigilância processual e permanente é fundamental para o controle da cárie dentária de forma segura e efetiva^{46,47,47}.

Os resultados foram satisfatórios para a gestão, que participa de espaços de gestão colegiada na área da saúde, prioriza as reuniões institucionais para encontro dos profissionais de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção, fomenta a educação permanente, o planejamento com base em problemas, a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal avaliação e monitoramento de indicadores.

Abordagem integral de indivíduos e famílias

Uma das abordagens do conceito de integralidade relaciona-se ao processo individual da atenção, em uma perspectiva das práticas dos profissionais de saúde, para que possam produzir o cuidado de modo abrangente, compreendendo as pessoas em sua totalidade^{21,25,48}. Por estar relacionada ao processo de cuidado individual, foi analisada na AB, AS, AH e UE.

O trabalho em equipe multidisciplinar é um indicador relevante para a atenção integral, e parece estar avançando em Município, embora estudos apontem dificuldades para a integração dos CD nas equipes multiprofissionais de saúde da família^{30,31}. As dificuldades parecem superar as causas descritas na literatura, como o isolamento do dentista pela ideação do seu vínculo com a cadeira odontológica⁴⁹ e fragilidades na formação profissional⁵⁰, mas sugerem ter relação com a sobrecarga de trabalho²⁹.

A articulação institucional entre AB e AS parece ainda em construção. Discussões sobre casos clínicos são resolvidos particularmente entre os profissionais interessados, através de reuniões ou mesmo por telefone, e-mail e aplicativo de serviço de mensagem instantânea via telefone celular. O estomatologista foi o especialista mais citado na realização de matriciamento em saúde bucal na AB, realizado por mensagens instantâneas, e-mail, telefone, ou presencialmente na UBS. O estomatologista também auxilia a organização do fluxo do paciente com câncer de boca na rede, para viabilizar a realização tratamento odontológico prévio ou posterior à cirurgia ou tratamento rádio/quimioterápico. O apoio matricial em saúde busca assegurar tanto retaguarda assistencial especializada quanto suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de referência, encarregados da atenção a problemas de saúde⁵¹.

As tecnologias relacionais de acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia²¹ são observadas na fala de profissionais da AB, da UPA e do hospital. Cabe refletir, entretanto, na dificuldade da incorporação de tecnologias leves quando as equipes de saúde bucal são responsáveis pelo dobro, ou triplo de pessoas em relação ao restante da equipe de SF^{21,26}.

Considerações finais

O município pesquisado apresenta avanços relacionados ao papel da gestão na articulação de ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Entretanto, a acessibilidade no CEO e a disponibilidade relacionada à baixa cobertura de eqSB na AB, à falta de RH e ao não cumprimento das metas produção na endodontia, periodontia e prótese são fragilidades importantes. Estas dificuldades, entretanto, parecem ser de naturezas distintas: enquanto na AB observa-se a limitação de recursos humanos para composição das equipes, na atenção secundária observam-se dificuldades na estrutura física e na gestão das metas de produção.

Merecem destaque a implantação de sistemas logísticos e o perfil dos profissionais, cuja formação e qualificação nas áreas de saúde da família ou saúde coletiva parece ser o diferencial para as práticas de saúde bucal na rotina dos diferentes serviços.

A principal limitação do estudo relaciona-se à falta de dados dos usuários, importantes para a análise das barreiras de acesso e atenção integral. O “viés programado”, de ser um estudo de caso com as unidades de análise selecionadas de maneira intencional, permitiu que as dificuldades e problemas fossem identificados, cumprindo os objetivos da pesquisa.

Referências:

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35ªed. Brasília: Edições Câmara; 2012. 454 p.
2. BRASIL. **Lei 8080 - Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.
3. BARROS, F. P. C.; DELDUQUE, M. C.; SANTOS, A.O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. **Consensus**, v. 19, p. 44–49, 2016.
4. NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde : como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847–849, 2013.
5. CASOTTI, E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 140–157, 2014.
6. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, 2004.

7. FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. DE. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259–267, fev. 2009
8. GOES, P. S. A. DE et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81–s89, 2012.
9. COLUSSI, C. F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 92–100, 2012.
10. YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. v. 2
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 599 de 23 de Março de 2006**. Brasília, 2006.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 1464 de 24 de junho de 2011**.
15. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
16. PECHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981.
17. JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, jan. 2010.

19. CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 143–154, 2011.
20. WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba, 2014.
21. SANTOS, A. M. DOS; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53–61, mar. 2006.
22. SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. **Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia**. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 371–387, 2010.
23. BULGARELI, J. V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 4, p. 229–236, ago. 2013.
24. LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905–924, 2015.
25. GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002.
26. FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl.1, p. 1643–1652, 2010.
27. MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–14, 2014.
28. ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A. DE; MENDONÇA, M. H. M. DE. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de

interpretar as competências dos técnicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 195–222, out. 2012.

29. OLIVEIRA, E. R. et al. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES : uma visão interdisciplinar. **UFES Rev. Odontol**, v. 9, n. 3, p. 23–30, 2007.

30. BRASIL.Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília; Ministério da Saúde,2008. 92 p.

31. ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 481–517, 2009.

32. REIS, W. G.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde : entre o prescrito e o real. . **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan-mar 2015

33. LORENA SOBRINHO, J. E. et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 136–146, 2015.

34. GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 318–32, 2014.

35. MALLMANN FH, TOASSI RFC, A. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três “Distritos Sanitários” de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. **EpidemiolServ Saúde**, v. 21, p. 79–88, 2012.

36. MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

37. FONSECA, D. A. V. et al. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 269–77, 2014.
38. AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba : desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021–1039, 2013.
39. DALL’MAGRO, A. K.; DAL’MAGRO, E.; KUHN, G. F. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. **RFO**, v. 15, n. 3, p. 253–256, 2010.
40. SANTOS, J. S. et al. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 515–524, 2015.
41. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção À Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
42. AUSTREGÉSILO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111–3120, 2015.
43. CARNUT, L. et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3083–3091, 2011.
44. LACERDA, J. T. DE; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. DE. Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1331–1338, out. 2002.
45. PANIZZI, M.; PERES, M. A. Dez anos de heterocontrole da fluoretação de águas em Chapecó , Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2021–2031, 2008.

46. RAMIRES, I. et al. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público em Bauru, SP, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 883–889, out. 2006.
47. NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor : uma relação do século XX. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 381–392, 2000.
48. MATTOS, R. A. DE. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, out. 2004.
49. ASSANTI, A. A. DOS S.; ALONSO, C. M. DO C. Percepção dos dentistas sobre o trabalho em equipe na estratégia saúde da família: estudo exploratório. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 216–220, 2016.
50. FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev Gaúcha Odontol**, v. 59, n. 1, p. 109–115, 2011.
51. CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um estudo de caráter avaliativo, que busca analisar os serviços de saúde com base no alcance de seus objetivos e no modo como são estruturados e como as ações são desenvolvidas, tem o propósito de contribuir para a identificação dos avanços, potencialidades e fragilidades em uma perspectiva de qualificação dos serviços e compartilhamento de experiências. Considerando que o objeto da pesquisa é a atenção à saúde bucal com foco nos princípios doutrinários de universalidade e integralidade, reitera-se a convicção e a necessidade de defesa do SUS como sistema universal, e da saúde como direito de cidadania.

O Estudos de Avaliabilidade realizado nesta pesquisa buscou identificar a operacionalização e o funcionamento a atenção à saúde bucal, propiciando a visualização de seus componentes e objetivos. Reitera-se que, dependendo da necessidade, os modelos podem ser revistos contemplando questões novas ou não previstas que surgem com o desenvolvimento ou aperfeiçoamento do objeto analisado.

O Estudo de Caso permitiu identificar avanços relacionados ao papel da gestão na articulação de ações de promoção, prevenção e reabilitação, assim como fragilidades na acessibilidade e disponibilidade. Importante refletir que, embora seja uma cidade cujas equipes obtiveram resultados satisfatórios na avaliação do PMAQ-AB, fragilidades importantes foram levantadas nesta pesquisa que merecem ser discutidas. O PMAQ-AB é um programa de adesão voluntária, onde nem todas as equipes ou CS do município são avaliadas, de forma que se reforça a importância de processos avaliativos locais e mais abrangentes. Destaca-se os bons resultados na implantação de sistemas logísticos e no perfil dos profissionais, cuja formação e qualificação nas áreas de saúde da família ou saúde coletiva parece ser o diferencial para as práticas de saúde bucal na rotina dos diferentes serviços.

