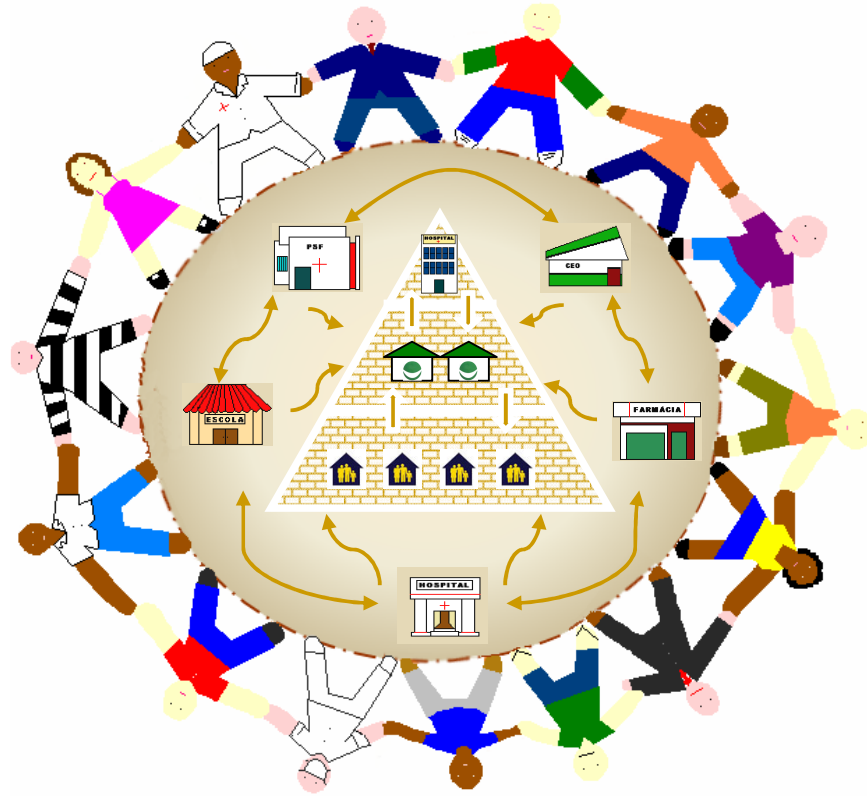


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL



Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade

Natal/ RN
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ezilda Medeiros

**OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO SUPORTE
DA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Social.

Professora Orientadora: Dra. Elizabete Cristina Fagundes de Souza.

Natal/RN

2007

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Setorial de Odontologia

Medeiros, Ezilda.

Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade / Ezilda Medeiros. – Natal, RN, 2007. 157f.

Orientadora: Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social.

1. Assistência Integral à Saúde – Dissertação. 2. Avaliação em Saúde – Dissertação. 3. Serviços de Saúde – Dissertação. 4. Programa Saúde da Família – Dissertação. I. Souza, Elizabethe Cristina Fagundes de. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D585

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas filhas, Thais e Thamy, que têm sido companheiras incansáveis nesta viagem pela vida. A nossa cumplicidade, os acertos e erros, a aprendizagem contínua que experienciamos, o respeito mútuo e a pureza de alma que vocês conseguem preservar são, para mim, fonte inesgotável de inspiração, perseverança e fé na humanidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para seguir o caminho que almejo na vida, conseguindo ultrapassar as barreiras sem esmorecer, numa determinação que ao final só me traz satisfação e alegria.

À minha família que foi a base do meu crescimento pessoal e profissional. Com meus pais e irmãos aprendi lições fundamentais para seguir na vida, como honestidade, humildade, caráter, respeito ao próximo e a busca pelo saber, estimulada constantemente como a melhor forma de alcançar uma vida digna.

A Nina, pelo cuidado dispensado às meninas e por administrar a vida doméstica, com tamanha dedicação, durante todas as minhas ausências.

A Ione, chefe de Recursos Humanos da FUNASA, responsável pela viabilização do meu afastamento, apesar de todos os empecilhos enfrentados. Sou muito grata a você pelo apoio e empenho incondicionais dedicados a esta causa, que parecia ser só minha.

À minha orientadora, Betinha, com quem pude desfrutar momentos valiosos de conhecimento, compreensão, generosidade, simplicidade e postura ética. Obrigada pela solidariedade dispensada, especialmente nos momentos difíceis, em que deixou a sensibilidade e afetuosidade falarem mais alto, acolhendo tão bem. Isto só fez crescer a admiração e estima que tenho por você. Agradeço ainda pela confiança depositada em mim, pelas orientações, que sempre provocaram reflexões e redundaram em qualidade no trabalho, e por tudo que conseguimos produzir juntas durante todo este período.

Aos professores do mestrado e aos professores convidados, pelo empenho dispensado às aulas, sempre colocadas com muita seriedade e disposição em dar o melhor de si, e pela forma democrática com que conduziram os trabalhos durante o período letivo. Sinto-me grata a vocês pelos novos conhecimentos adquiridos e por aguçarem em mim a vontade de continuar na busca pelo conhecimento.

Aos professores Angelo e Maurício, pelas contribuições colocadas durante a qualificação, que me fizeram ampliar o olhar sobre o trabalho.

Aos funcionários da Preventiva, solícitos às nossas necessidades, especialmente, a Sandra e a Neusa, pela forma calorosa com que nos recebiam.

Ao pessoal da biblioteca, sempre gentis e dispostos a ajudar, particularmente, a Cecília, que com seu jeito simples e paciente descomplicava as dúvidas, mostrando-se competente e solidária.

Aos alunos da graduação, que em algum momento participaram da construção do trabalho, como: Liana, Emeline, Flávio e Ana Clara. Muito obrigada pela disponibilidade de tempo oferecido à concretização deste projeto.

A Emanuelle, especialmente, pela disposição em ajudar e interesse em aprender, cada vez que tinha contato com o material empírico, suscitando discussões que auxiliaram à compreensão da realidade estudada.

Aos meus colegas do mestrado, pela oportunidade da convivência harmoniosa e de trocas produtivas durante todo o curso, especialmente àqueles com quem pude desfrutar da companhia numa constância maior e estreitar laços de amizade.

Aos amigos que estiveram ao meu lado, em alguma fase dessa trajetória, proporcionando momentos de descontração e alegria, contribuindo para que a vida tivesse mais brilho e leveza.

A todos os participantes voluntários do estudo, gestores, usuários e profissionais, que me receberam tão bem e se dispuseram a contribuir, destituídos de quaisquer interesses imediatos, entendendo que o propósito final seria colaborar para a melhoria dos serviços públicos de saúde, de interesse coletivo.

RESUMO

A prestação de serviços odontológicos públicos no Brasil restringiu-se, praticamente, à atenção básica, de modo que os serviços especializados representaram, até 2002, não mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos. Essa baixa oferta revela o comprometimento da continuidade da atenção, isto é, a integralidade no âmbito assistencial, e do próprio sistema de referência e contra-referência. O Brasil Sorridente busca suprir essas necessidades ao propor os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para compor os serviços de média complexidade. Em 2005, o Ministério da Saúde habilitou os três CEOs de Natal, localizados nos Distritos Sanitários Norte II, Leste e Oeste. Esta investigação avaliou a implantação destes CEOs, como suporte das equipes de saúde da família, na perspectiva de organização dos serviços em redes assistenciais no município de Natal/RN. Tratou-se de um estudo de avaliação, com abordagem qualitativa, tendo alguns dados quantitativos como aporte. Foram entrevistados dentistas, usuários e gestores para identificar e compreender suas percepções, suas relações e suas experiências no cotidiano dos serviços. A base conceitual que norteou a investigação foi o princípio da integralidade, no seu sentido operacional da hierarquização dos níveis de atenção à saúde. A coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental, observação direta e entrevista semi-estruturada. A análise foi realizada por triangulação do conteúdo extraído das técnicas utilizadas e de fontes de depoimentos dos grupos entrevistados, buscando apoio teórico-conceitual em bibliografia específica. Os resultados apontaram aspectos que se distanciam da integralidade como: baixa resolução de problemas na rede básica; pouca valorização do espaço nas Unidades de Saúde; modelos tradicionais de acesso aos serviços; oferta insuficiente para algumas especialidades, comprometendo o sistema de referência e contra-referência; práticas centradas em procedimentos no CEO; encaminhamentos burocráticos da atenção básica à especializada; sistema desintegrado e desarticulado entre níveis de atenção; desrespeito ao protocolo municipal. Por outro lado, há uma aproximação da integralidade em situações como: aumento do acesso e cobertura na Estratégia Saúde da Família (ESF); maior aproximação entre profissional e usuário; tendência ao crescimento quantitativo e qualitativo de ações especializadas; iniciativas pontuais de relações entre níveis; existência de protocolo para orientar profissionais.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The public dental services in Brazil were limited, practically, to the basic care, so that the specialized services acted, up to 2002, no more than 3,5% of the total of clinical procedures. That lower offer reveals the difficulty of continuity of the attention, that is, the comprehensiveness in the assistance, particularly, the reference and counter-reference system. Brasil Sorridente search to supply those needs when proposing Speciality Dental's Centers (CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas, Brazil) to compose the services of average complexity. In 2005, Ministry of Health enabled the three CEOs of Natal, located in the North II, East and West Sanitary Districts. This investigation evaluated the implantation of these CEOs, as support of the family health care teams, in the perspective of organization of the services in assistencial nets in Natal/RN. It was a study of evaluation, with qualitative approach and some quantitative data as contribution. Dentists, users and managers were interviewed to identify and to understand their perceptions, relationships and experiences in the daily of the services. The conceptual base that orientated the investigation was the principle of comprehensiveness, in its operational sense of the hierarchization in health attention levels. The collection of data was done with documental research, direct observation and semi-structured interview. The analysis was accomplished by triangulation of the extracted content from the used techniques and sources of interviewed groups depositions, looking for theoretical-conceptual support in specific bibliography. The results pointed aspects that go away from the comprehensiveness like: low resolution of problems in the basic net; little valorization of the space in the health units; traditional models of access to health services, insufficient offer for some specialties, compromising the reference and counter-reference system; practices centered in procedures in the CEO; bureaucratic directions from basic care to the specialized service; disintegrated and disjointed system among levels of attention; disrespect to the municipal protocol. On the other hand, there is an approach of comprehensiveness in situations like: increase of the access and covering in the Family Health Strategy (ESF – Estratégia Saúde da Família, Brazil); larger approach between professional and user; tendency to the quantitative and qualitative growth of specialized actions; punctual initiatives of relationships among levels; existence of protocol to guide professionals.

Key words: Comprehensive Health Care; Evaluation in Health; Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Equipes de Saúde Bucal implantadas na ESF entre 2001 e 2006, Brasil. 2007.....	24
Figura 2. Mapa de Natal com Distritos Sanitários, Bairros e Unidades de Saúde. Natal, RN. 2006.....	39
Figura 3. Mapa mostrando a divisão do Distrito Sanitário Norte em DSN I e DSN II. Natal, RN. 2006.....	41
Figura 4. Sala de radiologia do CEO “B” exibindo paredes em condições precárias. Natal, RN. 2006.....	54
Figura 5. Sala de endodontia do CEO “B” com cartazes no teto para camuflar o mofo. Natal, RN. 2006.....	54
Figura 6. Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo a formação profissional nos CEOs de Natal, RN. 2006.....	60
Figura 7. Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o recebimento ou não da Gratificação de Especialidades Odontológicas - GEO - nos CEOs de Natal, RN. 2006.....	62
Figura 8. Distribuição de procedimentos odontológicos básicos e especializados entre 2000 e 2006 (outubro). Natal, RN. 2006.....	65
Figura 9. Comparação dos valores do indicador 27, referente ao Pacto de Atenção Básica 2006, entre Natal e a média brasileira, por ano. Natal, RN. 2006 (outubro).....	67
Figura 10. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO “A”. Natal, RN. 2006 (outubro).....	68
Figura 11. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO “B”. Natal, RN. 2006 (outubro).....	68
Figura 12. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO “C”. Natal, RN. 2006 (outubro).....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas por regiões do Brasil, junho (2006).....	25
Quadro 2. Distribuição do espaço físico do CEO “A” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.....	50
Quadro 3. Distribuição do espaço físico do CEO “B” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.....	53
Quadro 4. Distribuição do espaço físico do CEO “C” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.....	56
Quadro 5. Distribuição das logomarcas do Brasil Sorridente, segundo a localização, a presença e o CEO. Natal, RN. 2006.....	57
Quadro 6. Distribuição dos principais equipamentos utilizados nos CEOs segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.....	59
Quadro 7. Número de cirurgiões-dentistas, segundo especialidades e CEOs. Natal, RN. 2006.....	60
Quadro 8. Distribuição de valores do indicador 27 referente ao Pacto de Atenção Básica 2006, segundo ano. Natal, RN. 2006.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atensão Básica

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APNE – Atensão a Pacientes com Necessidades Especiais

CD – Cirurgião-Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DAB – Departamento de Atensão Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DSL – Distrito Sanitário Leste

DSN – Distrito Sanitário Norte

DSO – Distrito Sanitário Oeste

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FDI – Federação Dentária Internacional

GEO – Gratificação de Especialidades Odontológicas

GM – Gabinete Ministerial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNH – Política Nacional de Humanização

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

SESAP – Secretaria de Estado da Saúde

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD – Técnico de Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – O BRASIL SORRIDENTE – E OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM NATAL/ RN	21
1.1 Adesão do município de Natal ao Brasil Sorridente e habilitação dos CEOs.....	26
1.2 A oferta de especialidades nos CEOs e os resultados do SB Brasil 2003.....	29
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
2.1 Caracterização do estudo.....	36
2.2 Lugar da pesquisa.....	39
2.2.1 Unidades do estudo e seleção do caso.....	40
2.3 Seleção de entrevistados.....	42
2.4 Técnicas e instrumentos de pesquisa.....	44
2.5 Análise dos dados.....	46
2.6 Aspectos éticos.....	47
3 CARACTERIZAÇÃO DOS CEOs DE NATAL/ RN: contribuição para uma avaliação normativa	48
3.1 Espaço físico das unidades.....	49
3.2 Equipamentos, instrumentais e materiais disponíveis nos CEOs.....	58
3.3 Quadro de profissionais.....	59
3.4 Atividades odontológicas desenvolvidas nos CEOs.....	63
3.5 Metas de produtividade.....	64
3.6 Agendamento da demanda nos CEOs.....	69
4 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE REDES ASSISTENCIAIS	71

4.1 Organização de serviços de saúde e fluxos assistenciais: dos níveis hierárquicos às redes horizontais.....	77
4.1.1 O Sistema de Referência e Contra-referência na rede assistencial odontológica.....	83
4.2 A USF e o CEO: portas que se abrem e se fecham à atenção em saúde bucal.....	94
5 DENTRO E FORA DO CEO: um foco na organização do trabalho em saúde bucal.....	107
5.1 Caminhos para chegar ao CEO: questões de acesso e acessibilidade nos serviços de saúde.....	113
5.1.1 Relação entre oferta de especialidades no CEO e problemas demandados pelos usuários.....	122
5.2 Acolhimento e vínculo na USF e no CEO: questões da relação profissional-usuário.....	129
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES	
ANEXO	



Atendimento no CEO

“Mais do que máquinas,
precisamos de humanidade ”

(Charles Chaplin)

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A realidade de saúde bucal da população brasileira, especialmente em seus problemas mais prevalentes, ainda não atingiu o patamar satisfatório preconizado por organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI). Levantamentos epidemiológicos oficiais do país apontam para a redução na experiência de cárie aos 12 anos, considerada internacionalmente o indicador de saúde bucal, porém, a maioria da população ainda padece do problema e de suas seqüelas, que crescem de forma acelerada nas faixas etárias adultas.

Os serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizaram-se pela predominância da oferta de ações curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolveu ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, enquanto adultos e idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente, mutiladores. As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são considerados sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas, em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais ⁵¹.

Somente no final da década de 1970, iniciam-se esforços para superar a dicotomia histórica presente nas instituições públicas de saúde – ações de assistência e ações de saúde pública. As primeiras, no âmbito do Ministério da Previdência Social, via INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), e as segundas, via Ministério da Saúde. O SUS configura-se na proposta que mais claramente estabeleceu princípios doutrinários e diretrizes organizativas para integração das ações de saúde em um único Sistema.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade talvez seja o menos visível na trajetória do Sistema e de suas práticas. Para Mattos ³⁸, as mudanças ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade almejada. Por isso, é oportuno dedicar maior atenção ao exame de experiências, em sua maioria localizadas, que transformam as práticas em sua direção. Há que reconhecê-las, analisar as condições que tornaram possível sua emergência, refletir sobre os potenciais e os limites de sua difusão.