A principal limitação do estudo relaciona-se à falta de dados dos usuários, importante para a análise das barreiras de acesso e atenção integral. Este estudo também não teve pretensão de analisar as questões de financiamento, certamente fundamental para a gestão do sistema e alcance dos princípios doutrinários, mas que pela profundidade merece um estudo específico. O “viés programado”, de ser um estudo de caso com as unidades de análise selecionadas de maneira intencional, permitiu que as dificuldades e problemas fossem identificados, cumprindo os objetivos da pesquisa. A matriz avaliativa desenvolvida

não contempla padrões e parâmetros de julgamento, para os quais sugere-se nova discussão e possível validação após estudo exploratório.

Os dados coletados nas entrevistas compõem um banco de informações de extrema riqueza que será utilizado para a construção de artigos específicos para cada nível de atenção. Assim, os próximos trabalhos buscarão trazer detalhes específicos de processo de trabalho e gestão de AB, AS, AT e SUE que possam subsidiar reflexões sobre gestão local e processo de trabalho nos diferentes serviços.

Por fim, em um momento histórico de descrença na política partidária e de retrocesso das conquistas sociais, reitera-se a defesa das políticas de saúde e do SUS como sistema universal de saúde, conquista da sociedade e direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, S.L.V.U. ET AL. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **RevAdm Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.1021-39, 2013.

ASSIS, S.G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO MCS; ASSIS SG; SOUZA ER (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 105-132.

ARAÚJO D.B.; MENEZES L.M.B.; SOUZA D.L. Secondary dental care and implementation of specialized dental clinics in a state in Northeast Brazil. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.60, n.1, p.49-54, 2012.

AUSTREGÉSILO S.C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(10):3111-3120, 2015.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.11-23, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 555-560, 2012.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013. 380p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198. Brasília, 1998. Publicada no DOU de 05/10/1988.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990. Publicado no DOU de 20/09/1990, seção 1, p. 01.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Nº 50 de 21 de Fevereiro de 2002**. 2002:1–125.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.444 / GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, p. 85

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal**. 2ª ed. Brasília; Ministério da Saúde, 2008. 92p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Publicada no DOU de 24/03/2006, seção 1, p.51.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 600/GM de 23 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. Publicada no DOU de 24/03/2006, seção 1, p.52.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2898/ GM de 21 de Setembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Publicado no DOU de 23/09/2010, seção 1, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 19/5/2014.

_____. **Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008**: regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. Publicado no DOU de 26/12/2008, seção 1, p. 2.

_____. **Informe referente à Portaria N° 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais.** S/D.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.601 de 07 de julho de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Publicado no DOU de 08/07/2011, seção 1, p. 70.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 4279 de 30 de dezembro de 2010.** Brasília, 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Publicado no DOU de 31/12/2011, seção 1, p.88.

_____. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - resultados principais.** Ministério da Saúde: Brasília, 2012.116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.Série Parâmetros SUS –Volume 1.

_____. Ministério da Saúde. **AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Material de apoio à autoavaliação das equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Material de apoio à autoavaliação das equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica. ASS: Cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UMO).**; 2009:1–6. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf. Acesso em

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Ministério da Saúde Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD**. :1–17. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica: Informe referente à Portaria N° 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. 2010. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_portaria_tratamento_pne.pdf. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica**. Ministério da Saúde; 2012.

BULGARELI, J.V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.42, n.4, p.229-236, 2013.

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção àsaúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3083-3091, jul. 2011

CECCIM, R.B. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde IN: Pinheiro R.; Mattos R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. cap. 04, p. 113 – 126.

CELESTE, R.K. et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.511-521, 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. Análise de Implantação. In: Broussele, A. et al. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 217-240.

CHAVES, S.C.L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.143-154, 2011.

CHAVES, S.C.L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p. 1005-1013, 2010.

COELHO, B.S. **Avaliação da atenção em saúde bucal de Santa Catarina**. 2012. 75p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Odontologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Município, 2012.

COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro.

Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004.

COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 299p. Tese (Doutorado em Odontologia Social e Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Município, 2010.

CONNIL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-1423, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia**.

Resolução CFO 63/2005. Atualizada em Julho de 2012. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>
Acesso em 19/08/2014.

COSTA, AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.5-15, 2004.

COSTA, A.P.S. et al. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 453-460, 2013.

COSTA, S.M. et al. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. **Revista Bioética**, Brasília, v.20, n.2, p.342-348, 2012.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica**. 2010;26(4):725–737.

CUNHA, E.S. **História da Odontologia no Brasil (1500-1900)**. 2ed. Rio de Janeiro, Científica, 1952. 288p.

DALL'MAGRO, A.K.; DALL'MAGRO, E.; KUHN. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. **RFO**, Passo Fundo, v.15, n.3, p. 253–256, 2010.

DEITOS, A.R. **Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**. 2009. 170 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Harvard University Press, 1973. p. 419-473.

FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p. 930-936, 2005.

FIGUEIREDO, N.; 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, 2009.

FONSECA, D.A.V. et al. Influencia da organizacao da atencao basica e das caracteristicas sociodemograficas da populacao na demanda pelo

pronto atendimento odontológico municipal. **Ciênc saúde coletiva**. 2014;19(1):269–277.

GARCIA, D.V. **A construção da política nacional de saúde bucal:** percorrendo os bastidores do processo de formulação. 2006. 105p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61, 2002.

GODOI, H.; MELLO A.L.S.F.; CAETANO, J.C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.318-332, 2014.

GOES, P.S.A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p. s81–s89, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica**. 2007;23(3):565–574.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; PERES, Marco Aurélio; MARCENES, Wagner. Cáriedentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18anos de Município, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.699-706, mai-jun, 2002

HARTZ, Z.M.A.; 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, v.20, sup. 02, p.S331-S336, 2004.

HERKRATH, F.J. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.148-158, 2013.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cad Fundap**. 2001;22:102–110.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**. 2010;15(1):161–170.

KORNIS, G.E.M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F.P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 197-215, 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LACERDA, JT; CALVO, MCM; FREITAS, SF. Diferenciais intra-urbanos no Município de Município, SantaCatarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cad. SaúdePública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1331-1338, 2002.

LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Unisul, 2006. 148p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p. 991-1002, 2010.

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 367-1377, 2009.

MAIA, L.S.; KORNIS, G.E.M. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.84-95, 2010.

MATTEVI, G.S. **A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar: uma construção interdisciplinar.** (Tese). Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva Município, 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

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

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção À Saúde.** Brasília: OPAS; 2011.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** 2ª Ed. São Paulo: Santos, 2002. 120p.

NEVES, M.; PRETTO, S.M.; ELY, H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre - RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.42, n.5, p.364-371, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011. 111p.

PECHANESKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definitions and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v.19, n.2 p. 127-140, 1981.

PERES, Marco Aurélio et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte denascidos vivos no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 6, n.4, p.293-306, dez. 2003.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K.R.H.C.; RODE, S.M. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). **Brazilian Oral Research**, v.22, Spec Iss n.1, p.18-23, 2008.

PINHEIRO, G.A.C et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigilância Sanitária em Debate**. 2015;3(2):36–41.

PINHEIRO, R.S., et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**. 2002;7(4):687–707.

PUCCA JUNIOR, G.A.; LUCENA, E.H.G.; CAWAHISA, P.T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.24, supl.1. p.26-32, 2010.

PUCCA JUNIOR, G.A. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v.23, Spec Iss n. 1, p. 9-16, 2009.

RESES, M.L.N. **Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina**. 2011.151p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Município, 2011.

RONCALLI, A.G. et al. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n.1, p.9-14, 1999.

SALIBA, N.A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma Nova Política de Enfrentamento para a Realidade Nacional. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v.18, n.48, p.62-66, 2010.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.3, n. 31, p. 260- 268, 2012.

SANTANA, V.G.D. et al. Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.527-543, 2008.

SANTOS, J.S., et al. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.15, p. 515-524, 2015.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde. In: Silva, S.F. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA –CONASEMS, 2008. p. 35-65.

SÃO PAULO. **Diretrizes para a atenção em saúde bucal: Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal**. 2009:89. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Manual de odontologia hospitalar**. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012. 86p.

SILVA, F.R.L. **Avaliação da produção do serviço odontológico das unidades de prontoatendimento (UPA) no município do Rio de Janeiro, administradas pelo Instituto de atenção básica e avançada à saúde (IABAS)**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida, Mestrado em Odontologia, Reabilitação Oral, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, L.S. et al. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n.2, p. 325-334, 2013.

SILVEIRA FILHO, A.D. A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Botazzo, C.; Oliveira, M.A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras, 2008. p.31-49.

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem - objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A; SILVA, L.M.V (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p. 65-102.

SOUZA, L.F e CHAVES, S.C.L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.2, p.381-387, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Cap. 7, p. 207-246.

TOLEDO, M.E. A interface da urgência em saúde bucal no SUS : um estudo de caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, no ano 2006. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**. 2004;20(d):190–198.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANA, I.B.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p.151-160, 2012.

WEBBER, A.A. **Política Nacional de Saúde Bucal**: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. 2009. 83p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

YIN, R.K. **Estudo de Caso** - Planejamento e Método. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010, p. 23-85.

ZANETTI, C.H.G.; OLIVEIRA, J.A.B.; MENDONÇA, M.H.M. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.195-222, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESCLARECIMENTOS:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa. Sua colaboração é muito importante, mas a decisão de participar é sua. Portanto, leia atentamente as informações abaixo. Se o Sr.(a) não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo. Se o Sr.(a) concordar em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se o Sr.(a) tiver algum dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

1 O estudo se refere a um Estudo de Casos sobre a Atenção à saúde Bucal nas capitais da região sul do Brasil com foco na universalidade do acesso e integralidade da atenção. Serão analisados os serviços de saúde bucal na atenção básica, média complexidade e atenção hospitalar.

2 Participarão da pesquisa os serviços de saúde bucal indicados pelo coordenador municipal de odontologia.

3 Apesar de ser de importância visto que as regiões sul do Brasil obteve, junto com as regiões sudeste, os melhores resultados epidemiológicos, econômicos, sociais e de acesso aos serviços odontológicos, encontrados através do SB Brasil 2010, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal. Desta forma, estas capitais constituem-se “casos” de pesquisa indicados para estudo em profundidade, em que se considera que os serviços de saúde estão mais bem estruturados, e desta forma, sejam as melhores fontes de evidências para a identificação de aspectos que possam influenciar no alcance dos princípios de universalidade do acesso e integralidade da atenção.

4 Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada através de

revisassem-estruturadascomoscoordenadoresdesaúdebucal ecirurgiões dentistasdosserviçosindicadosporeles. Alémdisso,serãocoletadosdadossecundáriosnoSistemadeInformaçãoAmbulatorialSIA/SUS, deacessopúblico. Tambémserárealizadaanálisedocumentaldematerialdisponibilizadope losgestoresdesaúdebucaldomunicípioevisitas guiadas àestruturaeespaçosfísicosdosserviçosparticipantesdapesquisa. Nãoosẽo entrevistadosnem observadosos atendimentosaosusuáriosdosserviços.

5

Os participantesdapesquisatẽmalibredadederecusarouinterromperacolab oraçãonesteestudo nomomento emquedesejar, sem necessidade dequalquerexplicação.

6

Porserumestudodescritivoeanalítico,nãohaveráriscosfísicose/oubiológicosaosparticipantes. Aindaassim,éimportanteesclarecerqueexisteoriscode haverconstrangimentosou desconfortosemalgumnívelporcausadealguma pergunta. Porexemplo, háapossibilidadedequeasperguntasdemonstremque ealgumacondutadetrabalhopoderiaserrealizadadeoutraformaoumesmoé possívelquesejamobservadasinconformidadesrelacionadasaseutrabalho. T ambémpodehaveroriscodequeapesquisafaçacomqueoSr.(a)sesintaobservado/avaliado. Aequipedapesquisareforçaquenãoéobjetivoresponsabilizã-loequeapesquisanãopresentaqualquercaráterpunitivo. ReiteramosqueoS r.(a) podeescolhernãoparticiparounãoresponderqualquerperguntaque o façasentir-sedessaforma.

7

Osriscosserãominimizados,primeiramente, pelofatodosserviçospesquisad osseremindicadospeloCoordenadorMunicipaldeSaúdeBucal. Osindivíduos participantesnãoserãoidentificados. Dadosemateriaisobtidosdaspessoas serãotornadosanônimos. Nãoéobjetivodapesquisaculpabilizarouresponsabilizaros profissionaisdesaúdeporproblemasencontradosem seulocaldetrabalho.

8

Poroutro lado,apesquisatrarácomo benefício paraSr.(a) aoportunidadedeauxiliarnaanálisedaestruturaeproce ssodetrabalhonasuaunidade desáude. Espera-sequeapossibilidadede compartilharconhecimentos, dificuldadeeexperiênciaspossacontribuirpara a qualificaçãodaatençãopúblicaodontológica.

9

Vocênãoterãnenhumgastofinanceiroquenecessiteressarcimento. Aentrevista eavisitaoserviçosẽrealizadasemseuhoráriodetrabalho, comanuênci adaCoordenaçãoMunicipaldeSaúdeBucal. Faremosoagendamentocoman tecedência, emumadataquesejamaisconvenienteparavocê.

10

Ainda assim, caso seja comprovado que o Sr. (a) tenha sofrido algum dano decorrente da participação nesta pesquisa, será indenizado(a) nos termos da lei.

11

As informações obtidas neste estudo serão divulgadas exclusivamente em publicação científica, e os dados pessoais dos respondentes não serão mencionados.

12

Se não transcorrer a pesquisa o participante terá algum dano ou necessidade e poderá procurar por Manoela de Leon Nobrega Reses, responsável pela pesquisa, nos telefones (48)99816773 e (48)33754424 ou no endereço eletrônico manoela.lnr@gmail.com. Também poderá entrar em contato como Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, no endereço R: Desembargador Vitor Lima, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), nº 222, sala 401, Trindade, Município/SC - CEP 88.040-400 e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone: + 55 48 3721-6094.

13 Ao final da pesquisa os resultados do estudo serão disponibilizados aos respondentes pela própria pesquisadora.

CONSENTIMENTO:

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Eu, _____, residente e domiciliado em _____, portadora da Carteira de Identidade RG _____ nascido(a) em _____ /

, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa “**UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**”.

Município, _____ de _____ de 2016.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora principal: MsC. Manoela de Leon Nobrega Reses

ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

ASSINATURA: _____

APÊNDICE 2 – Roteiros de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

Identificação do respondente:

Nome:

RG/CPF:

Telefone:

E-mail:

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até a coordenação municipal de SB?

Qual o histórico da implantação dos serviços de saúde bucal no município? Os serviços de SB no município eram inicialmente instalados nas escolas ou sempre foram realizados nas UBS? Quando foram implantadas as primeiras equipes SB? Quantas foram implantadas inicialmente?

Como é a estrutura e o organograma da Coordenação Municipal de Saúde Bucal?

Você consegue identificar características econômicas, políticas, sociais que interferem na gestão de SB no município?

Existe algum documento que possa ser disponibilizado para análise documental? Relatório CPOD, Premiações, Protocolo de Atenção à SB, Protocolo de Acesso e Regulação; Relatório de heterocontrole de flúor, outros.

De maneira geral, como é no município a localização das UBS nas suas respectivas áreas de abrangência? A gestão busca instalar as UBS em regiões centrais em sua área de abrangência?

As UBS estão próximas a pontos/terminais de transporte coletivo?

De maneira geral, como é no município a localização dos serviços de atenção secundária/terciária/urgência nos distritos ou regiões de abrangência?

Os serviços de atenção secundária/terciária/urgência estão próximos pontos/terminais de transporte coletivo alimentados por linhas

inter-regionais? Os serviços de atenção secundária/terciária/urgência estão localizados em áreas centralizadas próximas aos bairros de referência/distritos?

Há uma relação entre localização das UBS e dos serviços de atenção secundária considerando a formação da rede de saúde? De maneira geral, qual a percepção da gestão sobre a acessibilidade da população aos pontos de atenção de SB estruturados no município?

Qual área média dos consultórios odontológicos nas UBS?

Existem consultórios odontológicos coletivos no município? Qual a distância entre as cadeiras? Você considera o tamanho do consultório odontológico adequado às atividades?

As unidades de saúde possuem sala específica para limpeza e esterilização dos instrumentais odontológicos? Os profissionais de saúde realizam limpeza e esterilização dos instrumentais dentro do consultório odontológico?

De maneira geral, como você observa as condições gerais acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas dos consultórios odontológicos das unidades de saúde?

Em Município, sem considerar reformas, problemas estruturais costumam afetar o andamento das atividades?

De maneira geral, os serviços de saúde possuem estrutura adaptada a pessoas com deficiência? Qual o % de UBS com estrutura adaptada a pessoas com deficiência?

Existe algum planejamento da gestão para adequação da estrutura física adequada a pessoas com deficiência?

As Unidades de Saúde possuem placas de identificação dos serviços disponibilizados? A gestão considera importante a instalação de placas de sinalização dentro e fora das unidades de saúde?

Os fluxos dentro das unidades de saúde são sinalizados?

Nas unidades de saúde existe privacidade para realização de ações individuais e coletivas? Mesmo nos consultórios coletivos, há alternativa para um atendimento mais privativo? Qual o % de UBS possui sala de reuniões para realização de grupos, atividades educativas e coletivas? A gestão considera importante para a acessibilidade a existência de sala de reuniões /espaços privativos para a realização de atividades coletivas e individuais?

A gestão disponibiliza às UBS equipamentos e/ou unidades odontológicas móveis/removíveis para atendimento domiciliar a pessoas deficientes/acamadas/domiciliadas?