Em detrimento ao caráter polissêmico que o termo integralidade possua, conceitos remetem-na à organização dos serviços por meio de redes assistenciais, em que se reconhece a interdependência dos atores e organizações envolvidas, por constatar que nenhuma delas possui todos os recursos e competências necessárias à resolução dos problemas da população³⁶.

Em relação à dimensão organizativa dos serviços, Teixeira^{95, 96} acredita que a modificação nas proporções entre os diversos níveis de produção dos serviços ou o estabelecimento de relações hierárquicas (referência e contra-referência) entre unidades de diferentes complexidades tecnológicas, ainda que sejam estratégias de racionalização de custos, podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. No entanto, somente mudanças estruturais não garantem uma relação profissional-usuário sob novos parâmetros de trabalho, no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, na construção de processos comprometidos com o cuidado e a cura dos usuários²⁶.

A produção de atos nem sempre resulta em produção de saúde de fato, uma vez que esta pode ser “procedimento centrado” e não “usuário centrado”. Por sua vez, os processos de trabalho são, em geral, organizados sob a lógica flexneriana, que fixa o profissional a etapas do projeto terapêutico alienando-os do próprio objeto de trabalho. Assim sendo, o vínculo articulado ao acolhimento coloca-se como diretriz capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional no cuidado aos usuários²³.

O modelo piramidal, hierarquizado, é preponderante na operacionalização de serviços de saúde integrais no SUS. Para Cecílio¹⁴, ele representa a possibilidade de racionalizar o atendimento, de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados, a partir de um fluxo ordenado de usuários, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência. Segundo Pinheiro⁶⁶, necessita-se muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de usuários, informações gerenciais ou tecnocientíficas para que o sistema funcione. Deverão ser difundidos conhecimentos para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelos serviços de saúde local e repensar os fluxos de forma mais flexível, capazes de garantir acesso às tecnologias necessárias à assistência.

Para a organização do modelo de atenção, pensou-se na imagem da linha de produção do cuidado (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso) que parta da rede básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema para os diversos níveis assistenciais, sendo contemplada também pela atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Os fluxos devem levar a ações resolutivas pelas equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, e implica em acesso irrestrito, onde o usuário sente-se parte do serviço e influi em seu andamento. A linha do cuidado implica, portanto, num redirecionamento do processo de trabalho cujo trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes⁵² e expressa também a idéia de múltiplas conexões, numa lógica de rede que não hierarquiza ou direciona fluxos, mas, que acontece pela ação de trabalhadores nas relações estabelecidas com o outro²².

A elaboração da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inicia-se em meio a uma nova conjuntura política, a partir de 2003, com o intuito de resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. Sendo necessário, ainda, que essa política expresse sua construção interligada radicalmente à conformação do Sistema Único de Saúde, que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social⁵¹.

Os resultados da pesquisa epidemiológica sobre condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil, 2003 – evidenciaram a necessidade da organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica, uma vez que apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos⁵⁵.

No cotidiano dos serviços confirmamos esses dados por nos depararmos, freqüentemente, com necessidades de usuários, em que as tecnologias disponíveis tornam-se insuficientes para resolver os problemas por si mesmas. Não estamos falando de tecnologias relacionais, que permeiam as práticas de saúde em qualquer nível assistencial, mas daquelas que requerem saberes e equipamentos/instrumentos apropriados para dar a melhor solução ao caso. Quando isso acontece, inicia-se uma verdadeira peregrinação para dar seguimento ao tratamento, pela dificuldade de conexão com unidades de saúde que ofereçam ações de maior densidade tecnológica, até porque sempre foram escassas.

As alternativas que dispunham os usuários traziam transtornos às suas vidas, com desperdício de tempo, longas esperas e a frustração da não resolução, pois se aventuravam por caminhos incertos, a partir de suas necessidades, para estabelecer, por conta própria, uma atenção integral que o sistema de serviços de saúde não lhes oferecia. Esta situação gerou em mim inquietação, pela sensação de estar operando o cuidado pela metade, mesmo que pensasse, às vezes, ter feito a minha parte ou tudo que estivesse ao meu alcance. Era certo que, a partir do esgotamento dos recursos que dispunha para solucionar casos mais complexos, o usuário ficaria exposto à própria sorte. Neste caso, a responsabilidade também soa de forma limitada, tanto com o usuário, que deveria ter a garantia da atenção integral, minimamente em seu atendimento, quanto com os serviços, dos quais somos representantes legítimos e responsáveis por operar mudanças no modo de produzir saúde aos usuários.

Quando a “propaganda” sobre os CEOs foi alardeada na mídia, chamou a atenção e despertou em mim curiosidade, porque poderia representar a parte que faltava para compor os “projetos terapêuticos” que estabelecia para os usuários. Daí, foi o primeiro problema que me veio à cabeça quando precisei escolher o tema a pesquisar. Havia um interesse em ver de perto se a proposta de conformar redes em diferentes níveis de complexidade, de forma integrada, passara a ser uma realidade dentro dos serviços odontológicos ou se era mera ilusão.

Um dos estudos que me serviu de referência foi realizado por Franco e Magalhães Júnior²⁴ em Belo Horizonte, sobre integralidade na assistência à saúde, voltado para a área médica. Os autores deixam claro ser a média e alta complexidade, em geral, um ponto de estrangulamento importante nos serviços de saúde, por existir uma grande demanda por estes recursos assistenciais, e não se conseguir responder adequadamente, gerando longas filas de espera para alguns procedimentos. Sob o ponto de vista dos fluxos assistenciais, os autores imputam às equipes da atenção básica a responsabilidade pelo cuidado e acompanhamento ao usuário, no sentido de garantir o acesso a outros níveis assistenciais, assim como a contra-referência, para que o vínculo continue com essas equipes.

Na atenção odontológica, não foram encontrados estudos similares ao referido anteriormente, entretanto, dados oficiais apontam para uma expansão na oferta de serviços básicos, com a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, aumentando o acesso e a cobertura populacional, e pouco ou nenhum avanço na estruturação da rede assistencial em níveis de maior

complexidade, que dariam suporte àqueles problemas não resolvidos na atenção básica. Essa baixa oferta torna-se perceptível ao se observar os registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, em que somente 3,3% dos procedimentos odontológicos existentes são compostos por serviços especializados, até o ano de 2002 ⁵².

A PNSB traz inovações no campo assistencial, desde a ampliação do acesso à atenção básica até uma maior e melhor oferta de serviços, numa rede articulada que prevê ações integradas entre os níveis básico e especializado. Assim, como parte do projeto político, são incluídos os CEOs para garantir procedimentos complexos, conclusivos e conservadores, evitando o agravamento de problemas bucais, com futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Isto representa também a possibilidade de inversão à lógica da mutilação, ainda presente nas práticas do serviço público, por trazer a possibilidade, para a população, de realizar tratamentos especializados acessíveis apenas àqueles que podiam financiar com recursos próprios.

No município de Natal, os CEOs implantados há pouco mais de um ano representam um processo em construção e, portanto, requerem avaliação e acompanhamento para identificar como está se dando a integração das ações no cotidiano dos serviços, em um contexto particular de ampliação da atenção secundária. A possibilidade de pôr em prática o princípio da integralidade, mesmo que ainda limitado aos sistemas de serviços de saúde, é um avanço na superação de soluções de continuidade do cuidado na rede assistencial e caracteriza uma tentativa que aponta para a equidade na perspectiva da justiça social, ofertando para quem precisa a chance de também ter acesso a diversos recursos tecnológicos.

Esta pesquisa objetivou avaliar a implantação dos CEOs, como suporte das equipes de saúde da família, na perspectiva da organização de redes assistenciais, assim como suas potencialidades para alterar o processo de trabalho em saúde bucal, nas unidades de saúde do município de Natal, RN. O estudo pretendeu atingir este propósito, a partir dos seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os CEOs de Natal em relação a aspectos físicos, atividades ofertadas, equipes de trabalho, abrangência da cobertura, etc.
- Avaliar o acesso dos usuários aos CEOs, assim como o funcionamento da referência e contra-referência, entre redes básica e especializada.

- Identificar se os problemas demandados ao CEO são de sua competência ou poderiam ser resolvidos na Unidade Básica.
- Analisar as relações de vínculo e responsabilização estabelecidas entre as equipes de saúde e usuários.

Esperamos que esta investigação contribua no processo de implementação dos CEOs, interrogando-os sobre a consolidação progressiva de um modelo que melhore a qualidade da oferta de ações de saúde bucal aos usuários do SUS.

Apresentaremos, a seguir, as partes que compõem a dissertação:

No capítulo 1, apresentamos a atual Política Nacional de Saúde Bucal dentro do contexto histórico de construção do SUS. Destacamos a adesão do município de Natal ao Programa Brasil Sorridente, particularmente, no que se refere à implantação dos CEOs, e a relação entre as especialidades ofertadas nestes CEOs e dados do SB Brasil 2003.

No capítulo 2, apresentamos a trajetória metodológica, contendo a caracterização do estudo, a estratégia de pesquisa utilizada, técnicas e instrumentos para a coleta de dados e o método para análise dos mesmos.

Nos demais capítulos, apresentamos os resultados, discutindo-os à luz da literatura revisada, durante a pesquisa, que escolhemos como suporte teórico-conceitual.

No capítulo 3, descrevemos todos os CEOs de Natal, em seus aspectos físicos, de recursos humanos, atividades odontológicas oferecidas, produtividade por especialidades e demandas, como contribuição a uma avaliação normativa desses serviços.

No capítulo 4, abordamos a integralidade a partir da organização dos serviços no modelo hierarquizado vigente, com fluxos que se estabelecem entre níveis de complexidade, mas, também como a possibilidade de construir redes mais horizontais que produzam o cuidado e saúde aos usuários. Foram abordados, especificamente, aspectos do sistema de referência e contra-referência nos serviços odontológicos estudados, ESF e CEO, e possíveis novos arranjos organizacionais que efetivem melhores respostas aos problemas.

No capítulo 5, enfocamos a organização dos processos de trabalho em saúde, por meio do acesso aos serviços, da compatibilidade entre oferta e demanda no CEO estudado e de como se produz o acolhimento dos usuários nas USFs e CEO.

No capítulo 6, apresentamos nossas considerações finais, dando ênfase aos aspectos destacados por nós, durante a análise, alguns limites de nosso estudo, algumas sugestões apontadas para melhoria dos serviços e desdobramentos que sugerem realização de outros estudos.



Placa de adesão ao Brasil Sorridente

“Poderosa é a lei; mais poderosa,
contudo, é a necessidade”

(Goethe)

**A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – O
BRASIL SORRIDENTE – E OS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM NATAL/ RN.**

1 A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – O BRASIL SORRIDENTE – E OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM NATAL/ RN.

A saúde bucal brasileira esteve inserida de forma incipiente nas demais políticas de saúde, ao longo de sua história. Segundo Pucca Júnior ⁷⁶, é a primeira vez que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações maior do que apenas os incentivos isolados que vinham sendo concedidos até o ano de 2002.

Em 2003, num contexto político propício, às vésperas da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, iniciam-se discussões para elaborar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o propósito de resgatar ou mesmo incluir o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, através de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população ⁵¹. Mas, essas conquistas foram sendo construídas ao longo de anos e têm a seu favor todo um cenário de políticas de âmbito maior que servem de referencial para busca de transformações positivas.

O Brasil, que passou pela maior reforma do Sistema de Saúde já vista em sua história, incluiu na Constituição Federal de 1988 ⁸ um inovador sentido à saúde, entendida como direito de cidadania, garantida pelo Estado. O Sistema Único de Saúde surge num contexto nacional de transição democrática, bastante viável a propostas reformistas, de caráter universalizante, eqüitativo e integral.

Deve-se ressaltar, no entanto, que para aparecer como texto constitucional um longo caminho foi percorrido, de embates político-institucionais, entre forças conservadoras e reformistas, e experiências outras foram tentadas, sempre na busca de um Sistema descentralizado, do ponto de vista administrativo-gerencial, e universalizante, como as AIS (Ações Integradas de Saúde) e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), antecessor mais próximo e estratégico para o SUS. Este constitui-se em inegável conquista da população brasileira, mas implantá-lo com todos os seus princípios não é tarefa fácil, embora venha sendo construído paulatinamente.

O SUS é um campo fértil para viabilização de modelos que se contrapunham àqueles vigentes, de caráter excludente, liberal, biologicista, individualista, mecanicista, inspirado no modelo Flexneriano, norte-americano. Apesar de conviver até hoje com disputas entre modelos, experiências consoantes com seus princípios vêm sendo tentadas com êxito em alguns municípios brasileiros, especialmente a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994, estratégia governamental para reorganização das práticas na rede básica de serviços.

Na saúde bucal, especificamente, modelos hegemônicos, do início do Século XX até quicé os dias atuais, foram bastante danosos à população. O setor público trabalhava basicamente na fluoretação da água de abastecimento e a partir da década de 1950, com ações voltadas para um grupo específico, escolares de 6 a 14 anos. Era uma política foquista, a cargo do SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), que excluía do acesso aos serviços a maioria da população, embora portassem problemas de caráter universal, extremamente comum à realidade brasileira. Manteve-se hegemônica por mais de 40 anos ⁸².

Os principais levantamentos epidemiológicos nacionais no campo da saúde bucal realizados, em nosso país, pelo Ministério da Saúde, refletem esse modelo de atenção, se é que se pode chamar assim, ao apontar para um declínio da experiência de cárie na população infantil de 12 anos ⁸³. Tal êxito vai ao encontro das metas que foram pré-estabelecidas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e FDI (Federação Dentária Internacional) para essa idade-índice. No entanto, para as demais faixas etárias encontra-se longe de alcançar esses objetivos estipulados visto que continuam com seus quadros de enfermidades bucais e seqüelas praticamente inalterados, ao comparar-se o levantamento de 1986 e o SB Brasil de 2003 ^{54, 83}.

Cabe mencionar trecho presente no relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que se refere à exclusão social em nosso país que humilha, degrada e faz sofrer milhões de pessoas ¹⁵:

Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que

ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República.

A esperança de melhoria desse retrato vivo da população, nos seus processos mórbidos bucais, vem do processo de consolidação do SUS, com o entendimento ampliado de saúde, e das propostas de pôr em prática seus pressupostos básicos, como através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e posterior inclusão das Equipes de Saúde Bucal. Introduz-se, assim, uma nova lógica na prestação de serviços, evoluindo da proposta de um modelo assistencial centrado na doença para a de uma atenção integral à saúde, havendo a pretensão de influir na reestruturação do modelo em sua totalidade, com incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas de recuperação ^{52, 33, 96}.

Outro incremento a essa tentativa de reorganização vem da atual Política Nacional de Saúde Bucal (2004), Brasil Sorridente, que utiliza o perfil apresentado pelo SB Brasil para elaborar propostas que ampliem e qualifiquem a Atenção Básica e assegurem atendimentos nos Níveis Secundário e Terciário, com a criação de fluxos assistenciais que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, buscando a integralidade da atenção. Dados recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a 3,3% do total de procedimentos clínicos, tornando-se evidente a baixa oferta desses serviços e o comprometimento de adequados sistemas de referência e contra-referência na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde ⁵².

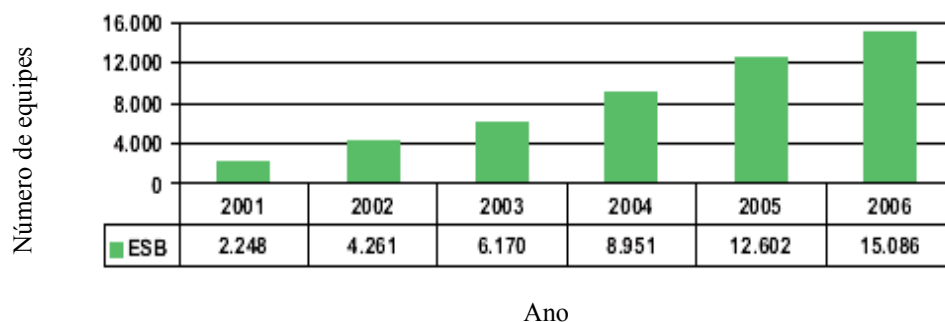


Figura 1. Equipes de Saúde Bucal implantadas na ESF entre 2001 e 2006. Brasil. 2007.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Ministério da Saúde.

A atenção básica se mostrava pouco resolutive e essa deficiência do sistema produzia demandas reprimidas enormes para os demais níveis. Dentro da nova política, ampliou-se a atenção na rede básica, pela incorporação de mais equipes de saúde bucal nas USFs, como visto na Figura 1, e o leque de procedimentos clínicos ofertados nesse nível no intuito de aumentar a resolutive. Incluiu-se também a assistência à população carcerária, através de convênio firmado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça.