Quais equipamentos e como é feito o agendamento/rodízio entre as equipes para utilização dos equipamentos móveis /UMO?

Esse equipamento é suficiente? Os profissionais sabem utilizá-lo? Foram treinados? São incentivados para o uso? Em caso de baixa/pouca utilização, quais os motivos?

A gestão disponibiliza equipamentos e/ou unidades odontológicas móveis/removíveis para atendimento a populações residentes em áreas rurais ou com dificuldade de acesso às UBS?

Quais equipamentos e como é feito o agendamento/rodízio para utilização dos equipamentos móveis / UMO? Quais comunidades/grupos são atendidas?

A gestão disponibiliza às Equipes da Atenção Básica, incluindo a saúde bucal, veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas?

Quantos carros disponíveis para a AB/APS? Como é realizado o agendamento/rodízio do carro entre as equipes? Os dentistas costumam utilizar o carro? Esse rodízio é suficiente e atende as demandas? Dentistas costumam utilizar carro próprio?

A gestão realiza a articulação das equipes de SB com instituições e equipamentos sociais, permitindo acesso facilitado ao cuidado em saúde bucal para pessoas em situação de vulnerabilidade? Quais equipamentos sociais e instituições? Secretaria de Educação (creches e escolas), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Instituições de acolhimento a menores de idade (Casa Lar), Sistema Carcerário, dentre outros.

A gestão garante oferta de RH (CD/ASB/TSB para oferta de atendimento odontológico em horários flexíveis/alternativos? Quais unidades de saúde tem horários alternativos? Quais são os dias/horários alternativos?

Em geral, qual o tempo de espera para marcação de consulta na Atenção Básica, Atenção Secundária, Prótese Dentária e Atenção Hospitalar? Qual a sua percepção sobre este tempo de espera?

Em geral, qual o tempo de espera entre a marcação e o início de atendimento na Atenção Básica, Atenção Secundária, Prótese Dentária e Atenção Hospitalar? Qual a sua percepção sobre este tempo de espera?

Em geral, qual o tempo de espera entre retornos na Atenção Básica, Atenção Secundária Prótese Dentária e Atenção Hospitalar? Qual a sua percepção sobre este tempo de espera?

A gestão realiza o controle das filas para marcação de consulta/início de tratamento na AB/AS/Prótese/AH? Como é realizado

o controle das filas de espera? Existe protocolo com orientação para tempo de espera máximo para agendamento/início de tratamento?

A gestão realiza o controle de faltas às consultas na AB, AE e Prótese? Como é realizado o controle das faltas? Qual a percepção da gestão para os motivos das faltas? O percentual de faltas é maior na AB ou CEO? Por que?

Quantos CD/ASB/TSB existem hoje na rede?

Na Atenção Básica, quantas equipe de SB Tipo I, II ou III?

Equipes de SB estão completas? Tem dentista que trabalha sem auxiliar de SB?

Equipes de SB cumprem 40 horas?

Quantos dentistas em modelo tradicional (10h, 20h)? Em caso de equipe tradicional, há equivalência nas horas CD/ASB?

Qual a proporção de equipes de SB comparadas as equipes de SF? É suficiente esta quantidade?

Os ACS participam de atividades da área da saúde bucal junto com a equipe? Que atividades os ACS realizam junto à equipe de SB? (Atividades educativas, busca ativa e visitas domiciliares, etc).

Na Atenção Secundária e Prótese, quantos CD contratados? Quantos auxiliares de SB contratados? Há equivalência de horas CD/ASB? Em caso de CEO há um ASB por consultório?

Qual a carga horária dos profissionais, por especialidade? É suficiente esta quantidade?

Existe hospital com CD contratado pelo município?

No Serviço de Urgência/Emergência (UPA), quantos CD/ASB? Qual a carga horária de CD/ASB? Como funciona a escala de plantão dos dentistas na UPA?

Se não houvesse restrição orçamentária, você contrataria mais profissionais? Quais?

Quais as formas de vínculo profissional com CD e ASB? Qual o % de estatutários? Qual o % de contratados CLT? Qual o % de temporários?

Existe muita rotatividade de profissionais, na AB ou AS?

A gestão viabiliza a participação dos profissionais de SB em cursos de atualização e qualificação voltados para o interesse do serviço? Apóia estratégias de EAD (UNA-SUS, Telessaúde)? Libera os profissionais para cursos presenciais?

A SMS realiza cursos/capacitações para os profissionais de SB, como forma de educação permanente? Em parceria com SES, Escola de Saúde Pública, Universidades? Qual a periodicidades? Quais os temas dos últimos cursos? Há previsão de novos cursos?

De maneira geral, há suficiência e qualidade de insumos, instrumentais, medicamentos e EPI para o desenvolvimento de ações em saúde bucal?

A coordenação de SB recebe reclamações dos dentistas sobre a qualidade/suficiência de materiais e insumos? Acontece de, no processo licitatório, serem adquiridos materiais de qualidade ruim? Como a gestão lida com estas questões?

É comum o atendimento odontológico ficar prejudicado/interrompido por falta de material?

Se não houvesse restrição orçamentária, quais equipamentos/materiais/insumos a gestão compraria para a SB?

A SMS tem contrato com empresa de manutenção de equipamentos odontológicos? Quando necessário, o serviço de manutenção atende prontamente? Qual o prazo de espera para conserto de equipamentos?

A empresa de manutenção realiza manutenção preventiva nos consultórios? Qual a periodicidade da manutenção preventiva nos consultórios?

Em Município existe alguma equipe de SB lotada em consultório que não tenha acesso a telefone e computador com internet?

Quantas unidades básicas de saúde tem consultório odontológico? Para as UBS que não tem, há previsão de implantação? Existem consultórios odontológicos fora de UBS (em escolas, por exemplo?)

Qual a cobertura populacional média para as equipes de SB na AB/ESF no município?

Qual a cobertura populacional média para os CEO? A gestão tem algum parâmetro populacional definido para cobertura dos CEO? CEO é regionalizado? Referência para quais municípios?

Os serviços hospitalares com atenção à SB são de referência municipal ou regional? Para quantos e quais municípios são referência?

Qual a cobertura populacional média para as UPAS?

A gestão monitora o indicador de 1ª consulta odontológica programática? Qual a tendência do indicador nos últimos anos? 2005, 2010 e 2015?

Qual o número de consultas odontológicas por habitante no município em 2015?

A gestão orienta/sugere que a equipe de SB na AB realize o atendimento na lógica de tratamento concluído? Por que? Qual sua opinião em relação ao tratamento concluído?

Qual o % de tratamentos concluídos em 2005, 2010 e 2015?

Em relação aos Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), quantos tem no município? São próprios ou conveniados? Há quanto tempo estão implantados?

Que tipos de prótese dentária são ofertados? Quantas próteses/mês são ofertadas? Qual a faixa de produção pactuada?

O município cumpriu em 2015 a meta de produção de próteses dentárias? Caso não tenha cumprido, quais as dificuldades para o cumprimento das metas de prótese?

Existe levantamento de necessidade de prótese dentária no município? Quantas pessoas? Quantas próteses? Qual o tipo de prótese com maior necessidade?

Existe previsão para que o serviço passe a fornecer outros tipos de prótese? PPR, Ponte fixa?

Existe algum critério de priorização para oferta das próteses? Qual?

Quantos serviços de AS (CEO) em saúde bucal têm no município? CEO de que tipo?

Quais especialidades são ofertadas no CEO? Tem CD especialista em Estomatologia?

As especialidades mínimas cumpriram a meta de produção em todos os meses de 2015? Quais especialidades não cumpriram a meta de produção? Em quantos meses? Quais as dificuldades?

Houve cumprimento da meta de 20% de endodontia em molares em todos os meses de 2015? Em quais meses não houve cumprimento da meta? Quais as dificuldades?

Houve cumprimento da meta de 50% de procedimentos básicos na especialidade de pacientes especiais em todos os meses de 2015? Em quais meses não houve cumprimento da meta? Quais as dificuldades?

Qual a razão entre número de procedimentos especializados por habitante no município em 2005, 2010 e 2015?

Existe levantamento de necessidade de tratamento odontológico especializado no município?

A gestão considera a necessidade epidemiológica da população para adequar o quantitativo de vagas por especialidade? Quais especialidades com maior demanda? Existe previsão de ampliação do número de vagas?

Atualmente, quantas pessoas estão na fila da endodontia? Qual a previsão para início do tratamento?

Em Município não há hospital de gestão municipal. O município tem referência em atenção hospitalar para atendimento a pessoas com necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral, cirurgia e

traumatologia bucomaxilofacial, e atendimento a pacientes com lesões suspeitas/diagnosticadas de câncer de boca? Quais hospitais? Como é a relação da gestão municipal de SB com os serviços odontológicos hospitalares?