Além disso, a população passou a ter mais acesso a tratamentos especializados por meio dos CEOs, que conta até junho de 2006 com um total de 383 implantados em todo o país, como mostra o Quadro 1. Nesse sentido, instituíram-se critérios, normas e requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) através de portarias específicas. Estas serão melhor descritas quando for explicitado o processo de adesão e habilitação do município de Natal aos CEOs.

Quadro 1. Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas por regiões do Brasil, Junho (2006).

Região	CEO
Centro-Oeste	33
Nordeste	120
Norte	19
Sudeste	150
Sul	61
Total	383

Fonte: Ministério da Saúde

Além dos CEOs, estão sendo implantados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Paralelamente a esses serviços assistenciais, o Brasil Sorridente prevê, ainda, investimentos na promoção à saúde, fluoretando a água distribuída pelos sistemas de abastecimento público ⁷⁶, e a distribuição de kits de escova e dentifrícios para populações carentes.

O programa propõe também uma agenda de pesquisa científica. Neste sentido, o MS abriu linhas de financiamento de pesquisas em saúde bucal coletiva já no ano de 2005 para estimular a produção de conhecimentos que sirvam à maioria da população e superar o quadro de exclusão do acesso aos serviços ⁷⁶. Por fim, define uma política de educação permanente para profissionais em saúde bucal com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica ¹⁸.

1.1 Adesão do município de Natal ao Brasil Sorridente e habilitação dos CEOs

Os trâmites necessários à implantação e habilitação dos CEOs pelos municípios brasileiros seguem basicamente a mesma lógica, embora com algumas nuances, a depender do momento da adesão. A experiência de adesão do município de Natal, objeto deste estudo, será descrita a seguir.

A Portaria Ministerial nº 1570/GM de 29 de julho de 2004 ⁷⁴, em seu art. 4º inciso 3º, uma das primeiras a serem implantadas, estabelece um fluxo para credenciar os Centros de Especialidades Odontológicas. No entanto, o processo de habilitação destes CEOs, no município de Natal, fez parte das exceções, segundo relata a Coordenadora de Saúde Bucal:

O nosso projeto foi feito antes da publicação da Portaria nº 1570. O Ministério da Saúde encaminhou para alguns municípios, inclusive o nosso, um e-mail falando sobre a criação desses Centros de Especialidades (...) resolvemos agilizar respondendo às exigências da época que eram de um projeto, não muito grande, com alguns dados do tipo: espaço físico disponível, equipamentos necessários, água fluoretada ou não, etc. (...) Isso garantiu o envio de equipamentos para dois dos três CEOs implantados [apenas dois antecederam a Portaria] (...) fomos um dos primeiros a inaugurar [no país] (...) Quando já estávamos em processo de montagem é que mandamos para a bipartite.

Está previsto o repasse de um determinado valor para a implantação dos CEOs, que pode ser utilizado na aquisição de equipamentos e/ou melhoria das instalações físicas onde o mesmo irá funcionar. Em momento algum, a portaria referida faz menção ao envio desses equipamentos aos pleiteantes a CEO pelo Ministério da Saúde. Pressupomos que tal conduta tenha relação com o caráter inédito do Programa e os primeiros candidatos à implantação se beneficiaram, em virtude de indefinições sobre responsabilidades entre os níveis do sistema. A incipiência do processo fica evidente ainda no que se refere ao repasse dos incentivos para implantação que,

diferentemente de hoje que existe portaria específica antecipando o seu envio, a Portaria nº 283/GM de 22 de fevereiro de 2005 ⁶⁸, no município de Natal, aconteceu alguns meses depois dos CEOs implantados.

No sentido da formalização do processo de habilitação, o Gestor municipal de Natal encaminhou proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Rio Grande do Norte a fim de obter a aprovação dos três CEOs tipo II, a localizarem-se nos Distritos Sanitários Norte, Oeste e Leste. A solicitação dos dois primeiros foi aprovada em setembro de 2004, e do último em dezembro de 2004 ^{80, 79}. Em seguida, foi encaminhada ao Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/ SAS/ MS) contendo informações do município e unidades de saúde já aprovadas para que fossem concedidas as habilitações.

No entanto, o MS estabelece, por meio de portarias, pré-requisitos para consolidar esta adesão. Algumas das características que os CEOs devem apresentar constam em portarias vigentes à época, a 1570 e a 1571, e incluem: um número mínimo de especialidades (diagnóstico oral com ênfase na prevenção do câncer, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor, atendimento a portadores de necessidades especiais), equipamentos e materiais compatíveis com os serviços ofertados, recursos humanos com carga horária mínima de trabalho e outros recursos de natureza física.

Adentrando no teor das portarias iniciais de implantação e financiamento dos CEOs, percebemos que elas só contemplavam dois tipos de Centros, I e II, cujas diferenças eram mais de cunho quantitativo, variando no número de consultórios completos, na carga horária semanal dos profissionais e no total de procedimentos para as especialidades ofertadas. Com o passar dos anos, houve necessidade de readequá-las, sendo revogadas e substituídas, respectivamente, por aquelas de números 599 e 600, todas incluindo o CEO tipo III, com quantitativos ainda maiores que os dois tipos citados ^{72, 73}.

Dando seguimento ao processo de adesão, o Ministro da Saúde habilitou e formalizou os três Centros de Especialidades Odontológicas de Natal em 11 de fevereiro de 2005 ⁶⁷, os quais passaram a receber os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Após credenciamento, o município recebeu R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para implantação de cada CEO tipo II, em parcela única, e R\$ 105.600,00

(cento e cinco mil e seiscentos reais) para custeio dos serviços ofertados nas referidas unidades de saúde, transferidos do fundo nacional de saúde para o fundo municipal em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos), o que equivale a R\$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) por mês para cada Centro ^{75, 89}.

Os CEOs, que constituem serviços isolados, foram cadastrados previamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - como serviços especializados de saúde, vinculados a outros tipos de estabelecimentos, cujos nomes fantasias e números cadastrais são: Unidade de Saúde da Cidade da Esperança (2409119), Centro Clínico da Asa Norte (2409070) e o Centro Odontológico e Pronto Atendimento Dr. Morton Mariz (2653915). Todos prestadores de natureza jurídica pública ⁷¹.

Os critérios utilizados para a escolha do local de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no município foram os seguintes, de acordo com a explicação da Coordenadora de Saúde Bucal:

Inicialmente pensamos em 01(um) CEO para cada Distrito Sanitário, sendo que acabaram ficando apenas 03 (três), 01 (um) para o norte, 01 (um) para o oeste e 01 (um) para o leste, ficou faltando o do sul, sendo referência para as UBS. O do leste, Morton Mariz, pela sua capacidade instalada maior, acabou incorporando também usuários do Distrito Sul (...) quanto à unidade, vimos os espaços disponíveis nelas, ou seja, as salas que davam para montar os equipamentos. Na Policlínica [Distrito Norte], fizemos uma adaptação na estrutura física porque tinha como ampliar; já na Cidade da Esperança [Distrito Oeste] tinha uma sala grande onde funcionavam os módulos e no Morton Mariz [Distrito Leste], porque já existia e funcionava como referência para o município. As outras unidades eram muito pequenas e não cumpriam exigências do Ministério para instalação, em termos de metros quadrados (...) Resumindo, os critérios foram por distrito, para ser referência para cada um deles, e a unidade que tivesse um espaço exigido disponível ou que desse para adequá-lo.

Percebemos que não houve planejamento fundamentado em critérios epidemiológicos, na alocação dos CEOs de Natal, pela gestão municipal. Os últimos dados gerados que se têm notícia, e que poderiam subsidiar essa tomada de decisão, vêm do SB Brasil 2003, em que todas as capitais brasileiras participaram. No entanto, o relatório final produzido para o município, pareceu-nos insuficiente para decidir sobre essa questão, na época, uma vez que se apresentara de forma abrangente, com dados gerais. Uma alternativa poderia ter sido a de voltar à base de dados

originais gerados pela pesquisa referida ou de ter sido feito um outro levantamento epidemiológico, independente dessa articulação com a coordenação federal, o que implicaria em novos gastos para sua viabilização.

A inauguração dos CEOs de Natal aconteceu por meio de teleconferência com a presença de Presidente Luís Inácio Lula da Silva em inauguração simultânea de CEO na cidade de Caruaru, Pernambuco. Exigiu-se o cumprimento da adequação visual em todas as unidades, de acordo com o Manual das Logomarcas do MS⁵³ e foi preciso agilidade para que, no tempo determinado, a solenidade pudesse acontecer, em coincidência com a programação da agenda presidencial. Segundo informações da gestora municipal, foram inaugurados apenas com equipamentos, repassados pelo MS, permanecendo dois CEOs inoperantes por aproximadamente três meses, até que fossem feitos ajustes nestes equipamentos e adaptações na estrutura física, além de aguardarem os profissionais selecionados em concurso interno. Aquele CEO, que já operava com especialidades, anteriormente, e não foi contemplado com os equipamentos do MS, praticamente não sofreu interrupção em suas atividades.

1.2 A oferta de especialidades nos CEOs e os resultados do SB Brasil 2003

Neste subitem, apresentamos algumas reflexões sobre os dados do último levantamento epidemiológico nacional, o SB Brasil 2003, com alguns dados também de Natal, e a oferta das especialidades sugeridas para os CEOs, no Brasil Sorridente, assim como aquelas presentes nas unidades do município.

Começamos pelo problema que mais afeta a população brasileira e que provoca mais seqüelas, a cárie dentária. É certo que a cárie vem reduzindo nas populações mais jovens do Brasil, chegando a diminuir 71% aos 12 anos entre 1986 e 2003. Mas, há grandes diferenças regionais, tanto no valor do índice como na sua composição, visto que as regiões norte e nordeste possuem as médias mais altas e também uma maior proporção de dentes cariados, o que significa mais necessidade de tratamento, quando comparadas às regiões sul e sudeste⁸⁴.

Isto reflete baixo acesso aos serviços de saúde e possibilidades reais de agravos que poderão transformar necessidades simples, como de uma restauração, em outras de maior complexidade, como um tratamento endodôntico com restauração ou coroa, ou na pior das

hipóteses, a remoção dentária, que vai requerer reabilitação protética, ou seja, intervenções mais dispendiosas para o Estado e para o usuário.

Dados do SB Brasil 2003 mostram que 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam, pelo menos, um dente decíduo com experiência de cárie, sendo que a proporção chega a quase 60% nas crianças de 5 anos ⁵⁴. Em Natal, aproximadamente 3,5 dentes são afetados por cárie nesta idade, com 85% deste valor relacionado ao componente cariado do índice (ceo) ⁵⁷, o que denota necessidade acumulada de tratamento, que pode estar associada a desconforto, em idade bem precoce. Neste caso, caberia o seguinte questionamento: por que não incluir um odontopediatra no CEO para atender esta demanda? Tal questionamento justifica-se quando reconhecemos que as crianças precisam de atenção especial e que o tratamento odontológico tende a ser traumático por natureza. Há profissionais competentes no nível básico para atendê-las, embora nem todos gostem, mas há crianças resistentes, difíceis de cuidar e que demandam também tratamentos que exigem maior densidade tecnológica.

À medida que a idade avança há uma tendência de crescimento da prevalência em função do caráter cumulativo do CPO-D/ ceo-d. Até a faixa etária de 15 a 19 anos, o valor modal é zero, passando para 32 nas faixas de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, indicando ainda um aumento vertiginoso de suas seqüelas. Assim, o principal problema de crianças e adolescentes são as cáries não tratadas, enquanto que nos adultos e idosos a perda dentária surge como problema mais grave ⁵⁴. Deste modo, a endodontia é fundamental nos CEOs, no sentido de minimizar os danos provocados por cáries não tratadas em tempo hábil e, conseqüentemente, reduzir mutilações dentárias.

Dados do edentulismo, no Brasil, ainda são preocupantes. A média de dentes extraídos na população de 65 a 74 anos é de 25,8 dentes, corroborada por dados locais que se aproximam deste valor (23,7 dentes). A proporção de indivíduos que usam próteses, superior e inferior, na mesma faixa etária, é de 66,5% e 30,9%, respectivamente ^{54, 57}. Quanto à necessidade de usá-las, seja qual for o tipo de prótese, o percentual fica em torno de 32% para próteses superiores e de 56% para próteses inferiores, e reflete o acesso a serviços de reabilitação ⁸⁴. No município em estudo, tais necessidades acompanham as médias nacionais, com pequenas variações, e apresentam também as próteses totais como as mais requeridas em ambos os arcos ⁵⁷.

A seguir o depoimento de um usuário que relata a sua necessidade/dificuldade de conseguir sua prótese no serviço público.

Estou precisando agora de uma prótese (...) a Diretora de lá [da Ribeira] disse pra mim que por enquanto não tava tendo para prótese sem ser completa, só tinha prótese total (...) então, eu não quero porque não preciso total (...) preciso fazer porque me prejudica não usar a prótese, mas total eu não quero (...) aí pronto vim embora, vou fazer mesmo quando puder fazer, né? (...) agora é ficar aqui esperando o dinheiro aparecer e comprar uma. (usuário 10)

Apenas um CEO no município possui Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) agregado, com apenas dois especialistas e trabalhando somente com próteses totais. É evidente que não dá para cobrir as necessidades acumuladas por anos de práticas mutiladoras que produziram desdentados em cada canto do país, especialmente em nossa região, onde a situação se apresenta ainda mais grave. Ressalvamos que para implantar LRPDs há flexibilidade maior que para os CEOs, no sentido de que qualquer órgão de natureza pública ou privada poderá ofertar esses serviços à população, de não existir restrição quanto à base populacional a ser coberta e de serem unidades independentes, sem vinculação obrigatório aos CEOs ⁷². Teoricamente, esse conjunto de fatores facilitaria a expansão de novas unidades e traria respostas de forma mais imediata e de melhor qualidade à população.

Em relação à doença periodontal, identificamos a necessidade de especialistas no CEO em função até de ser outro problema de grande prevalência. No entanto, a maioria destes problemas está circunscrito a alterações cuja resolução pode ser dada na atenção básica, como presença de cálculo e sangramento. Níveis mais severos da doença, como bolsas acima de 4mm, estão presentes em faixas etárias maiores, a partir dos 35 anos, e não apresentam necessidades tão elevadas devido às exodontias que foram realizadas ao longo do tempo. Tais constatações sugerem reflexão sobre o número destes profissionais ao se planejar a oferta de especialidades nos CEOs.

As maloclusões foram avaliadas no SB Brasil 2003 e mostraram dados que chamaram atenção para necessidade de organização de intervenções em nível público. No Brasil e em Natal, respectivamente, a prevalência de maloclusão considerada moderada ou severa foi de 14,5 e 12,3 aos 5 anos; a condição oclusal, de severa a incapacitante, chegou a 21% e 13%, em crianças de 12

anos; e de 19% e 12%, em adolescentes de 15 a 19 anos^{54, 57}. Percebemos, portanto, que há grande demanda por assistência e que é preciso direcionar ações para atender casos mais sérios, assim como buscar intervenções que previnam ou interceptem o problema, com uso de tecnologias menos densas, interferindo em seu curso o mais precocemente possível.

O Brasil Sorridente não sugere a ortodontia como especialidade do CEO nas portarias que o regulamenta, apesar de constarmos médias elevadas de problemas graves entre jovens. No entanto, sabemos que a gestão local poderá incorporá-la caso desejar, baseando-se, preferencialmente, em informações epidemiológicas. O município de Natal ainda não oferta essa especialidade em sua rede assistencial.

Em relação à inclusão do diagnóstico bucal no CEO, não há, necessariamente, correlação com registros sobre presença de lesões em levantamentos nacionais, porém entendemos que a justificativa esteja relacionada à tentativa de minimizar danos causados pelo câncer bucal que requer diagnóstico precoce e intervenção imediata para debelar seu poder letal. A estimativa do INCA para o ano de 2006 em relação a este tipo de câncer foi de 13.470 casos novos no Brasil, sendo essa incidência maior nos homens que nas mulheres. No Rio Grande do Norte, o valor de casos novos estimados foi de 160, sendo que 70 destes só na capital⁵⁶. Segundo Ferreira e Maciel¹⁹, a alta letalidade dessas neoplasias e as seqüelas que provocam, quando diagnosticadas tardiamente, tornam-nas um problema de Saúde Pública e, como tal, as ações direcionadas para o seu controle devem ser de responsabilidade do Estado.

A especialidade que atende portadores de necessidades especiais está em consonância com políticas nacionais que atuam nessa área e de acordo com a própria Constituição Federal (art. 23, cap. II) que determina: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios **cuidar da saúde** e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”⁸. (grifo nosso)

Há concepções diversas sobre o termo deficiência, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas de cidadania alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com déficit mental, motor, sensorial e múltiplo⁴⁹.

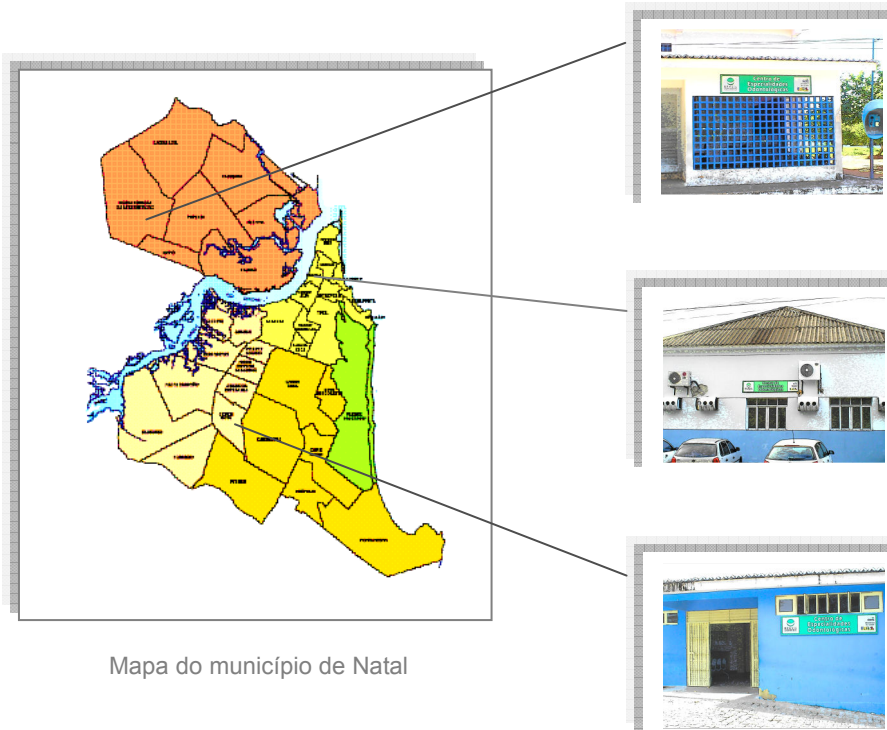
O dimensionamento da problemática da deficiência em nosso país, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do Brasil nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país, em tempo de paz, é portadora de algum tipo de deficiência, o que se imagina, com base nesses percentuais, um valor estimado de 16 milhões de brasileiros. Ressalta-se, no entanto, que esse valor não foi confirmado em inquéritos como PNADs ou Censos do IBGE que tentaram visualizar a questão da deficiência no Brasil, talvez em função de limitações metodológicas⁴⁹.

Nessa busca pela atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui-se a assistência odontológica. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, o atendimento deverá ser feito em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir⁴⁹. Sobre a assistência, Resende e colaboradores⁷⁸ argumentam que cirurgiões-dentistas não se sentem seguros para o atendimento, em virtude do despreparo na formação para assistir a essa demanda, e terminam por indicar o paciente para a anestesia geral, talvez como uma forma de se livrar do problema. O sistema ainda não está organizado adequadamente para atendê-los. O CEO aparece como uma resposta a essa demanda, possibilitando a oferta a essas pessoas que têm dificuldade de acesso aos serviços pela presença de algum tipo de incapacidade ou limitação.

A radiologia está entre as especialidades ofertadas pelos CEOs de Natal, porque segundo a Coordenadora de Saúde Bucal há uma demanda muito maior para esta especialidade que para o diagnóstico oral, por exemplo, referindo-se ao fato de esta ser recomendada pelo MS e aquela não. Acreditamos que sejam necessidades complementares, uma vez que o diagnóstico é uma constante no dia-a-dia dos serviços e, por vezes, exige exame radiográfico, como complementar à elucidação de patologias. Assim, a radiologia, mais especificamente, comporta-se como “especialidade” meio, auxiliando às demais, e apesar de requerer aparato tecnológico oneroso, sua presença é essencial nos serviços, que precisam dar respostas rápidas e eficazes, rotineiramente, aos problemas dos usuários. Quando é posta apenas no CEO, acaba por trazer limitações, em função da distância com a atenção básica. No CEO estudado, além da distância geográfica há também oferta limitada, já que existe somente um radiologista para o DSN I e II.

Ao fazer um confronto com documentos oficiais, observamos que as Portarias Ministeriais que estabelecem as normas dos CEOs não contemplam a radiologia como especialidade “obrigatória”, embora, haja um paradoxo, já que o Sistema de Informações do SUS enquadra procedimentos radiográficos que consideramos básicos, radiografias intra-orais, pertencentes ao grupo das especialidades, ou seja, possuem código 010. Neste caso, a radiologia deveria estar na atenção básica prestando “serviços especializados”, do ponto de vista oficial, ou estaria mesmo no Centro de Especialidades fazendo procedimentos considerados primários, de tão presentes que estão ou deveriam estar no dia-a-dia dos profissionais, frente às necessidades epidemiológicas por exodontias e restaurações? Acreditamos que a radiologia possa estar inserida em ambos os espaços, só que com competências claramente distintas. Essa discussão prosseguirá em capítulo subsequente.

Para finalizar, a cirurgia ofertada no CEO tem a função de resolver problemas que requeiram intervenções maiores, não sendo uma mera reprodutora de práticas mutiladoras. É difícil precisar um quantitativo suficiente para demanda, o que se sabe é que não há ou não chegam ao CEO, onde o estudo foi aprofundado, tantos casos complexos para os especialistas quanto o esperado.



Mapa do município de Natal

CEOs de Natal

“O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”

(Cora Coralina)

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de avaliação em saúde, que tem como foco os Centros de Especialidades odontológicas (CEOs) do município de Natal, como suporte da atenção básica em saúde bucal, mais precisamente, da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais serviços foram implantados a partir da nova Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004.

Inicialmente, é oportuno abordar alguns conceitos de avaliação referidos na literatura. Avaliar para Contandriopoulos e colaboradores¹⁷ consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. A avaliação é entendida como instrumento investigativo, que produz conhecimento sobre uma ação social (ação humana organizada), e como instrumento político, fornecendo subsídios para a tomada de decisão. Para Schraiber⁸⁵ avaliar representa uma politização da técnica, ou seja, submeter o plano, como proposição técnica, às tensões sociais do cotidiano.

Dentre os objetos passíveis de avaliação, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se como tais e serem analisados em suas diversas dimensões, seja como cuidado individual, envolvendo a relação profissional-usuário, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas^{21, 92}. Especificamente, as análises de implantação, as quais podemos incluir este estudo sobre os CEOs de Natal, com pouco mais de um ano de existência, são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde por permitirem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos. Desta forma, observar a maneira pela qual os programas são implementados podem ser tão importantes quanto os resultados que eles apresentem⁹².

Há consenso por parte dos estudiosos de que uma intervenção possa sofrer dois tipos de avaliação: a normativa, que procura estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, e a pesquisa avaliativa que examina, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção¹⁷. Sobre pesquisa avaliativa

Silva ⁹² afirma que corresponderia ao julgamento feito sobre as características das práticas sociais em geral, a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada ou em um contexto particular, com base em metodologias científicas.

Quanto às suas funções, há uma dicotomia na avaliação que pode ser classificada em somativa e formativa. A avaliação somativa fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos, conduzida geralmente ao término do programa com a finalidade de prestar contas a um órgão financiador ou gestor. Já a avaliação formativa visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento ²⁷.

Tomando por base as classificações referidas, pode-se afirmar que a presente investigação realizada nos CEOs, na sua relação com Unidades de Saúde da Família, corresponderia à *pesquisa avaliativa*, que investiga aspectos da implantação de um Programa, *Brasil Sorridente*, em um contexto restrito ou recortado. Sua característica *formativa* dá-se por buscar compreender seu processo de implantação e desenvolvimento no intuito de contribuir para sua consolidação ou melhoria. Ressalta-se que a *avaliação normativa* também fez parte deste estudo, pela necessidade de se obter um panorama geral dos CEOs municipais e fazer a escolha subsequente daquele onde seria aprofundada a investigação, fazendo-se confrontações entre o observado e o instituído.

Na avaliação, há estratégias de pesquisa que correspondem às possíveis maneiras de mobilizar recursos teóricos e técnicos visando responder à pergunta da investigação ¹. Dentro das estratégias referidas por Hartz ³⁵ há aquelas pouco estruturadas onde se encontram os estudos de caso que, dependendo dos níveis de análise e de profundidade, podem mobilizar diversas técnicas de coleta de dados qualitativos: observação etnográfica, grupos focais, entrevistas em profundidade, histórias de vida e análise documental.

O presente estudo é de abordagem qualitativa e identifica-se com os estudos de caso acima referidos, em que foram investigadas em um contexto particular, as percepções dos profissionais, usuários e gestores em suas relações e experiências no cotidiano dos serviços de saúde. Também foram utilizados alguns dados de base quantitativa como aporte para descrever o fenômeno e selecionar o caso estudado. A capacidade de uma pesquisa dessa natureza fornecer generalizações a outras populações está diretamente relacionada à robustez e capacidade de explicação da teoria, no seu confronto com a realidade empírica ^{40, 100}.

Segundo Minayo ⁴⁸, a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, muito embora os dados quantitativos não se oponham aos qualitativos, mas, complementem-os. Busca a compreensão e explicação para a dinâmica das relações sociais, depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, e por meio de instrumentos e teorias aproximam-nos da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade.

Sobre a confiabilidade de estudos qualitativos, predomina entre os autores a noção de que as percepções e as relações sociais, objetos desse tipo de operação, são dinâmicas e impossíveis de se repetirem integralmente. Além disso, são frutos do caminho interpretativo, eminentemente intersubjetivo (Passeron citado por Assis e colaboradores) ³.

Ao tratar da validade na relação intrínseca entre investigador e investigado no processo intersubjetivo, Gadamer, citado por Minayo ⁴⁸, diz que um estudo é válido quando os investigados compartilham com o investigador a veracidade e o sentido dos resultados.

Assis e colaboradores ³ complementam dizendo que quando os mesmos temas são investigados, na maioria das vezes, as conclusões trazidas pelos estudos se assemelham, o que serve como balizamento de confiabilidade e validade. A abordagem quantitativa se mostra a mais produtiva frente a algumas indagações. Mas, freqüentemente, ela é absolutamente insuficiente para compreender os contextos, o sentido e a intangibilidade de transformações que não conseguem se expressar em números.

A base conceitual que norteou esta investigação foi o princípio da integralidade, no seu sentido operacional da hierarquização dos níveis de assistência. Desse modo, pretendeu-se compreender a integralidade no âmbito da rede assistencial em saúde bucal, do município de Natal, buscando-se identificar potencialidades e limites de ofertas de atenção às necessidades de usuários das Unidades de Saúde da Família e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que são identificados pelo menos três conjuntos de sentidos: um primeiro, aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde; um segundo conjunto, relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde, e um terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde ^{38, 39}. Nesta investigação, como

Em outubro de 2006, dados da Secretaria de Estado da Saúde (SESAP/RN) registram a existência de 15 (quinze) CEOs em funcionamento no estado e 05 (cinco) em processo de implantação. Os municípios, em sua maioria, portam apenas 01 (um) CEO, exceto Mossoró que apresenta 02 (dois), por tratar-se de uma cidade de maior porte populacional. Nestes casos, geralmente são municípios sedes de módulos assistenciais e dão cobertura a municípios satélites, de pequeno porte, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, ainda segundo a NOAS 2002⁵⁰.

O município de Natal possui uma área territorial de 170,30 km², com população total estimada em 10/07/2005, de 778.040 habitantes. Limita-se, ao norte, com Extremoz; ao sul, com Parnamirim; a leste, com o oceano atlântico, e a oeste, com São Gonçalo do Amarante e Macaíba^{63, 87}. Há quatro regiões administrativas, que praticamente, coincidem com as divisões distritais sanitárias, à exceção do Distrito Sanitário Norte, que em junho de 2005, foi desmembrado em Distrito Sanitário Norte I e Distrito Sanitário Norte II, como mostra a Figura 2.

2.2.1 Unidades do Estudo e Seleção do Caso

Os três CEOs estão localizados no Distrito Sanitário Norte II, no Distrito Sanitário Oeste e no Distrito Sanitário Leste. Para realizar caracterização prévia sobre os aspectos estruturais e funcionais dos mesmos, utilizamos um roteiro de observação estruturada (Apêndice B), elaborado com base em documentos oficiais e em consonância com os objetivos da pesquisa. Coletamos, ainda, informações adicionais, *in loco*, a partir da observação da pesquisadora e entrevistas prévias com diretores, administradores e funcionários das Unidades.

A sistematização das informações produziu caracterização de cada CEO, o que permitiu selecionar aquele em que foi realizado o aprofundamento do estudo. O escolhido foi o localizado no DSN II, instalado na Policlínica da Asa Norte, conforme a Figura 3. Os critérios de escolha foram definidos no processo de investigação, a saber: ser um CEO “puro”, ou seja, não co-existir outros serviços odontológicos; contemplar a maioria das especialidades exigidas pela Portaria 1570 do MS (cirurgia, endodontia, periodontia e APNE); estar localizado em área com grande cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (cerca de 70%); ser referência assistencial apenas para o Distrito Norte; e por termos identificado, durante observação direta, nível mais satisfatório de integração e envolvimento entre os profissionais.

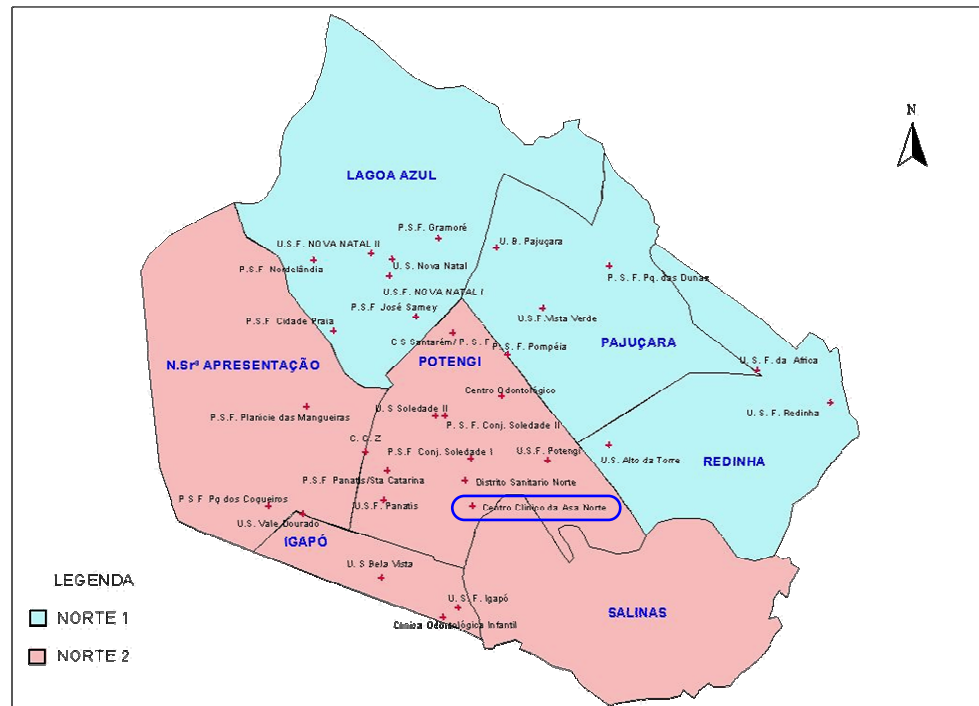


Figura 3. Mapa mostrando a divisão do Distrito Sanitário Norte em DSN I e DSN II. Em destaque, a localização do CEO. Natal, RN. 2006.

Fonte: Núcleo de Geoprocessamento da SMS.

No CEO escolhido, realizamos levantamentos dos encaminhamentos por especialidades, no período de janeiro a setembro de 2006, resultando em um total de 406 (quatrocentos e seis). Houve dificuldades para buscá-los em pelo menos 01 ano ou durante todo o período de implantação do Centro porque muitos foram extraviados, perdidos ou estavam em arquivo morto junto com outros documentos, dificultando o resgate dos registros. Esta amostra de encaminhamentos não tem natureza probabilística e sim de conveniência, com as limitações cabíveis. O intuito inicial foi escolher entre USFs com Equipes de Saúde Bucal (ESBs) que referenciam para o CEO, identificando aquela que mais encaminhou e aquela que menos realizou encaminhamentos. No entanto, a análise do material empírico indicou também a necessidade de observação, pela pesquisadora, dos motivos de encaminhamentos realizados pelos profissionais da atenção básica, com o propósito de identificar as justificativas de referências para a assistência especializada.