Como é organizado o atendimento odontológico sob anestesia geral a pacientes especiais no município? Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes da AB/AS para atendimento hospitalar sob anestesia geral?

Atualmente, quantas pessoas estão na fila do tratamento sob anestesia geral? Qual a previsão para início do tratamento?

Quais mecanismos/estratégias a gestão vem adotando para reduzir as filas de espera para o tratamento odontológico sob anestesia geral?

A gestão garante à população serviço odontológico durante 24 horas, todos os dias da semana? Para você, qual a importância do serviço 24h? A gestão percebe que a demanda reprimida da AB acaba sendo atendida pelos serviços de urgência?

Como a gestão percebe a relação dos serviços de SB nos diferentes níveis de atenção?

Que tipos de exames de diagnóstico por imagem em saúde bucal são realizados no município? Existe aparelho de RX Panorâmico? Se não, há referência no município? Quais exames alternativos?

Quantos aparelhos de RX periapical têm no município? Onde ficam localizados? Caso não existam aparelhos no município, há serviços privados conveniados?

Em caso de serviço centralizado, qual horário de funcionamento do serviço? Quantas radiografias são realizadas ao dia? Quantos pacientes atendidos ao dia?

O serviço de radiografia de Município é referência para algum município?

Existe cota de encaminhamento de radiografias para a AB, CEO, UPA?

Como é o encaminhamento? Necessita agendamento? Demanda livre no dia?

Na sua percepção, a quantidade de exames radiográficos disponibilizados atualmente é suficiente? Quais as dificuldades para ampliar esta oferta?

Existe serviço de anatomia patológica disponível para os serviços de SB? Públicos ou Privados conveniados?

Quais exames são mais realizados?

Existe cota de exames para a SB? Serviço é referência para algum município da região?

Quanto tempo, em média para conclusão e laudo do exame?

Na sua percepção, a quantidade de exames anatomopatológicos para a SB disponibilizados atualmente é suficiente? Quais as dificuldades para ampliar esta oferta?

As farmácias básicas dispensam os medicamentos mais prescritos pelos cirurgiões-dentistas? Quais os problemas enfrentados? Como a gestão de SB pode contribuir para o enfrentamento desta dificuldade?

No município é utilizado prontuário eletrônico? Em todas as unidades de saúde? Qual software utilizado?

Prontuário compartilhado em todas as unidades de saúde? Você considera que o prontuário eletrônico contribui para qualificação do trabalho em Município? Como?

Existe Central de Regulação para os serviços de saúde bucal? Há quanto tempo está implantado? SISREG?

Regula quais serviços? Especialidades, prótese, atenção hospitalar? Como funciona o sistema de regulação?

Os reguladores são cirurgiões-dentistas? Como a central de regulação contribui para a gestão da rede de atenção à SB?

Existe protocolo de encaminhamento e regulação para os serviços de saúde bucal? Pode disponibilizar para análise documental?

O protocolo de Atenção à SB é de 2006, tem 10 anos. Há previsão para atualização?

A gestão disponibiliza e orienta as equipes sobre o uso dos protocolos? O protocolo é discutido em reuniões com equipe? Ainda ocorrem encaminhamentos fora das normatizações do protocolo? Como a gestão trabalha com esses problemas?

Como gestor municipal de SB, você participa de fóruns e grupos de trabalho intersetoriais, governamentais e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais? Quais? (Exemplos: Conselho Políticas Públicas; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Local de Saúde; ONGs e Associações)

O tema Saúde Bucal é discutido nestes espaços, para buscar soluções conjuntas ou apresentar demandas?

O resultado destas discussões é incorporado no planejamento e programação das ações de saúde bucal no município? Tem algum exemplo de decisão tomada com base nestas reuniões?

A gestão de SB realiza monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e ambientais? (Exemplos: água, esgoto, lixo, poluição, escolaridade, renda, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Condições de Vida (ICV)).

Você acredita que a análise dos indicadores gerais auxilia no planejamento macro em SB? Como?

Qual percentual populacional abastecido por água tratada e fluoretada?

A gestão realiza heterocontrole dos níveis de fluoreto na água de abastecimento público? Como é realizado o heterocontrole? Quantos pontos de coleta? Qual periodicidade? Tem relatórios de 2015 para análise documental?

Há muitos pontos inadequados? Qual o percentual? Quais ações são tomadas em caso de níveis insatisfatórios de fluoreto?

Como gestor de SB você participa de reuniões com as diversas áreas na secretaria de saúde (área assistencial, saúde coletiva, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, etc) para discussão de problemas comuns e definição de prioridades e metas? Como é a relação com estes setores? Você considera que a SB tem abertura para participar de discussões mais abrangentes?

Existe espaço de reunião colegiada entre gestão de SB e profissionais de SB com representantes da Atenção Básica, Atenção Secundária, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e Laboratórios de Prótese para discussão de questões comuns da área odontológica? Como são estas reuniões? Qual a periodicidade? Como os profissionais podem contribuir com a gestão?

A gestão propicia a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal cujos resultados possam direcionar as ações e servir como base para o monitoramento das ações? Quando foi realizado o último levantamento epidemiológico do município? Que informações/indicadores foram coletadas? Foi realizado em parceria com Universidade? Qual previsão do próximo levantamento? Tem relatório para disponibilizar para análise documental?

Como gestor em SB você utiliza os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual, Relatório de Gestão) para orientar o planejamento das ações de saúde bucal? Existem metas ou indicadores de SB no Plano Municipal de Saúde?

A gestão municipal disponibiliza aos profissionais de odontologia e aos demais setores da SMS relatórios de monitoramento das ações clínicas e coletivas de SB nos diversos níveis de atenção? A gestão orienta as equipes quanto ao uso destes relatórios no planejamento local?

A gestão municipal de SB realiza processos de avaliação dos serviços de saúde bucal, de forma institucionalizada ou em parceria com

instituições acadêmicas? Quais? (Exemplos: PMAQ, PROESF, Avaliação da AB em SC).

Como a gestão busca fazer uso dos resultados das avaliações para a tomada de decisões? Tem algum exemplo de decisão tomada com base nos resultados de avaliações?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: ATENÇÃO BÁSICA

Identificação do respondente: Nome, RG, telefone, e-mail.

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até sua atuação nesta equipe?

Qual a composição da equipe, carga horária? Equipe trabalha articula a uma ou duas equipes de SF?

Você conhece a história da comunidade onde a UBS está implantada? Sabe há quanto tempo existe atendimento odontológico nesta unidade? Conhece as características sociais, econômicas e culturais da população da área de abrangência?

Em relação à localização da UBS, é considerada de fácil acesso e localização na área de abrangência?

Você considera o tamanho do consultório odontológico adequado às atividades?

A UBS possui sala específica para limpeza e esterilização dos instrumentais odontológicos?

De maneira geral, como você observa condições gerais de: - acústica, -ventilação, -iluminação, - pisos, paredes e tetos adequados, - instalações hidráulicas e - elétricas dos consultórios odontológicos da UBS? O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por problemas de infraestrutura? Qual o problema? Por quanto tempo?

De maneira geral, os serviços de saúde possuem estrutura adaptada a pessoas com deficiência?

A equipe de SB utiliza, quando necessário, equipamentos e/ou unidades odontológicas móveis/removíveis para atendimentos a pessoas com dificuldade de acesso à UBS? Houve treinamento para o uso do equipamento móvel? Quais grupos populacionais são atendidos? Quais critérios para priorizar estes grupos? Se nunca utilizou, quais os motivos?

A equipe tem à sua disposição instrumentais, equipamentos, insumos e EPI, em quantidade e qualidade suficientes para realização de suas atividades?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por falta de insumos, instrumentais, equipamentos, EPI? Por quanto tempo? Qual o motivo?

A equipe tem à sua disposição, quando necessário, veículo em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, para realizar as atividades externas programadas? Utiliza veículo próprio para realização das atividades?

Como é realizado o agendamento para dentista na UBS? Há algum critério para priorizar o agendamento? Como é definido o modo de agendamento? Equipe SB? Gestão? Comunidades? Equipe SF?

Qual tempo de espera entra o agendamento e o início do tratamento? Qual tempo médio de espera e entre retornos? A consulta é agendada para o período ou tem horário definido?

A equipe de SB faz controle de filas para marcação de consulta? Como é feito este controle? A equipe registra os pacientes que não conseguiram agendamento para chamá-los em caso de abertura de vagas? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea? Como é realizado? Qual horário do acolhimento? Em pacientes de qual faixa etária? Realiza atendimento de urgência? Tem quantidade fixa de vagas de urgência? E os casos que a equipe não consegue resolver no dia?