A identificação das USFs, que mais referenciou e que menos referenciou, se deu com o objetivo de elucidar possíveis “facilidades” e/ou “barreiras” de acesso aos usuários do CEO. De

acordo com os dados obtidos, a ESB da USF que mais referenciou, no período analisado, foi a USF da Planície das Mangueiras que possui 04 ESB e fica no próprio Distrito sede do CEO. A que menos referenciou, foi selecionada entre três: USF Redinha, USF de Gramoré e USF Parque dos Coqueiros, que durante o período analisado encaminharam uma única vez. A escolha da USF Parque dos Coqueiros justificou-se por apresentar maior similaridade com a que mais referenciou, sob os seguintes aspectos: localizar-se no mesmo Distrito do CEO (DSN II) e encontrar-se geograficamente situada próxima a ela.

2.3 Seleção de entrevistados

Na seleção dos sujeitos não houve preocupação, *a priori*, com o tamanho da amostra, pois a necessidade de aprofundar as informações sobre o tema em estudo tem mais a ver com as estratégias para obtê-las do que com o número de entrevistados, sendo necessário definir o grupo social mais relevante e prever a possibilidade de inclusão progressiva de outros atores ao longo do trabalho de campo ⁴⁸. Isto de fato ocorreu no decorrer do trabalho e algumas pessoas, consideradas informantes-chave, foram sendo agregadas, de acordo com a importância que tinham na elucidação de questões sobre a realidade enfocada. Como exemplos, tivemos a inclusão das chefes do Distrito Sanitário Norte I e II e da Diretora da Policlínica Asa Norte, sede do CEO.

Ainda sobre o tamanho amostral e o volume de informações produzidas por meio de pesquisas qualitativas, Bauer e Aarts ⁷ afirmam que pesquisadores coletam, facilmente, muito mais material interessante do que aquele com que poderiam efetivamente lidar, dentro do tempo de um projeto. Isto leva à queixa comum de que o projeto termina sem que o material tenha sido analisado com alguma profundidade, resultando na criação de “porções de dados”, ou seja, materiais coletados, mas nunca de fato analisados. Na presente investigação, muitos dados também foram produzidos e houve necessidade de cotejamento.

Para compor o desenho de estudo e ter uma noção geral (ampliada) das características dos três CEOs de Natal, contamos, na fase inicial, com a colaboração de alguns participantes, em caráter meramente informativo, que exerciam funções ligadas, direta ou indiretamente, a atividades desenvolvidas por estas Unidades, nas áreas administrativa e assistencial. Dentre estes podemos citar:

- 01 (uma) Diretora e 01 (uma) Administradora das Unidades de Saúde sedes dos CEOs dos DSO e DSL, respectivamente,
- 01 (um) servidor do DATASUS que trabalha com dados de produção municipal,
- Alguns servidores das unidades, como Auxiliares de Consultório Dentário, recepcionistas, dentre outros, que forneceram informações prévias.

Posteriormente, após termos traçado um perfil dos três CEOs e escolhido aquele onde se daria o aprofundamento do estudo, assim como as USFs, que mais e menos referenciaram para este CEO, entrevistamos diferentes sujeitos a fim de que suas informações, opiniões e percepções pudessem ser complementadas, contrastadas e comparadas quando submetidas à análise. Foram eles:

- 06 (seis) CDs que atuam no CEO da Policlínica Asa Norte,
- 04 (quatro) CDs que trabalham nas ESB da ESF no DSN II,
- 12 (doze) usuários do CEO referido,
- A Coordenadora de Saúde Bucal do município de Natal,
- 02 (duas) Chefes de Distrito, DSN I e II,
- A Diretora da Unidade de Saúde, sede do CEO, localizado no DSN II.

Isto representou um somatório de 26 indivíduos entrevistados. Detalharemos, a seguir, os critérios de escolha e inclusão dos entrevistados.

Cirurgiões-Dentistas: Foram incluídos na pesquisa aqueles que trabalham nos CEOs e que estão exercendo especialidades no Programa Brasil Sorridente, abordando pelo menos um (01) profissional de cada especialidade ofertada pelo CEO, no qual se deu o aprofundamento da pesquisa. Na amostra, garantiu-se a presença de diversos profissionais: os que já atuavam nos serviços e foram remanejados para o CEO; quem entrou por ocasião de concurso municipal para especialistas, mesmo sem ser para o CEO; alguns com mais de dez anos de profissão e vivência nos serviços públicos e outros com menos de dois anos.

Cirurgiões-Dentistas que desempenham suas funções nas Unidades de Saúde da Família também foram entrevistados, tanto daquela Unidade que mais referenciou para o CEO, como da

que menos referenciou. A primeira Unidade possui 03 ESB e a segunda, 04 ESB. Optou-se por entrevistar apenas 02 CDs de cada uma delas, em função do tempo limitado da pesquisa. Na escolha, consideramos, ainda, aqueles que tinham maior tempo disponível e a facilidade de encontro com a pesquisadora, além do interesse em participar.

Usuários: Foram escolhidos usuários dos serviços de referência, encaminhados preferencialmente pelas Unidades de Saúde da Família. Esse critério, definido inicialmente, perdeu o sentido durante a coleta e incluiu-se qualquer usuário referenciado pela rede básica, que se destinasse a cada uma das especialidades oferecidas pelo CEO. Isto permitiu fazer comparações, no que se refere a facilidades e dificuldades no acesso a estas especialidades, sob o ponto de vista de quem mais sente a realidade de saúde local, os usuários, assim como identificar estrangulamentos que impeçam o fluxo livre pela rede, desde a atenção básica.

Coordenadora de saúde bucal, Chefes dos DSN I e II e Diretora da Unidade sede do CEO: foram entrevistadas para que se pudesse analisar o objeto também sob a ótica das gestões central e local dos serviços, ou seja, de que forma tais gestores se colocam frente a essas novas responsabilidades que se impunham com a adesão do município ao Programa Brasil Sorridente e como articulam gestão e atenção.

2.4 Técnicas e instrumentos de pesquisa

As técnicas utilizadas foram: pesquisa e análise documental, observação direta e entrevista semi-estruturada. Todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora utilizando os respectivos instrumentos de pesquisa, o que garantiu certa homogeneidade em suas aplicações.

Pesquisa documental: um dos passos iniciais da pesquisa foi lançar mão do acervo de documentos existentes que se referiam ao tema estudado, em nível de Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, para subsidiar a investigação em seus aspectos mais gerais, sobretudo na caracterização dos CEOs. Os documentos encontrados e analisados foram: mapas com divisões dos distritos sanitários, bairros e rede assistencial; documentos oficiais (portarias, normas, diário oficial do município, ofícios, minutas, etc.), protocolo municipal de saúde bucal e registro de dados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), para a cidade de Natal/ RN, fornecidos pelo DATASUS.

Observação direta: Foram realizadas observações nos 03 (três) Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), entre julho e agosto de 2006, com duração total de aproximadamente 10 dias. Aspectos importantes foram abordados nesta observação, tanto no que diz respeito à estruturação (espaço físico, equipamentos e materiais, serviços de apoio, logomarcas do programa, etc.), como ao funcionamento (recursos humanos, atividades desenvolvidas e metas, agendamentos, demandas, acesso, etc.) dessas unidades, a fim de responderem a objetivos pré-definidos e escolher aquela que seria alvo de aprofundamento do estudo. Seguiu-se um roteiro cujo esboço encontra-se no Apêndice B.

A observação, então, prosseguiu posteriormente apenas no CEO selecionado, do DSN II, durante todo o período da coleta de dados realizada no local. O intuito foi verificar, em maior profundidade, aspectos organizacionais dos serviços e os processos de trabalho nele inseridos.

A importância da técnica de observação, para Cruz Neto ¹⁸, reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. As impressões obtidas pela observação não se configuraram neste estudo, como principal técnica de coleta, embora tenha contribuído na descrição e análise do objeto em estudo.

Entrevistas semi-estruturadas: A entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre atores sociais e suas situações em contextos específicos. Pode desempenhar papel vital no estudo de determinado objeto, mas como foi feito nesta pesquisa, melhor que seja combinada a outros métodos ²⁸. Haguette ³⁴ refere-se ao assunto dizendo que para haver um controle de qualidade sobre os dados obtidos através da entrevista é preciso usar, sistematicamente, dados de outras fontes relacionadas com o fato observado a fim de que se possa analisar a consistência das informações e sua validade.

Utilizou-se a entrevista como principal instrumento de coleta de dados, tendo como guia roteiros específicos para cada grupo de entrevistados (Apêndices C, D, E, F, G e H). Compõem-se de perguntas dirigidas e abertas sobre o tema em questão, elaboradas a partir de aproximações com o campo, leituras em literatura apropriada e das impressões da pesquisadora, acumuladas durante o processo de investigação. Buscou-se através dos depoimentos dos profissionais, usuários, coordenadora de saúde bucal e gerentes locais, dados sobre a realidade foco do processo

investigativo, não apenas no intuito de descrevê-la, mas de explicá-la e compreendê-la em sua totalidade, como refere Triviños⁹⁹.

Os ambientes das entrevistas foram, em sua maioria, tranquilos, com poucas interferências externas, e procurou-se deixar os entrevistados à vontade para discorrerem sobre cada tópico abordado. As falas foram registradas em gravação de áudio, o que facilitou interpelações oportunas pela pesquisadora e o registro das informações, na íntegra, que foram, posteriormente, transcritas e analisadas.

2.5 Análise dos dados

A análise foi realizada pela triangulação das várias técnicas de coleta de informações, extraídas da análise documental, da observação direta e da entrevista, assim como de fontes diversas de depoimentos dos três grupos de sujeitos que participaram da pesquisa - usuários, profissionais e gestores. Buscou-se apoio teórico-conceitual na produção bibliográfica, para visualizar os resultados encontrados, dentro de um quadro de referências, para ultrapassar a descrição das situações e produzir interpretações.

A organização do material coletado para a interpretação qualitativa seguiu os passos recomendados por Gomes e colaboradores³² e se deu da seguinte forma:

1º) Elaboramos matriz de dados de análise, categorizando temas centrais e classificando os depoimentos por atores envolvidos e por tipos de instrumentos utilizados na coleta de dados. Centramos o foco nas falas dos sujeitos por se considerar que era o material mais nobre da investigação avaliativa, buscando cruzar ou triangular essas falas entre si e confrontá-las com informações das demais técnicas utilizadas, sempre que possível.

2º) Para a interpretação dos resultados, o primeiro passo foi fazer a leitura do material selecionado, antes e depois de elaborar a matriz de análise. Em seguida, buscamos as idéias contidas nos textos, implícita e explicitamente, e por último, a interpretação propriamente dita, que caminhou em um movimento de síntese, por meio da construção criativa de possíveis significados e sentidos atribuídos, e do diálogo com a literatura revisada.

2.6 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Seu início deu-se após apreciação e aprovação da mesma no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 07 de julho de 2006, sob protocolo 080/06 (Anexo A). Durante o trabalho de campo e coleta de dados todos os participantes leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e fizeram sua opção de forma voluntária; foram dadas explicações adicionais, quando requeridas, para elucidar quaisquer dúvidas.



Equipamentos do CEO



Profissionais do CEO



Logomarcas do Brasil Sorridente

“É necessário que os princípios de uma política sejam justos e verdadeiros”

(Demóstenes)

**CARACTERIZAÇÃO DOS CEOS DE NATAL/ RN:
contribuição para uma avaliação normativa**

3 CARACTERIZAÇÃO DOS CEOS DE NATAL/ RN: contribuição para uma avaliação normativa

Os três CEOs de Natal foram implantados em unidades de saúde já existentes que sofreram adequações. Detalharemos, a seguir, algumas características estruturais e funcionais observadas em cada um deles, identificando aspectos favoráveis e desfavoráveis ao funcionamento dos mesmos. Ressaltamos que, para manter o sigilo entre informação e estabelecimento de saúde, usaremos as letras A, B e C, em substituição aos seus respectivos nomes.

3.1 Espaço físico das unidades

CEO “A”

O CEO “A” não sofreu nenhum tipo de ajuste, uma vez que já funcionava como centro de referência odontológico nas áreas de endodontia, cirurgia e radiologia. Com a adesão ao Programa Brasil Sorridente, agregaram-se novas especialidades como a periodontia, a Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais (APNE), a estomatologia e a prótese. Embora esta funcione em outro espaço físico vinculado à mesma unidade. Segundo relatos da administração local, durante alguns anos, a unidade funcionou apenas como um centro clínico odontológico, oferecendo serviços básicos. A partir de 2001, sofreu uma fusão com outra unidade que já ofertava atendimento de urgência e algumas especialidades, passando a centro de referência.

Durante a observação identificamos um emaranhado de atividades que se confundem no interior desta unidade, ora como urgência/pronto-atendimento, ora como especialidades, ora como ações básicas ambulatoriais. Os espaços ocupados pelo CEO encontram-se distribuídos conforme observado no Quadro 2.

As ações de prótese dentária funcionam em outro espaço físico, que se mantém vinculado ao CEO, quanto à produção e aos agendamentos. O LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária) possui 02 salas, uma para atendimento clínico e outra para a parte laboratorial.

Dificuldades em relação ao espaço físico foram relatadas pelos profissionais entrevistados e percebidas na observação feita durante as visitas. Como referido anteriormente, a Unidade não

sofreu reformas, mas passou a desenvolver novas atividades. Houve, portanto, um acréscimo de funções no interior da mesma estrutura e as ações especializadas passaram a dividir espaço com ações básicas e de urgência/pronto-atendimento.

Quadro 2. Distribuição do espaço físico do CEO “A” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.

Recepção	Onde funcionários identificam e preenchem as fichas dos usuários.
Sala de espera	Ampla, com bancadas em alvenaria e almofadas.
Banheiros	02 para usuários e 02 para funcionários.
Radiologia	Sala revestida por barita, 01 equipamento de Raios X, 1 câmara escura em quarto fechado e um biombo.
Cirurgia	Sala cirúrgica, de repouso, e de vestuário.
Endodontia	Possui 03 salas para endodontia, 01 para Raios X e outra vizinha onde funciona a cirurgia básica.
APNE	Funciona na mesma sala da cirurgia, à tarde, provisoriamente.
Periodontia	Faz parte de uma ampla sala dividida em 08 boxes assim distribuídos: 05 para dentística, 01 para periodontia e 02 para urgência.

A sala da cirurgia oral menor, que requer um certo grau de assepsia para intervenções cruentas, com níveis de contaminação baixos, é compartilhada, mesmo que provisoriamente, com a Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais, o que contraria as orientações Ministeriais e as normas de biossegurança. Percebemos, ainda, que tal sala encontrava-se com odor forte e com paredes em estado de conservação inadequado. Uma das salas de urgência encontrava-se interdita por apresentar infiltração no teto. No entanto, a unidade passou por reformas, no início do mês de Novembro/2006, com intuito de sanar esses e outros problemas de ordem estrutural.

O espaço destinado a atividades burocráticas da unidade é insuficiente e inadequado, comportando somente duas salas, uma para a direção e outra ocupada pelo pessoal da administração e de apoio. Nesta, funciona o agendamento de pacientes, a prestação de informações, distribuição de medicamentos, dentre outras funções. Além dessa superposição de funções, sua localização se dá na parte posterior da unidade, dificultando e complicando o atendimento aos usuários. Ainda em relação às instalações físicas, os banheiros utilizados pelos usuários não foram adaptados para atender portadores de necessidades especiais.

As limitações identificadas no espaço físico remetem à noção de ambiência, assumida nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde. Nesta, o espaço deve propiciar confortabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, através de componentes que modifiquem ou qualifiquem o ambiente, estimulando a percepção e criando ambiências acolhedoras, que muitas vezes dão contribuições significativas ao processo de produção da saúde. Desse modo, o espaço é tomado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo⁶⁰. O CEO “A”, desde o espaço de recepção dos usuários às condições dos ambientes clínicos, deixam a desejar nos itens de conforto, privacidade e ambiente acolhedor.