A equipe realiza atendimento domiciliar? Qual a população priorizada para a AD? As visitas são programadas para os pacientes cadastrados ou ocorrem de acordo com solicitação da família ou equipe? Que ações a equipe de SB realiza nos atendimentos domiciliares?

A equipe realiza atendimento em âmbito escolar, com auxílio de UMO, equipamento portátil ou uso de técnica de TRA? Que atividades são realizadas? Coletivas e clínicas?

A equipe realiza atendimento fora do consultório para populações institucionalizadas, com dificuldade de acesso à UBS? Que atividades são realizadas? Coletivas e clínicas?

Qual a faixa etária da maioria dos pacientes atendidos?

Qual % da carga horária semanal destinada a atendimento clínico? Qual % da carga horária da equipe destinada a atividades coletivas e ações estruturantes (reuniões de equipe, discussão de casos, etc)?

Quanto pacientes agendados por período?

A equipe busca ampliar o escopo de ações curativas na UBS, realizando de procedimentos mais complexos na AB? Quais procedimentos? Exemplos: pulpotomias, endodontia de unirradicular, biópsia em lesões de mucosa, moldagem e instalação de prótese.

Você realiza biópsia na UBS? Por que?

Há grupos prioritários para o atendimento clínico? Como a equipe programa o agendamento de grupos prioritários? Com base em dados epidemiológicos? Que grupos estão atualmente priorizados? Que atividades são realizadas? Clínicas e coletivas?

Como é a organização do atendimento de gestantes? É realizada busca ativa de gestantes para atendimento odontológico?

Como é a organização do atendimento de idosos? É realizada busca ativa de idosos para atendimento odontológico?

Como é a organização do atendimento de pessoas com doenças crônicas (HAS, DBT)? É realizada busca ativa de pessoas com DBT para atendimento odontológico?

Qual o grupo populacional com maior dificuldade para agendamento de consultas odontológicas? A equipe de SB tem estratégias para facilitar o acesso deste grupo?

Em caso de TSB, que atividades clínicas realiza? O ASB/TSB tem curso na área?

Os Agentes Comunitários de Saúde estão integrados à Equipe de SB? Como? Que atividades realizam junto à equipe de SB? Exemplos: agendamento, busca ativa, orientações, participação nas atividades coletivas. Identificação de áreas/famílias de risco. ACS foram capacitados pela equipe para atuação em SB?

Como você (CD) organiza o atendimento clínico do paciente? Por hemiarco, sextante? Busca atender menos pacientes e realizar mais procedimentos? Busca atender mais pacientes e realizar menos procedimentos?

O paciente tem retornos garantidos até a conclusão do tratamento?

Utiliza protocolo de atenção a SB de Município? Outro Protocolo de SB do MS? Considera o protocolo atualizado? O protocolo auxilia o profissional?

A equipe de SB acompanha o fluxo do paciente pelos pontos da rede de atenção à saúde? Em todas as especialidades? A equipe acompanha os pacientes com tratamento especializado finalizado através de contrarreferência? Como é o agendamento de retorno da contrarreferência?

A equipe de SB tem acesso às listas de espera para as especialidades ou outras informações relacionadas à regulação? A equipe de SB realiza o monitoramento das listas de espera de pacientes encaminhados para consultas especializadas, procedimentos e exames?

Na equipe, quais profissionais realizam atividades coletivas (educação em saúde, escovação supervisionada, etc)?

A equipe de SB realiza levantamentos epidemiológicos ou de necessidades de tratamento para organizar o atendimento clínico e as atividades coletivas? Que tipo de levantamento? Quando foi realizado o último levantamento? Quem realiza? Tem apoio da Universidade?

A equipe tem alguma forma de acompanhar as pessoas identificadas com necessidade de tratamento (no levantamento epidemiológico), para saber se tiveram acesso ao tratamento odontológico? Como é feito este acompanhamento? É realizada busca ativa?

Que atividades educativas e preventivas a equipe de SB participa da UBS? Qual público-alvo? Quais temas abordados? Qual o tipo de abordagem educacional é realizado? Direitos do usuário? Abordagem participativa/problematizadora? A equipe acolhe temas trazidos pelo grupo? A equipe pergunta para o grupo os temas que eles querem discutir? Qual o cronograma das atividades coletivas na UBS? Quem define o cronograma? EqSB junto com eqSF?

A equipe de SB participa de reuniões junto a instituições e equipamentos sociais no território? Equipe visita as associações/ONGs, fábricas? Traz as necessidades discutidas nos diversos espaços para embasar o planejamento local? A equipe leva para as reuniões intersetoriais suas propostas na área de SB para discuti-las junto à comunidade? Tem algum exemplo?

A equipe de SB realizou territorialização como parte do diagnóstico social da sua área de abrangência? Como foi este momento? Que informações a equipe obteve? Estas informações são utilizadas no planejamento local? Como?

A equipe de SB tem o mapa atualizado da área de abrangência, que permita identificação de áreas e famílias em áreas de risco e vulnerabilidade? Que informações constam no mapa? Qual a periodicidade da atualização do mapa/ informações.

Como é a participação da SB nas reuniões de equipe? Quem da equipe participa? Qual a periodicidade? A reunião de equipe já trouxe mudanças no processo de trabalho da equipe de SB? Quais? Pode dar exemplo?

A equipe de SB trabalha articulada à equipe de SF e NASF? Como é este trabalho? A equipe de Sb participa de reuniões para discussão de caso, matriciamento, cuidado clínico compartilhado? A equipe de SB acompanha os projetos terapêuticos singulares de pacientes tratados em conjunto com ESF e NASF?

A equipe de SB trabalha articulada à equipe de CAPS/Saúde do trabalhador? Como é este trabalho? A equipe de SB participa de reuniões para discussão de caso, matriciamento, cuidado clínico compartilhado?

A equipe de SB trabalha articulada à equipe de CRAS/CREAS? Como é este trabalho? A equipe de SB participa de reuniões para discussão de caso, matriciamento, cuidado clínico compartilhado?

Profissionais do CEO participam de ações coletivas e/ou individuais em parceria com a equipe de SB da AB?

O CD da AB trabalha articulado aos CD do CEO para receber orientações sobre a condução de caso na AB, como forma de matriciamento? Como é este trabalho conjunto? Reuniões? Contato por e-mail/telefone? Comunicação por escrito?

O CD da AB trabalha articulado aos CD da atenção hospitalar para receber orientações sobre a condução de caso na AB, como forma de matriciamento? Como é este trabalho conjunto? Reuniões? Contato por e-mail/telefone? Comunicação por escrito?

Como você considera o seu vínculo com a comunidade? Como você desenvolveu este vínculo? Você considera que a visita domiciliar possa fortalecer o vínculo entre equipe de SB e famílias? Tem alguma experiência para relatar?

Em relação à responsabilização, como a equipe busca dar respostas aos problemas /demandas sentidas e apresentadas pelos pacientes que necessitam de abordagem multiprofissional/multidisciplinar? Tem alguma experiência para relatar?

Em relação à autonomia, que tipo de informações você dá aos pacientes sobre saúde bucal? Você discute com os pacientes as diferentes possibilidades de tratamento? Aceita a utilização de PIC trazidas pelo usuário, desde que tenha comprovação para seu uso? Tem alguma experiência para relatar?

As tecnologias relacionais (vínculo, responsabilização, autonomia, acolhimento) são discutidas em equipe? Quais as dificuldades e facilidades para incorporar as tecnologias relacionais no processo de trabalho da equipe de saúde bucal?

Existe CLS na UBS? A equipe de SB participa de reuniões do CLS ou outras reuniões comunitárias? A equipe foi convidada pelo CLS a participar? Você considera que a participação nas reuniões do CLS aproxima a equipe da comunidade? Tem alguma experiência para relatar?

A equipe de SB disponibiliza canais de comunicação com os usuários para acolhimento de queixas, reclamações, necessidades,

sugestões e outras manifestações? Quais os canais de comunicação com a comunidade? Exemplo: caixa de sugestões, ouvidoria, e-mail, etc. Como e quando a equipe faz a leitura das demandas encaminhadas pela população? A equipe de SB dá retorno, quando possível, às reclamações, críticas, sugestões? Como?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: REGULAÇÃO

Identificação do respondente: Nome, RG, telefone, e-mail.

Endereço, telefone da unidade de saúde.

Horário de funcionamento do setor.

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até sua atuação nesta equipe?

Há quanto tempo este serviço está em funcionamento?

Como funciona o processo de encaminhamento dos pacientes? Para CEO, RX, Prótese e Hospital? Sistema informatizado? Tem protocolo de acesso? Quais os critérios para priorização dos pacientes?

- REGULAÇÃO PARA RX:

Qual o tempo de espera para marcação de consulta?

Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

- REGULAÇÃO PARA CEO CONTINENTE:

Qual o tempo de espera para marcação de consulta em cada uma das especialidades?

Qual o tempo de espera entre o encaminhamento e o agendamento da primeira consulta em cada uma das especialidades?

Tempo de espera entre a marcação e o primeiro atendimento em cada uma das especialidades?

Quantas pessoas são agendadas por mês para início de tratamento em cada especialidade?

O serviço realiza controle das filas e listas de espera? Como é realizado? Há algum critério para priorizar o agendamento? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

O serviço realiza controle das faltas? Como está sendo realizado? Tem apresentado resultado na redução do absenteísmo?

- REGULAÇÃO PARA PRÓTESE:

Qual o tempo de espera para marcação de consulta?

Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

Quantas pessoas são agendadas por mês para início de tratamento?

- REGULAÇÃO PARA HOSPITAIS:

Qual o tempo de espera para marcação de consulta?

Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

Quantas pessoas são agendadas por mês para início de tratamento?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Identificação do respondente: Nome, RG, telefone, e-mail.

Endereço, telefone e CNES da unidade de saúde.

Horário de funcionamento do CEO

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até sua atuação nesta equipe?

Há quanto tempo este serviço está em funcionamento?

Em relação à localização da US, é considerada de fácil acesso e localização no distrito/região?

Você considera o tamanho do consultório odontológico adequado às atividades? Consultórios tem mínimo de 9m²?

A US possui sala específica para limpeza e esterilização dos instrumentais odontológicos? O ASB realiza limpeza e esterilização dos instrumentais dentro do consultório odontológico?

De maneira geral, como o sr. (a) observa condições gerais de: - acústica, -ventilação, -iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, - instalações hidráulicas e - elétricas dos consultórios odontológicos da UBS?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por problemas de infraestrutura? Qual o problema? Por quanto tempo?

De maneira geral, o serviço de saúde possui estrutura adaptada a pessoas com deficiência?

CEO possui sala de reuniões disponível?

A equipe tem à sua disposição instrumentais, equipamentos, insumos e EPI, em quantidade e qualidade suficientes para realização de suas atividades?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por falta de insumos, instrumentais, equipamentos, EPI? Por quanto tempo? Qual o motivo?

Quais as especialidades ofertadas neste CEO?

O agendamento é realizado em horário definido ou no turno? Qual o tempo de espera no dia da consulta?

Qual o tempo de espera entre retornos para cada uma das especialidades?

O CEO atende em horários flexíveis/alternativos? Quais dias/horários? Quantas vezes por semana/mês?

Qual a composição da equipe do CEO?

Qual a carga horária semanal dos profissionais das diferentes especialidades?

Qual a carga horária semanal dos ASB/TSB?

Qual a forma de contratação dos profissionais?

Qual a faixa etária dos pacientes atendidos? Crianças: em cada especialidade ou na Odontopediatria?

O serviço tem protocolo de atendimento clínico de SB?

Quantas consultas iniciais por mês são realizadas em cada especialidade? Em média, quantas consultas de retorno?

O número de vagas ofertadas nas especialidades é periodicamente revisto, conforme a demanda?

Existe cota por unidade de saúde? Ou por equipe de SB? Tem como remanejar estas cotas? Qual critério para definição destas cotas, epidemiológico ou demográfico?

CEO é de referência regional ou municipal? Qual o % de cumprimento das cotas pactuadas com os municípios? Tem como remanejar estas cotas? Qual critério para definição destas cotas, epidemiológico ou demográfico?

As especialidades mínimas cumpriram a meta de produção em todos os meses de 2015?

Quais especialidades cumprem regularmente as metas de produção?

Houve cumprimento da meta de 20% de endodontia em molares em todos os meses de 2015?

Houve cumprimento da meta de 50% de procedimentos básicos na especialidade de pacientes especiais em todos os meses de 2015?

Quais as dificuldades para cumprimento das metas?

É possível realizar o encaminhamento entre as especialidades, quando necessário?

Como é realizada a contrarreferência para a AB?

Na especialidade de endodontia, a restauração final é feita no CEO ou encaminhada pra UBS?

O serviço realiza controle das filas e listas de espera? Como é realizado? Há algum critério para priorizar o agendamento? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

Qual o % de absenteísmo do serviço? Quais as principais causas? Que estratégias o serviço utiliza para o controle da agenda e

confirmação dos pacientes? Tem sido suficiente para redução do absenteísmo?

Como funciona o processo de encaminhamento dos pacientes para a AS? Sistema informatizado? Tem protocolo de acesso? Quais os critérios para priorização dos pacientes?

Qual o tempo de espera para marcação de consulta em cada uma das especialidades? Qual o tempo de espera entre o encaminhamento e o agendamento da primeira consulta?

Tempo de espera entre a marcação e o primeiro atendimento em cada uma das especialidades?

O serviço realiza controle das filas e listas de espera? Como é realizado? Há algum critério para priorizar o agendamento? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

Este serviço oferta prótese dentária? Que tipos de prótese dentária são ofertados? Existe um mínimo de moldagens para enviar ao laboratório? Quantas próteses/mês são ofertadas? Qual a faixa de produção pactuada? O serviço cumpriu, em 2015, a meta de produção de próteses dentárias? Caso não tenha cumprido, quais as dificuldades? Quantas consultas, em média, para confecção da prótese?

A equipe especializada de SB realiza alguma forma de trabalho conjunto com equipes de SB da AB? Como acontece esta integração? Reuniões presenciais? Mensagens eletrônicas? Prontuário eletrônico compartilhado?

Em alguma especialidade o CD especialista tem contato com o CD da AB para orientar a condução do caso na AB, como forma de matriciamento? Quais especialidades? Como é realizado o matriciamento?

Em alguma especialidade o CD especialista tem contato com o CD do Hospital para orientar a condução do caso no CEO, como forma de matriciamento? Quais especialidades? Como é realizado o matriciamento? Existe protocolo?

Qual a condução em casos de CA de boca? Quando é encaminhando para hospital?

Os CD do CEO participam de reuniões de equipe para discussão conjunta de casos e troca de informações/conhecimento?

Os CD do CEO participam de reuniões com profissionais de saúde de outras categorias, de diferentes níveis de atenção, para discussão conjunta de casos e troca de informações/conhecimento? Exemplo: Reunião com médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc...

O serviço disponibiliza canais de comunicação com os usuários para acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e

outras manifestações? Quais os canais de comunicação com a comunidade? Exemplo: caixa de sugestões, ouvidoria, e-mail, etc. Como e quando a equipe faz a leitura das demandas encaminhadas pela população? A equipe de SB dá retorno, quando possível, às reclamações, críticas, sugestões? Como?

Como realizar a abordagem integral dos indivíduos na Atenção Especializada?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Identificação do respondente: Nome, RG, telefone, e-mail.

CNES da unidade de saúde.

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até sua atuação nesta equipe?

Há quanto tempo funciona este serviço de urgência e emergência?

Qual a composição da equipe, carga horária?

Como é a escala de horários das equipes de SB?

Qual a forma de contratação dos profissionais?

Em relação à localização da US, é considerado de fácil acesso e localização no distrito/região?

De maneira geral, como o você observa as condições gerais acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas do ambulatório odontológico da UPA?

De maneira geral, a UPA possui estrutura adaptada a pessoas com deficiência?

A UPA possui placas de identificação dos serviços disponibilizados? Os fluxos dentro da unidade são sinalizados?

A UPA possui sala de reuniões disponível?

A equipe tem à sua disposição instrumentais, equipamentos, insumos e EPI, em quantidade e qualidade suficientes para realização de suas atividades?

O atendimento odontológico da UPA funciona 24h, todos os dias da semana?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por falta de insumos/instrumentais/equipamentos/EPI?

Que procedimentos odontológicos são realizados neste serviço de urgência/emergência?

A equipe utiliza algum tipo de protocolo de classificação de risco?

Quem realiza a classificação de risco/triagem inicial? CD? ASB? Tec. Enfermagem? Enfermeiro?

Onde é realizada a classificação de risco/triagem inicial?

Qual o tempo de espera médio para a classificação de risco/triagem inicial do paciente?

Após a classificação de risco, qual o tempo de espera médio para o atendimento? Qual o tempo máximo de espera?

A equipe realiza alguma forma de controle/ monitoramento da demanda da unidade?

Quais os dias da semana e períodos do dia de maior demanda?

Quais os principais motivos para procura de serviços de urgência em SB?

A gestão percebe que a demanda reprimida da AB acaba sendo atendida pelos serviços de urgência?

Qual o perfil dos usuários dos serviços odontológicos da UPA?

Este serviço é referência para atendimento odontológico de urgência para turistas?

Como é a relação da UPA com a AB? Existe possibilidade de CD da UPA encaminhar pacientes com prioridade de atendimento para AB? Em que situações? Como é realizado este encaminhamento?