CEO “B”:

O CEO “B” funciona em unidade de saúde que também foi adaptada. Segundo a Coordenadora de Saúde Bucal é o mais precário dos Centros do município, embora esteja sendo útil à população em seu novo propósito, apesar das limitações. Anteriormente funcionou como ambulatório de atenção básica, atendimento de urgência e radiologia. Com a implantação do CEO, somaram-se a estas atividades ações especializadas em periodontia e endodontia, de modo que não houve a substituição da atenção básica, apesar da oposição do Ministério da Saúde. A justificativa dada é que não há equipes de saúde bucal da ESF no bairro e seria um equívoco retirar esse serviço do local, pois traria prejuízos para a comunidade.

A unidade é ampla, mas insuficiente para as diversas funções que desempenha. São desenvolvidas atividades médicas ambulatoriais, de pronto-atendimento e odontológicas. Outras ações remanescentes do funcionamento anterior da unidade permaneceram: um programa de ensino em parceria com o Departamento de Odontologia da UFRN, que oferece estágio para os

acadêmicos do 8º período (quarto ano); atividades de prevenção e educação em saúde bucal, como o Bebê Sorrindo, destinado a recém-nascidos e menores de 4 anos; fluoroterapia, para crianças e adolescentes do bairro que estiverem sob tratamento na unidade.

Cabe ressaltar ainda que esta unidade foi objeto de intervenção do Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade), que teve seu início em 1995, desenvolvendo ações em bairros na região oeste de Natal. A iniciativa era fruto de parceria entre Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP), Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS), além de organizações comunitárias e outros parceiros formais. A missão resumia-se em: construir mudanças no modelo de assistência e na prática profissional; inovar o projeto político-pedagógico do ensino da saúde na UFRN, abrindo novos campos de prática, fora dos muros da universidade; promover o desenvolvimento comunitário para o “autocuidado” e o controle social sobre os serviços e as Políticas Públicas de Saúde. Os problemas foram selecionados por bairro, buscando contribuir para o enfrentamento dos mais graves indicadores de saúde identificados em cada área. Na Cidade da Esperança, identificou-se um alto índice de cárie e doença periodontal. A partir daí, o UNI-Natal, junto à SMS, participou de discussões e encontros para definir as bases para uma política de atenção integral, em áreas específicas, como esta de saúde bucal ⁹¹.

O Quadro 3 apresenta parte da distribuição interna dos espaços da unidade, especialmente, aqueles utilizados para desenvolver funções do Centro de Especialidades.

Segundo a gestão municipal, quando foi escolhida esta unidade para sediar o CEO, assim como as outras, usou-se como um dos principais critérios o espaço físico disponível, já que apresentava sala grande onde funcionavam os módulos assistenciais com atenção básica. Paradoxalmente, o espaço físico da mesma unidade tem sido um dos obstáculos à implementação de novas especialidades e melhoria das já existentes. Temos como exemplo a radiologia e a endodontia, que funcionam em salas conjugadas e comunicáveis, onde compartilham de um mesmo aparelho de Raios X. Assim sendo, o funcionamento simultâneo destas especialidades torna-se inviável, uma vez que as tomadas radiográficas são realizadas em sala desprovida de proteção (sem barita).

Percebe-se que existem adaptações para viabilizar o funcionamento dos serviços que acabam tornando-se rotineiras e até parecem não se configurar mais em problema, embora a

aparente conveniência possa trazer perdas para usuários e profissionais, além de desperdiçar um tempo clínico que poderia ser otimizado.

Quadro 3. Distribuição do espaço físico do CEO “B” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.

Recepção	Não possui recepção específica para o CEO.
Sala de espera	Corredores estreitos com alguns assentos em alvenaria.
Banheiros	03 para usuários e 02 para funcionários.
Radiologia	A sala não é revestida por barita, não possui biombo e há 01 equipamento de Raios X compartilhado com a endodontia.
Endodontia	Possui 01 sala que está conjugada àquela da radiologia e uma menor que funciona como câmara escura.
Periodontia	Utiliza o maior espaço destinado ao CEO, compartilhando-o com a atenção básica.

Outros problemas de natureza física são o mofo presente em algumas paredes, especialmente no teto, e a pintura de determinados locais em precário estado de conservação, mostrando aparência pouco agradável para profissionais e usuários (Figura 4). Verificou-se iniciativas de camuflagem da aparência desagradável (Figura 5), mas o problema permanece lá sem perspectiva de solução definitiva.

Apesar de estar havendo reforma em parte da unidade não foi incluída melhoria das salas de radiologia e endodontia; careceria que fosse feito, provavelmente, novo processo licitatório. Realizou-se apenas uma pintura geral na unidade cobrindo inclusive o mofo e aquela parede mal conservada, vistas nas Figuras 4 e 5, embora haja indícios de que o problema não esteja sanado em sua origem por apresentar sinais de retorno.

Constata-se ser este um problema que extrapole a esfera da saúde, embora permaneça como problema da fragmentação da gestão. Setores de infra-estrutura e engenharia são fundamentais como suporte ao funcionamento dos serviços.



Figura 4. Sala de radiologia do CEO “B” exibindo paredes em condições precárias. Natal, RN. 2006.



Figura 5. Sala de endodontia do CEO “B” com cartazes no teto para camuflar o mofo. Natal, RN. 2006.

A Coordenadora de Saúde Bucal do município tem ciência e refere-se ao assunto da seguinte forma:

Vamos baritar a sala de Raios x, inclusive já consta no projeto da SMS, para que não atrapalhe o atendimento de um, nem de outro [profissional]. Mas, a prioridade é a sala de cirurgia, porque a pessoa de APNE está esperando para ir pra lá, só falta isso. Melhorará muito ao baritar porque poderão ser feitas radiografias a qualquer hora sem incomodar a sala vizinha, da endodontia (...) Quase todas as unidades têm mofo, mesmo as novas. Isso é uma questão grave. Equipamentos novos, mas sala com mofo dificulta a realização do trabalho. É uma questão da engenharia (...) Para fazer essa sala de cirurgia (oral menor) tivemos que amarrar: bancada, piso, paredes adequadas.

As diretrizes para proteção radiológica e uso de equipamentos de Raios X em todo o território nacional estão contidas na Portaria nº 453 da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. Especificamente em relação a consultórios odontológicos, que realizam

apenas radiografias intra-orais, não se exige aprovação prévia de projeto básico das instalações pela autoridade sanitária local, no sentido da proteção radiológica, para que possa funcionar. Contudo, todo serviço deve manter uma cópia do referido projeto, seja a instalação nova ou modificada, disponível a estas autoridades ²⁹.

Em geral, há certo rigor para que os ambientes possuam barreiras físicas com blindagem suficiente para manter níveis de dose baixos e exequíveis, não ultrapassando as restrições estabelecidas na legislação vigente. Para instalar equipamentos de radiografias intra-orais, por exemplo, recomenda-se que o ambiente permita à equipe distanciar-se 2 (dois) metros, pelo menos, do cabeçote e do paciente. No entanto, se a carga de trabalho for superior a 150 (cento e cinquenta) radiografias por semana, devem ficar atrás de uma barreira protetora com uma espessura mínima de 0,5mm equivalentes ao chumbo ²⁹.

CEO “C”:

O CEO “C” insere-se numa unidade que contempla vários outros serviços, de especialidades médicas, de psicologia, fisioterapia, laboratório de análises clínicas, farmácia, entre outros. A Saúde Bucal já possuía o seu espaço dentro da unidade, atuando na atenção básica. Com a implantação do CEO houve mudanças e substituição das ações existentes por especializadas. Houve uma mudança quase radical não fosse a permanência de alguns profissionais que já trabalhavam na unidade com serviços básicos e que continuaram realizando ações de dentística clínica após conclusão dos tratamentos endodônticos, semelhante ao CEO “A”. Conciliou-se a necessidade do complemento restaurador, após conclusão de tratamentos endodônticos, evitando perdas posteriores, com o desejo desses profissionais permanecerem na unidade.

O Quadro 4 mostra a distribuição dos espaços na unidade utilizados para desenvolver funções do CEO ou relacionadas a este.

Observa-se, não apenas nesse, mas em todos os CEOs, que há um descuido no tratamento das áreas externas, onde inexitem salas de espera adequadas e confortáveis para usuários e acompanhantes, além de ambientes que proporcionem uma boa recepção. Necessita-se criar espaços de escuta, de recepção, que proporcione maior interação entre usuário e trabalhador, sendo acolhedores também no sentido do conforto produzido pela introdução de iluminação,

cores, sons, entre outros, e utilização de mobiliários dispostos de maneira adequada e confortável ⁶⁰.

Quadro 4. Distribuição do espaço físico do CEO “C” segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.

Recepção	Não possui recepção específica para o CEO.
Sala de espera	Há bancadas de cimento no corredor em lugar aberto e arejado.
Banheiros	02 para funcionários e 02 para usuários.
Cirurgia + APNE	Dividem em horários distintos a mesma sala e equipamentos. Fica em sala reservada, embora comunicável com a maior, onde estão os outros equipamentos.
Radiologia	Sala menor, de cor preta, com paredes baritadas e porta revestida em chumbo. Possui o aparelho de Raios X e seus anexos.
Endodontia + Periodontia + Dentística	Há a utilização conjunta tanto do espaço, quanto dos equipamentos. A sala é ampla e comporta 03 consultórios distribuídos lado a lado, com bancada de alvenaria à frente onde se encontram alguns equipamentos e materiais de apoio operados pelas auxiliares.

Como nos demais CEOs descritos, este também não possui banheiros adaptados para portadores de deficiências. As rampas para entrar com cadeiras de rodas foram improvisadas na porta de acesso à sala de atendimento, embora se façam presentes na entrada principal da unidade.

Outro fato que se repete e parece já ser de praxe é o compartilhamento da sala de cirurgia oral menor com a APNE. Seria preciso privacidade no atendimento desses pacientes, em sala única, por apresentarem, algumas vezes, um grau maior de dificuldade, não sendo adequado compartilhar com outros usuários sob tratamento.

A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente que pode ser garantida pelo uso de divisórias ou elementos móveis, permitindo ao mesmo tempo integração e privacidade. Deste modo, facilita o processo de trabalho, aumenta a interação da equipe e possibilita um atendimento personalizado. A arquitetura como ferramenta facilitadora pode ser usada como instrumento construtor do espaço aspirado por profissionais de saúde e pelos usuários, e que se constitua de um ambiente que vá além do normativo, projetado exclusivamente para comportar alta tecnologia ⁶⁰.

Observamos ainda a adequação visual, dentro dos CEOs, utilizando como referencial o manual de logomarcas do Brasil Sorridente ⁵³, que apesar do rigor, traz orientações pertinentes no sentido de informar e facilitar o fluxo dos usuários dentro dessas Unidades. Procuramos visualizar algumas peças tais como: Placa de identificação para fachada, placa de identificação para recepção, placa de identificação para consultórios, placa de inauguração, jalecos (bolso esquerdo) e móveis.

Quadro 5. Distribuição das logomarcas do Brasil Sorridente, segundo a localização, a presença e o CEO. Natal, RN. 2006.

Logomarcas	CEO A	CEO B	CEO C
Placa de inauguração	Sim	Sim	Sim
Placa de identificação para fachada	Sim	Sim	Sim
Placa de identificação para recepção	Sim	Não	Não
Placa de identificação dos consultórios	Parcial	Parcial	Parcial
Jalecos	Parcial	Sim	Sim
Móveis	Não	Sim	Sim

Identificamos que os CEOs não adotam integralmente as orientações do Ministério da Saúde no que tange à adequação visual, como mostra o Quadro 5. No entanto, onde a marca está

presente parece ter existido o cuidado de seguir as especificações quanto ao material de confecção, tamanho, cor, letras, dentre outras.

A sinalização dos ambientes não deve existir apenas por cumprimento normativo, mas deve contemplar, como sugere a PNH, informação de toda ordem, sem excluir pessoas com necessidades especiais ou que não saibam ler. Além disso, deve apresentar uma linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções. O objetivo da sinalização, portanto, deve ser o de garantir ambiente acolhedor e facilitar o trânsito de usuários e profissionais na unidade de saúde ⁶⁰.

3.2 Equipamentos, instrumentais e materiais disponíveis nos CEOs

Os CEOs de Natal, mais especificamente o “B” e o “C”, receberam do Ministério da Saúde, ao aderir ao Programa, 08 cadeiras odontológicas, 08 equipos completos, 08 fotopolimerizadores, 08 amalgamadores de cápsula, 02 aparelhos de Raios X, 02 compressores grandes, porque apenas dois foram habilitados antes da Portaria nº 1570. O CEO “A” foi implementado depois da portaria e não foi contemplado com o recebimento desses equipamentos, segundo informações da Coordenadora de Saúde Bucal municipal, vindo apenas o incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

A seguir tentaremos agrupar os equipamentos disponíveis nos CEOs fazendo um paralelo com o estabelecido em documentos oficiais (Quadro 6) ^{74, 72}. Para aqueles do tipo II, como são tipificados os três existentes em Natal, as portarias que tratam da sua implantação e habilitação recomendam de 04 a 06 consultórios completos. Os CEOs estudados estão consoantes com tal orientação, embora eles não sejam exclusivos da atenção especializada em alguns casos, como no “B” e no “C”. Quanto ao restante do aparato tecnológico recomendado, alguns CEOs comportam, inclusive, quantidades maiores que aquelas previstas.

Em relação ao instrumental, a aquisição se deu através de recursos próprios do município. Alguns entrevistados consideram a quantidade suficiente, tanto para a demanda como para as atividades desenvolvidas. Outros consideram razoável e alegam insuficiência para algumas especialidades, como a periodontia, onde boa parte do instrumental encontra-se “cego”, dificultando o trabalho.

Quadro 6. Distribuição dos principais equipamentos utilizados nos CEOs segundo informações dos profissionais e observação do pesquisador. Natal, RN. 2006.

Equipamentos	CEO Tipo II (MS)	CEOs de Natal		
		CEO A	CEO B	CEO C
Consultórios Odontológicos	04 a 06 consultórios completos	06 (CEO) 05 (dentística) 02 (urgência)	04 (CEO e AB) 01 (CEO) 01(urgência)	03 (CEO/dentística) 01 (CEO)
Aparelho de Raios X	01	01 (CEO) 01 (AB)	01	01
Compressor	01	01	02 (CEO e AB)	01
Fotopolimerizador	01	01	01	01
Amalgamador	01	02	01 (AB)	01
Canetas de alta rotação	Compatíveis com serviços	06 (CEO)	05 (CEO/ AB)	04 (CEO/dentística)
Autoclave	Não prevê	01	01	01

Com a adesão ao Brasil Sorridente, algumas unidades foram beneficiadas com a doação de computadores e impressoras, sendo que apenas o CEO “A” não recebeu, tornando-se motivo de reivindicação do setor de arquivamento de fichas.

3.3 Quadro de Profissionais

O *processo seletivo* para compor o quadro de profissionais dos CEOs de Natal deu-se por meio de análise curricular daqueles que já atuavam na rede. Exigiu-se formação nas especialidades disponíveis, embora houvesse flexibilidade, em função da dificuldade de encontrar especialistas em todas as áreas e por levar em consideração profissionais com habilidades comprovadas por longo tempo de prática em determinadas atividades, como mostra a Figura 6.

Além da inclusão dos profissionais que já estavam na rede de serviços, foram convocados alguns especialistas aprovados no último concurso público realizado pelo município, antes da implantação do CEO, para compor as equipes de trabalho.

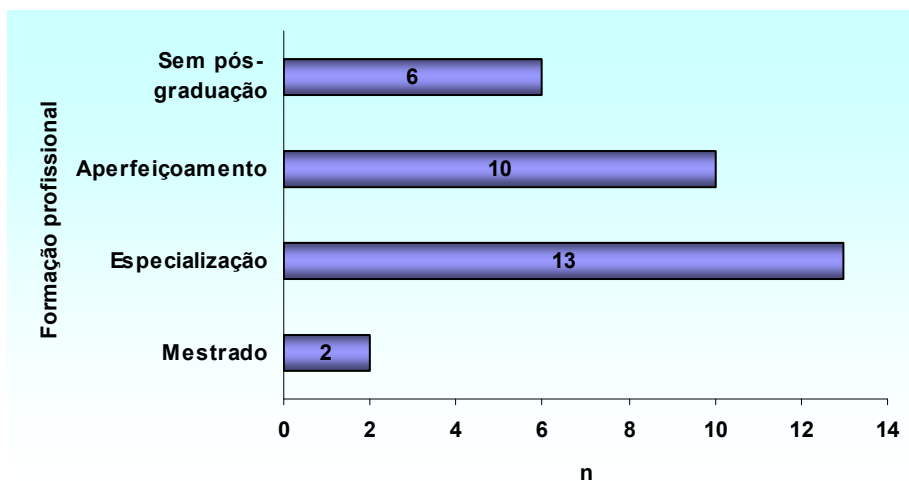


Figura 6. Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo a formação profissional nos CEOs de Natal, RN, 2006.