Como é a relação da UPA com o CEO? Existe possibilidade do CD da UPA encaminhar pacientes com prioridade de atendimento para o CEO? Em que situações? Como é realizado este encaminhamento?

O CD da UPA pode encaminhar pacientes com lesões de mucosa diretamente para o CEO, na especialidade de estomatologia, endodontia, prótese, por exemplo?

Como é a relação do CD da UPA com a AH? Existe possibilidade de encaminhar pacientes para AH? Em que situações? Como é realizado este encaminhamento?

O serviço de urgência e emergência pode encaminhar pacientes com traumas de maior gravidade para hospitais com serviço de cirurgia BMF, por exemplo?

Através do prontuário eletrônico é possível investigar o fluxo do paciente na rede, se o paciente teve acesso a tratamento na AB, se foi encaminhado para tratamento no CEO?

Como lidar com o caso de pacientes que são usuários frequentes do serviço de urgência e emergência?

O CD da UPA orienta o paciente sobre a importância do tratamento concluído na AB/AE?

Quais as principais causas, relatadas pelos pacientes, para o uso frequente dos serviços de saúde bucal da UPA?

O serviço disponibiliza canais de comunicação com os usuários para acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações?

Como e quando a equipe faz a leitura das demandas encaminhadas pela população? A equipe de SB dá retorno, quando possível, às reclamações, críticas, sugestões? Como?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

É possível realizar a abordagem integral dos indivíduos na Atenção de Urgência e Emergência?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: ATENÇÃO HOSPITALAR

Identificação do respondente: Nome, RG, telefone, e-mail.

Endereço, telefone e CNES da unidade de saúde.

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até sua atuação nesta equipe?

Há quanto tempo este serviço está em funcionamento?

Horário de funcionamento do serviço hospitalar?

Quais as principais atividades de saúde bucal realizadas neste serviço?

Em relação à localização do hospital, é considerada de fácil acesso e localização? O núcleo de SB, dentro do hospital, é considerado de fácil acesso?

Você considera o tamanho do consultório odontológico adequado às atividades? Consultórios tem mínimo de 9m²?

De maneira geral, como o Sr. (a) observa condições gerais de: - acústica, -ventilação, -iluminação, - pisos,- paredes e tetos adequados, - instalações hidráulicas e - elétricas do(s) consultório(s)?

Onde e quem realiza a limpeza e esterilização dos instrumentais odontológicos? Técnico de Enfermagem? ASB?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por problemas de infraestrutura? Qual o problema? Por quanto tempo?

De maneira geral, o serviço de saúde possui estrutura adaptada para o atendimento de pessoas com deficiência?

Hospital possui sala de reuniões disponível para a equipe de SB?

A equipe tem à sua disposição instrumentais, equipamentos, insumos e EPI, em quantidade e qualidade suficientes para realização de suas atividades?

O atendimento odontológico foi interrompido em 2015 por falta de insumos, instrumentais, equipamentos, EPI? Por quanto tempo? Qual o motivo?

Como é o processo de encaminhamento dos pacientes para o serviço? Através de sistema de regulação? Como é realizado o agendamento dos pacientes?

Quantas vagas são ofertadas por dia/semana?

Qual o critério de priorização dos pacientes agendados? Tem protocolo de acesso?

Serviço de referência regional? Há pactuação do número de vagas ou cotas para os diferentes municípios ou regiões?

O serviço realiza controle das filas e listas de espera? Como é realizado? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

Qual o tempo de espera entre o encaminhamento e a consulta inicial?

O agendamento é realizado em horário definido ou no turno? Qual o tempo de espera no dia da consulta?

Há agendamento para as consultas de retorno? Qual o tempo de espera entre retornos? Em média, quantas consultas de retorno?

Qual a composição da equipe?

Quais especialidades compõem o núcleo de odontologia hospitalar? CBMF, Estomatologia, Pacientes Especiais.

Tem ASB? TSB?

Sabe informar a carga horária semanal de cada serviço?

Qual a forma de contratação dos profissionais?

O serviço utiliza algum protocolo de atendimento clínico?

Tem prontuário eletrônico compartilhado?

É realizada a contrarreferência para a AB? Como?

Qual o % de absenteísmo do serviço? Quais as principais causas? Que estratégias o serviço utiliza para o controle da agenda e confirmação dos pacientes? Tem sido suficiente para redução do absenteísmo?

O serviço realiza controle das filas e listas de espera? Como é realizado? Atualmente quantas pessoas estão em lista de espera?

O serviço realiza alguma forma de monitoramento da produção: nº de pacientes atendidos, nº de procedimentos realizados, para subsidiar o planejamento? Tem algum relatório de produção que possa fornecer, para análise documental?

Qual a condução em casos de CA de boca?

Neste hospital é feito o tratamento (cirúrgico e clínico) de pacientes com fissura labiopalatal? Que ações são realizadas? Como é o protocolo de atenção?

O CD do serviço hospitalar tem contato com o CD da AB para orientar a condução do caso na AB, como forma de matriciamento? Como é realizado o matriciamento? Reuniões presenciais? Mensagens eletrônicas? Prontuário eletrônico compartilhado?

O CD do serviço hospitalar tem contato com os CD dos CEO para orientar a condução de casos como forma de matriciamento? Reuniões presenciais? Mensagens eletrônicas? Prontuário eletrônico compartilhado?

Os CD serviço hospitalar participam de reuniões de equipe para discussão conjunta de casos e troca de informações/conhecimento?

Os CD do serviço hospitalar de SB participam de reuniões com profissionais de saúde de outras categorias, de diferentes níveis de atenção, para discussão conjunta de casos e troca de informações/conhecimento? Exemplo: Reunião com médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

O serviço disponibiliza canais de comunicação com os usuários para acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações? Quais os canais de comunicação com a comunidade? Exemplo: caixa de sugestões, ouvidoria, e-mail, etc. Como e quando a equipe faz a leitura das demandas encaminhadas pela população? A equipe de SB dá retorno, quando possível, às reclamações, críticas, sugestões? Como?

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

Tem algum documento, protocolo, que possa fornecer para análise documental?

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Maria Cristina Marino Calvo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44345315.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.183.105

Data da Relatoria: 27/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFSC que visa "analisar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde bucal na perspectiva da universalidade do acesso e integralidade da atenção". A coleta de dados será feita com 7 participantes, "através de entrevista semi-estruturada com o coordenador de saúde bucal do município e cirurgiões-dentistas dos serviços indicados por ele. Além disso, serão coletados dados secundários no Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS, de acesso público. Também será realizada análise documental de material disponibilizado pelo gestor de saúde bucal do município e observação direta dos serviços participantes da pesquisa".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde bucal na perspectiva da universalidade do acesso e integralidade na capital do estado de Santa Catarina.

Objetivos Secundários:

- Descrever, no município de Florianópolis, as ações e serviços da atenção à saúde bucal e de que maneira estão organizados;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.183.105

- Identificar, no município de Florianópolis, como se dá o acesso às ações e serviços de saúde bucal;
- Identificar características dos contextos locais - políticos, sociais, históricos, epidemiológicos e de organização dos serviços de saúde bucal, que favorecem o alcance do acesso universal e atenção integral;
- Localizar, no município de Florianópolis, as principais dificuldades para a garantia do acesso universal e atenção integral à saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi feita a previsão de riscos do estudo, de acordo com a legislação vigente.

No que se refere aos benefícios do estudo observa-se que "relacionam-se à possibilidade do respondente compartilhar conhecimentos, dificuldades e experiências exitosas no campo da saúde bucal coletiva, de forma a contribuir para a qualificação da atenção pública odontológica na região e no país".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente. O TCLE foi revisado nos seguintes aspectos: foram acrescentadas informações sobre a garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa (ver item IV.3-h da Resolução 466/12); foi acrescentado, ao final do TCLE, espaço para a assinatura do pesquisador responsável.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "UNIVERSALIDADE DO ACESSO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vítor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.183.105

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 2: Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 34/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 18 de janeiro de 2016.

Prezado(a),

Informamos que a pesquisa "**Universalidade do acesso e integralidade na atenção à saúde bucal**", da pesquisadora responsável **MANOELA DE LEON NOBREGA RESES** foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e está **aprovada** para execução na Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisadora irá entrevistar, inicialmente, a coordenadora de saúde bucal do município, respeitando a autonomia da mesma e a disponibilidade do serviço. Após entrevista, serão indicados outros participantes do estudo, devendo a pesquisadora comunicar o Setor de Educação em Saúde para liberação de novo ofício e informe às respectivas Unidades de Saúde.

O período autorizado para os contatos e coleta de dados é de 18/01/2016 a 18/07/2016. Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Melissa Costa Santos
Setor de Educação em Saúde
Município de São José

Melissa Costa Santos
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas
Setor de Educação em Saúde

Ilustríssima Senhora
MANOELA DE LEON NOBREGA RESES
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaemsaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593