Quadro 7. Número de cirurgiões-dentistas, segundo especialidades e CEOs. Natal, RN, 2006.

Especialidades Odontológicas	CEOs			
	CEO A	CEO B	CEO C	Total
Endodontia	06	02	02	10
Periodontia	02	03	02	07
Radiologia	02	02	01	05
Cirurgia bucomaxilofacial	02	-	02	04
APNE	01	-	01	02
Estomatologia	01	-	-	01
Prótese	02	-	-	02
Total	16	07	08	31

Conforme o Quadro 7, que descreve a composição atual dos profissionais que prestam serviços nos CEOs de Natal, a maioria deles encontra-se na endodontia (10), embora ainda seja baixa a oferta para todo o município. Há poucos radiologistas (05), poucos protesistas (02), enfim, há de fato um quantitativo baixo para uma demanda epidemiologicamente alta na atenção secundária, especialmente para endodontia e prótese. Além disso, percebemos desfalques de profissionais para algumas especialidades, consideradas essenciais, nos CEOs “B” e “C”, como cirurgia, APNE e estomatologia.

No momento de realização desta pesquisa, identificamos que alguns profissionais não recebiam a Gratificação de Especialidades Odontológicas (GEO). Segundo informações da Coordenadora de Saúde Bucal o processo de homologação desses profissionais está tramitando e sua oficialização os contemplará com o adicional que, em valores atuais, equivale a R\$ 700,00 (setecentos reais).

O ingresso da maioria dos profissionais nos CEOs, entre junho e julho de 2005, não os levou ao recebimento imediato da GEO. Necessitou aprovação na Câmara Municipal de Natal, que só ocorreu em 10 de novembro de 2005, e sanção do Prefeito através da Lei Complementar ³⁷, a qual acrescenta a alínea “u” àquela pré-existente (nº 020 de 02 de março de 1999):

u) Gratificação de Especialidades Odontológicas – GEO, atribuída a servidor em exercício de atividade no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, fixada, respectivamente, nos valores de R\$ 700,00 (setecentos reais) para os servidores de nível superior, com formação na área de odontologia e especialização e/ou aperfeiçoamento nas especialidades de periodontia, endodontia, atendimentos a pacientes com necessidades especiais, cirurgia bucomaxilofacial, patologia oral, ortodontia preventiva e odontopediatra, de R\$ 500,00 (quinhentos reais) para servidores de nível médio, com curso técnico em prótese e de R\$ 300,00 (trezentos reais) para aqueles de nível médio, com curso de auxiliar de prótese e de consultório dentário, concedida por ato do Prefeito, mediante indicação do Titular da referida Secretaria.

A referida alínea não incluiu, entre os beneficiários, protesistas e radiologistas, de modo que apenas aqueles que entraram primeiro foram contemplados, em função de terem passado despercebidos pelo órgão fiscalizador municipal. Porém, quando detectada a irregularidade, foi suspensa a GEO para novas contratações, especialmente na área de radiologia. No entanto, já foi

enviado um novo projeto pela SMS, para apreciação na Câmara Municipal de Natal, propondo nova alteração na lei, de modo a contemplar as especialidades excluídas.

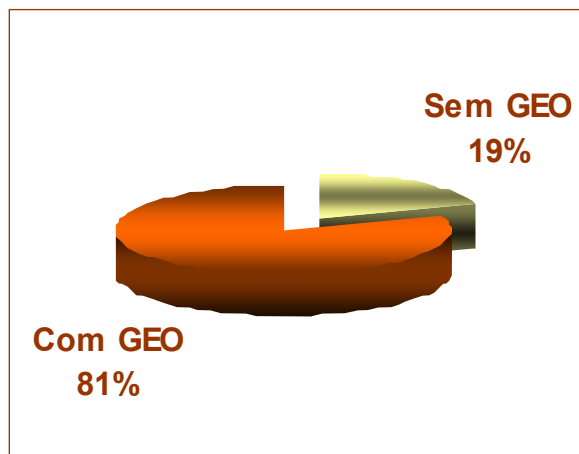


Figura 7. Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo o recebimento ou não da Gratificação de Especialidades Odontológicas – GEO nos CEOs de Natal/ RN. 2006.

A situação de recebimento da GEO por aqueles que se encontram hoje nos CEOs ainda não está totalmente regularizada, como mostra a Figura 7, de modo que 19% dos profissionais que ali se encontram não a recebem e estão à espera desse benefício, já que fazem jus por contribuírem de forma igualitária aos demais.

Em relação à *carga horária* de trabalho, a maioria dos CDs do CEO trabalham apenas 01 turno, que corresponde a 20 horas semanais. As Portarias que tratam da implantação e habilitação dos CEOs (nºs 1570 e 599), quando se referem à quantidade e carga horária de recursos humanos dizem que os CEOs tipo II, como são os de Natal, devam possuir 04 ou mais CDs, perfazendo uma carga horária de 160h/semana ou que cada um dos consultórios deva ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de CDs que nele atue. De modo que o CEO “B”, em função de possuir apenas 07 profissionais, não está seguindo essa recomendação. Em contrapartida, o CEO “A” excede o previsto, tendo a gestora a pretensão de passá-lo para o tipo III, aumentando incentivo para custeio dos atuais R\$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) para R\$ 15.400,00 (quinze mil e quatrocentos reais) mensais.

Lembramos que, em caso de mudança do tipo de CEO, será alterado somente o valor correspondente ao incentivo financeiro destinado ao custeio dos serviços de saúde, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a aprovação da alteração, não sendo transferida a diferença correspondente ao incentivo de implantação⁷³, já que o mesmo recebeu esse incentivo, quando da sua implantação, em valores compatíveis com o tipo de CEO naquela ocasião.

Em relação aos ACDs (Atendentes de Consultório Dentário) observa-se diferença no número e na maneira como se organizam para trabalhar em cada CEO. No “A” apresentam-se em número de 32, mas não são todos exclusivos do CEO. Têm regime de plantão e se revezam entre os diversos serviços prestados, como ambulatório, urgência e especialidades odontológicas. A maioria tem formação e condição de desempenhar suas funções em qualquer área de trabalho da unidade. A opção para não destinar alguns desses servidores para serem exclusivos do CEO e receberem a gratificação de R\$ 300,00 (trezentos reais) tem relação com a organização peculiar de trabalho que já possuía a unidade, considerada satisfatória, e de ser mais vantajoso em termos de ganhos salariais.

O “B” possui duas ACDs que na realidade têm formação de THDs, com 40hs semanais cada e com a gratificação referida anteriormente. Apesar de parecer pouco o número de profissionais, conseguem cobrir as especialidades existentes que dependam de seus trabalhos nessa unidade, que são a endodontia e a periodontia. Já o “C” possui 06 atendentes de consultório dentário cumprindo dois turnos diários cada uma delas e todas percebendo a gratificação. As recomendações oficiais prevêem a correspondência de 01 ACD para 01 consultório dentário. Lembramos que os CEOs de Natal, tipo II, funcionam com um número de consultórios que varia de 4 a 6.

3.4 Atividades odontológicas desenvolvidas nos CEOs

Analisando a quantidade e qualidade das especialidades mínimas recomendadas para os CEOs - endodontia, periodontia, cirurgia, APNE e diagnóstico oral - percebemos que o município adaptou as orientações ministeriais. Foram incluídas, em alguns Centros, especialidades como a radiologia e suprimidas, em outros, a estomatologia e a cirurgia, mostradas no Quadro 7, consideradas primordiais nos documentos oficiais, mas, nem sempre compatíveis com as

realidades locais. Por tratar-se de um programa normativo, as recomendações adquirem caráter de ordem mais geral, como já foi colocado anteriormente no item 1.2 do capítulo 1.

3.5 Metas de produtividade

As metas de procedimentos por especialidades variam a depender do tipo de CEO, se I, II ou III, e foram pré-estabelecidas pelo nível central, tornando-se ferramenta avaliativa de desempenho dos mesmos, a partir da produção mínima trimestral que deverá ser encaminhada ao DAB/SAS/MS. De certa forma, esta produção ditará a permanência ou a suspensão dos incentivos mensais repassados pelo governo federal para custeio dos Centros, podendo inclusive descredenciá-los em caso de descumprimento das mesmas.

O planejamento de ações é fundamental para organizar o trabalho em equipe, mas, como em outras ações programáticas, as metas são definidas centralmente, o que praticamente impede a participação nos espaços locais²⁰. Para Merhy⁴⁵, o cotidiano dos serviços de saúde apresenta duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador. Estes espaços podem ser estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é a sua desconstrução no espaço da micropolítica, da organização do trabalho e das práticas. O gestor não é único e nem domina o cenário de disputas, mesmo que pareça, visto que detém os recursos financeiros e através dele induz a inclusão ou não de programas geralmente acompanhados por cumprimento de metas pré-estabelecidas. Há nesse cenário outros atores que detêm também algum grau de autonomia e que produzem em seus espaços singulares a forma de intervir em saúde.

O ponto de partida para pensar a saúde é o que faz o trabalhador, o que é efetivamente realizado por ele em situação de trabalho para alcançar os objetivos definidos pelas tarefas que deve realizar, sem se limitar ao que é prescrito para sua execução. Ao serem convocados no processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si”, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, ele elabora estratégias que indicam a inteligência inerente ao trabalho humano e, portanto, é gestor do seu trabalho e produtor de saberes e de novidades (Schwartz citado por Barros)⁶.

As Unidades de Saúde observadas procuram ofertar suas quotas de ações especializadas no sentido de cumprirem as exigências programáticas do nível federal e dividem-nas entre os profissionais, para que ao final do mês ou acumulado trimestral atinjam este valor determinado e até ultrapassem, como acontece no CEO “A”, em função de existir uma maior capacidade instalada (mais equipamentos e mais profissionais). O protocolo municipal também dispõe sobre o estabelecimento da oferta por especialidades, embora muitos profissionais desconheçam o teor desse documento.

A relação entre a produção odontológica da atenção básica e especializada, no município de Natal, vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, especialmente quando da implantação dos CEOs, em meados de 2005, mas não tão visível em termos quantitativos, como reflete a Figura 8.

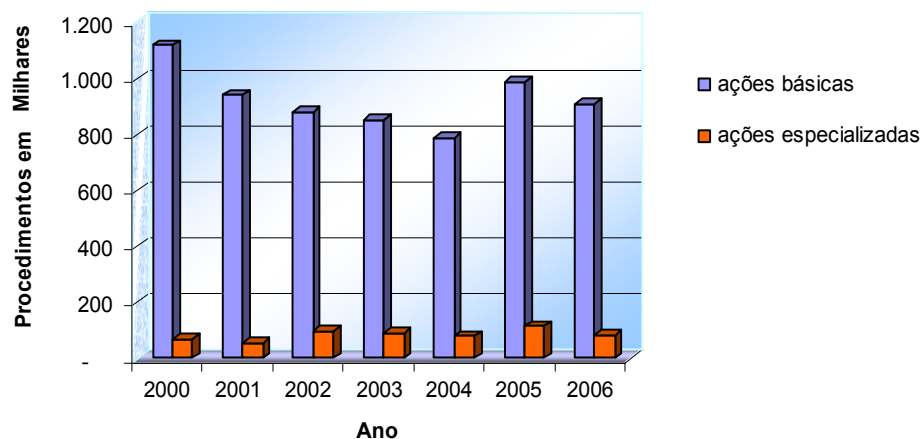


Figura 8. Distribuição de procedimentos odontológicos básicos e especializados entre 2000 e 2006 (Outubro). Natal, RN. 2006.

Fonte: SIA/SUS

Cabe destacar também o indicador de número 27, complementar de saúde bucal, presente no Pacto da Atenção Básica ⁷⁰, que consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS, utilizando para o cálculo dados do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) aplicados através da seguinte fórmula:

Número de procedimentos odontológicos individuais
especializados* realizados em determinado local e período

Número total de procedimentos odontológicos individuais**
realizados em determinado local e período

*Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos especializados que compõem o Grupo 10.

** Todos os códigos do SIA/SUS que compõem elenco de procedimentos odontológicos individuais Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4 (Ações Coletivas) e 03.021.01-7 (Primeira Consulta Programática) e o Grupo 10.

Verifica-se através deste indicador a mesma tendência de crescimento das ações especializadas em relação às básicas no município, conforme o Quadro 8. No entanto, em valores superiores àqueles representados na Figura 8, por excluir do seu cálculo alguns dados da atenção básica, como aponta a fórmula acima, ou seja, dados relativos a procedimentos coletivos e primeira consulta programática.

Quadro 8. Distribuição de valores do indicador 27 referente ao Pacto de Atenção Básica 2006 segundo ano. Natal, RN. 2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Média
Natal	7,87	7,10	12,77	11,89	12,37	14,71	11,12

Fontes: MS e IBGE

Comparando ainda dados municipais com a média nacional, Natal apresenta percentuais superiores e quase dobra nos anos de 2002, em função de procedimentos radiográficos existentes no município, e de 2005, após a implantação dos CEOs, como se vê na Figura 9. Consideramos que seja reflexo do maior acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados já que a Figura 8 mostra um número expressivo de procedimentos básicos em 2005 e não a sua queda, ressaltando-se, no entanto, que tais dados incluem procedimentos coletivos e individuais.

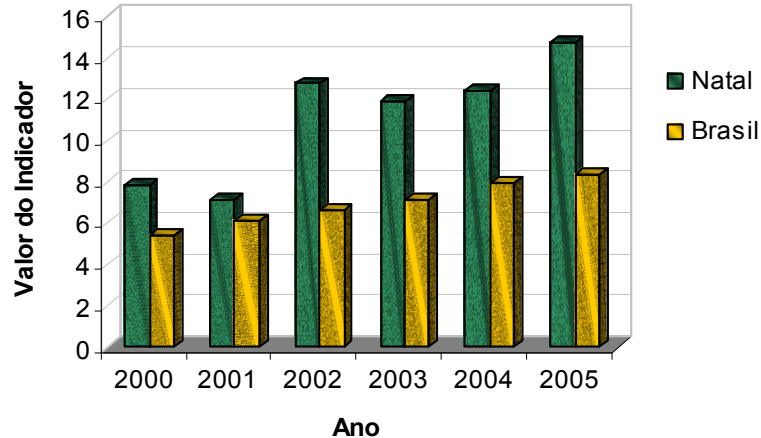


Figura 9. Comparação dos valores do indicador 27, referente ao Pacto de Atenção Básica 2006, entre Natal e a média brasileira por ano. Natal/RN. 2006.

Fontes: MS e IBGE

Ao verificar a produtividade, do ponto de vista da sua distribuição por especialidade, tornam-se perceptíveis as mudanças ocorridas com a implantação dos Centros, conforme será mostrado adiante através das Figuras 10, 11 e 12, onde a análise passa a ser feita por cada CEO. Para efeito de análise, foram excluídos o diagnóstico oral e a prótese, pela implantação recente de ambos, meados de 2006, e por não se ter ainda definição sobre seus códigos no SIA/SUS.

A unidade, representada na Figura 10, apesar de já trabalhar com algumas especialidades, quando passou a CEO, em 2005, teve incremento em produtividade, especialmente na periodontia.

Na Figura 11 o que nos chama atenção é a queda nos procedimentos da radiologia, que teve seu pico em 2003, caindo em 2004 e mantendo-se em 2005. Isto se deu em função de novas metas acordadas entre profissionais e gestor local. A periodontia teve um crescimento expressivo em 2006, assim como a endodontia, e a cirurgia sequer despontou, por encontrar-se ainda em fase de implantação.

Na Figura 12 o que se vê é uma explosão de procedimentos nessas cinco especialidades que passaram a existir na unidade somente com a adesão ao Brasil Sorridente. Há um ganho expressivo na oferta em 2005 para todas as especialidades, sem exceção, ampliando ainda mais até outubro de 2006.

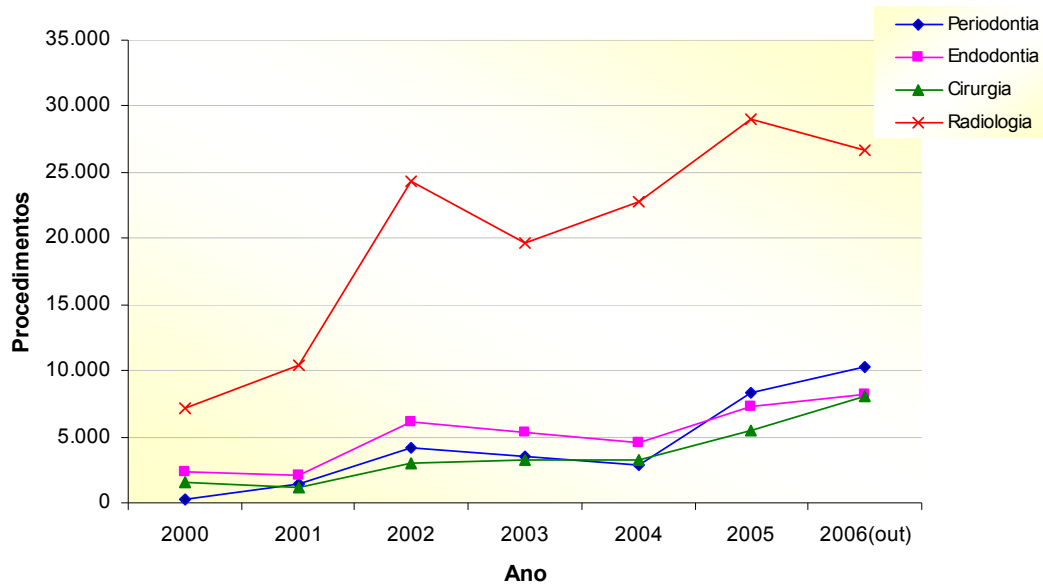


Figura 10. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO “A”. Natal, RN. 2006 (outubro).

Fonte: SIA/SUS

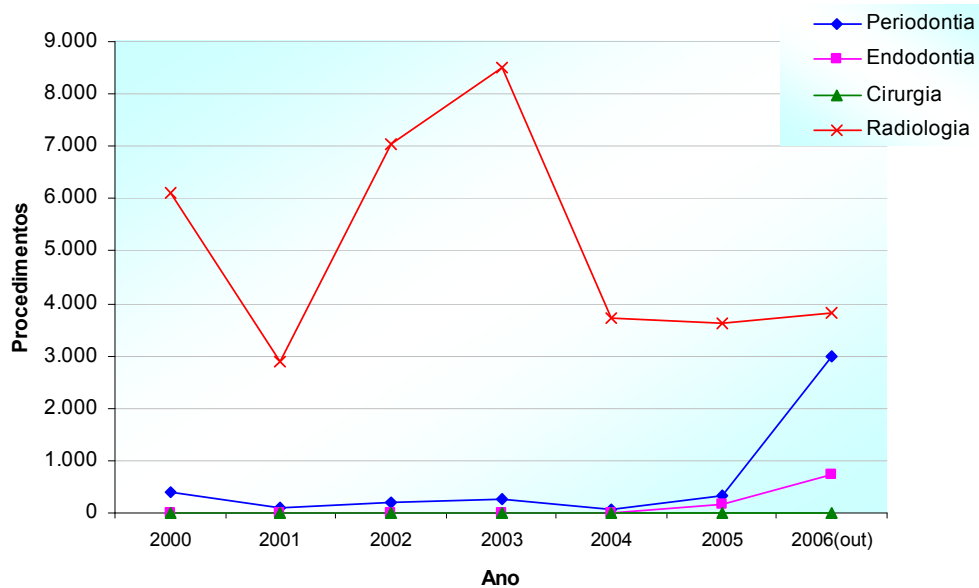


Figura 11. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO “B”. Natal, RN. 2006 (outubro).

Fonte: SIA/SUS

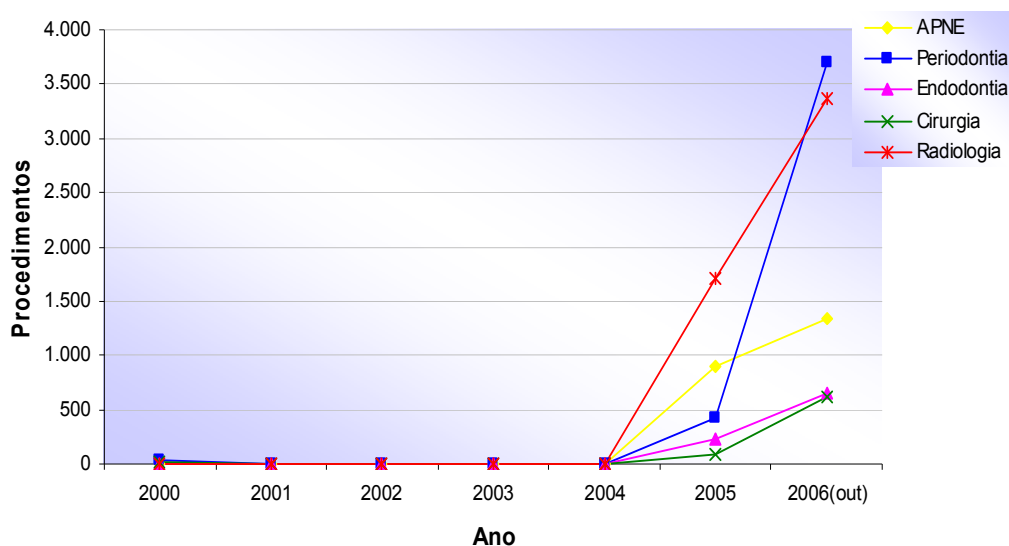


Figura 12. Frequência de procedimentos especializados segundo ano e especialidades do CEO "C". Natal, RN. 2006 (outubro).

Fontes: SIA/SUS e SMS

Uma das limitações do Sistema de Informação em relação à produtividade do CEO é que especialidades como APNE e prótese possuem códigos da atenção básica, iniciando por 03, e para a estomatologia encontram-se indefinidos. Isto poderá subestimar o valor dos procedimentos especializados, códigos 010, quando se busca informações diretamente no Sistema. Os profissionais que trabalham nessas especialidades encaminham sua produção em separado, mensalmente, para a SMS que, através de uma planilha, compila esses dados e envia ao MS, segundo informações locais.

3.6 Agendamento da demanda nos CEOs

A demanda de certa forma é organizada, já que em sua maioria vem referenciada da rede básica de assistência. Mas há formas diversas de entrar no CEO a depender da especialidade que o usuário requeira.

Assim, o CEO "A" marca para endodontia e periodontia uma vez por mês, em sua última semana, preenchendo-o por completo. Esse agendamento é feito por uma equipe que atende na administração, não na recepção, no interior da unidade. Na cirurgia os profissionais atendem

usuários previamente agendados e fazem uma espécie de “triagem” diária, complementando suas quotas. A radiologia trabalha com demanda aberta, sem referenciamento, provavelmente em função de existir uma boa oferta desses serviços neste CEO. No diagnóstico bucal, a demanda também é aberta, por haver ainda pouca procura pela especialidade, com exceção do atendimento aos idosos que irão se submeter à prótese dentária. O agendamento é feito com o próprio dentista.

Por ser tradicionalmente a única unidade do município a fazer atendimento especializado antes da existência do CEO, a procura ainda persiste, quando aos usuários faltam respostas em seus Distritos de origem, mesmo nos que já tenham esse tipo de atenção. Ou seja, atendem usuários de todos os Distritos de Natal.

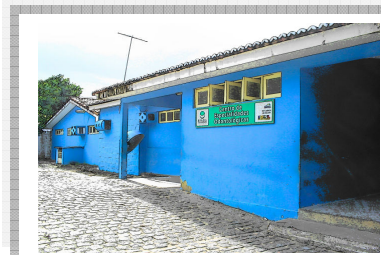
No CEO “B” os usuários também vêm da atenção básica e com ficha de referência, geralmente do Distrito onde se encontra instalado. O agendamento é feito pelos próprios ACDs, tanto na endodontia como na periodontia. A ACD da endodontia diz que possui uma lista de espera com telefones dos usuários e chama-os, à medida que vão surgindo vagas, para evitar as tradicionais filas com dias fixos de marcação. Na radiologia, as marcações são feitas diretamente com dentistas. Os usuários encaminhados são originários, em sua maioria, da própria unidade.

O CEO “C” segue a mesma lógica dos outros no que se refere à entrada dos usuários. É referência para o próprio Distrito. Os agendamentos das consultas são feitos por uma ACD responsável que marca para todas as especialidades à exceção da APNE, que é realizado pela dentista.

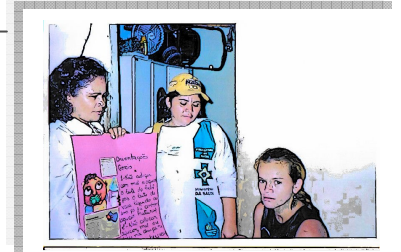
Marca-se manhã e tarde o pessoal referenciado, qualquer dia e para qualquer especialidade, desde que exista vaga. Mas, no caso da endodontia, por exemplo, como tem uma demanda reprimida muito alta, por vezes suspendem os agendamentos e reabrem ao final do mês.



Atividade educativa em saúde bucal



CEO de Natal



Visita domiciliar

“Se um só ponto situado em um círculo pode ser origem de infinitas linhas, e se o limite das infinitas linhas que divergem de tal ponto constitui infinitos pontos que, somados, voltam a ser um, concluiremos que a parte é igual ao todo”

(Da Vinci)

A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE REDES ASSISTENCIAIS

4 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE REDES ASSISTENCIAIS

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário e funciona, segundo Mattos ³⁸, como uma imagem-objetivo, ou seja, uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, parte de um pensamento crítico que se recusa a reduzir a realidade ao que "existe", que se indigna com algumas características existentes e almeja superá-las ³⁹.

No contexto histórico, o objetivo de garantir serviços de saúde integrais surge com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX. A criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, é o exemplo mais expressivo. Em 1946, o *NHS Act* estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos, que deveriam ser disponíveis e gratuitos para toda a população. Em meados da década de 1960, esse objetivo reaparece nas reformas setoriais, de forma mais contundente naquela realizada nos serviços sociais e de saúde da província do Québec, em 1971, na qual o acesso universal e a integralidade apareciam como centrais ¹⁶.

No Brasil, existiu durante décadas, no Sistema de Saúde, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro. Somente no final da década de 1970, se iniciaram esforços, ainda que tímidos, para a integração desse sistema dualista. A integralidade surge, mais concretamente, no início da década de 1980, em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC) ⁹, sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS quando aparece em texto constitucional, definida como: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” ⁸.

Narvai ⁶⁵ interpreta a Carta Magna, nesse trecho citado, e diz não dar conta da integralidade, já que se refere a atendimento integral. Atendimento, que tem a ver com ações no âmbito da assistência, e integral, que segundo o ‘Aurélio’ quer dizer: total, inteiro e global. Trocando em miúdos, o sistema de serviços de saúde deveria funcionar, simplesmente, com adequados mecanismos de referência e contra-referência, entre os níveis de complexidade do sistema, para cumprir este preceito. Além disso, as ‘atividades preventivas’ e os ‘serviços assistenciais’, estão subordinados ao atendimento, ou seja, à assistência ao indivíduo. A lei orgânica da saúde (lei 8080/90), de acordo com o autor, “avança” um pouco mais no sentido da integralidade, quando menciona que as ações devam ser realizadas, nos serviços públicos ou privados, conveniados ou contratados do SUS, obedecendo ao princípio da integralidade da assistência. Ressalva, no entanto, que a mesma Constituição reconhece que a saúde e a doença são produzidas socialmente e aponta para uma perspectiva de atenção, não de assistência, o que subentende integralidade, mesmo que o termo não se encontre expresso.

A prioridade atribuída à prevenção no texto constitucional tem, para Campos ⁹, uma forte conotação política e busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças na população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. Hoje, no entanto, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.

Para Mattos ³⁹, a integralidade é mais que a articulação entre prevenção e cura, como expressa a Constituição, sendo possuidora de um caráter polissêmico, que torna possível identificar vários sentidos para o termo. Mesmo não sendo todos abordados no presente estudo, destacamos que se encontram imbricados e é possível reconhecer alguns traços de semelhança, analogias ou fios de ligação articulando todos eles.

Este autor identifica três conjuntos de sentidos da integralidade pelos quais valem a pena lutar: um primeiro, aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo, relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e um terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde ³⁹.

O primeiro conjunto de sentidos destaca a integralidade aplicável a propostas governamentais para responder aos problemas de saúde, configurando-se, fundamentalmente, pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incida e ampliando o horizonte de problemas a serem tratados pela mesma. Desse modo, tal dimensão se manifesta na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde do usuário à identificação e resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto e, nesse caso, a busca ao serviço de saúde. E isso envolve dois aspectos: a apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros; e a capacidade de contextualizar, adequadamente, as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a utilizá-las³⁹.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Aqui a integralidade exigiria uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A busca pela organização do processo de trabalho tem por objetivo otimizar o impacto epidemiológico. Assim, as equipes dos serviços de saúde definem para segmentos da população quais as atividades a serem programadas, priorizando algumas doenças e agravos frequentes na população e passíveis de ações preventivas e/ou de controle³⁸.

As diretrizes programáticas deverão guiar o trabalho dos diversos profissionais e incidir sobre a recepção da unidade, sobre o agendamento de atividades, sobre o elenco das atividades realizadas e sobre o protocolo de realização das atividades³⁸. Para Gomes e Pinheiro³¹ sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e reorganização dos serviços. O nosso trabalho aborda mais esse sentido de organização dos serviços e práticas, a partir dos CEOs, bem como as relações estabelecidas com a atenção básica, no sentido da integração de redes assistenciais.

Mattos³⁹ faz duas críticas em relação a esse sentido da integralidade: a primeira incide sobre o peso dado à epidemiologia e a segunda sobre o risco da restrição no âmbito dos serviços ofertados. Chama atenção para o fato de que a melhoria do quadro epidemiológico seja um dos objetivos dos serviços de saúde, mas não o único. Reforça que as necessidades apreendidas,

epidemiologicamente, não sejam mais reais que aquelas manifestas, por exemplo, pela demanda espontânea. Há ações que se justificam, independentemente, do impacto epidemiológico que porventura produzam.

Há um terceiro sentido ligado às práticas dos profissionais de saúde, um valor a ser sustentado, um traço da boa medicina. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre profissional e usuário, caberá, quase que exclusivamente, a esse profissional e às suas posturas, a realização da integralidade. A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é inaceitável³⁹.

A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito a sua saúde. Também se faz presente na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos³¹.

Para Cecílio¹³, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada”.

Posto tal sentido é perfeitamente possível perceber algumas de suas características ao avaliar os serviços, nas posturas adotadas pelos profissionais diante do sofrimento que porta o usuário, esteja ele atuando em qualquer nível de atenção. Apesar desse (sentido) não ser o foco do objeto em estudo, atravessa os demais sentidos, o que nos fez incluir aspectos do processo de trabalho, nesta perspectiva da boa prática profissional.

Para Hartz e Contandriopoulos³⁶, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos

recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. O objeto da “rede” deve ser compreendido como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos.

Franco²² destaca que há redes integrando os diversos serviços de saúde, outras operando na produção do cuidado em unidades de saúde e entre profissionais que operam o cuidado:

Entre as diversas unidades, seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar, trabalham comunicando-se mutuamente, em um processo, que é o funcionamento em rede (...) Há a todo momento uma relação entre estas unidades, existindo, inclusive, uma cultura de encaminhamentos expressa pela normativa da *referência e contra-referência*, expressões de larga utilização no SUS (...) O mesmo se repete em uma unidade de saúde, onde as diversas micro-unidades de produção têm por sua vez uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele estabelecimento buscando resolutividade para seu problema. Em outro nível, o das equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado.

As redes estabelecidas sob o ponto de vista da micropolítica do trabalho em saúde, especialmente no que diz respeito à produção do cuidado, radicalizam com a idéia de rede apenas como parte da organização estrutural dos serviços. A vida produtiva se organiza pelas relações ou conexões realizadas entre pessoas e que se formam em fluxos horizontais por dentro das organizações²². Tal noção de redes, salientada por Franco²², apóiam-se nas idéias de Deleuze e Guattari que comparam a formação dessas conexões a um rizoma (rede rizomática), figura da botânica, que ao atingir proporções grandiosas, é impossível visualizar seus limites, externos e internos. Analogamente, as redes de cuidado constituem-se também de sistemas abertos com múltiplas ramificações, em várias direções, que levam a novas formações relacionais para produção da realidade.

Teixeira⁹⁸ faz uma releitura teórica sobre as redes de serviços de saúde, segundo categorias comunicacionais. Reconhece a natureza conversacional do trabalho em saúde e tenta sistematizar *técnicas de conversas*, que efetivamente dão forma a este trabalho. Em outras

palavras, busca conduzi-las, primordialmente, ao chamado *acolhimento dialogado*, que é a forma pela qual é possível evidenciar a eminência afetiva do trabalho em saúde. Assim, as redes de trabalho em saúde são pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o fundamental nelas é a produção do afeto. Oportunamente, voltaremos a este tema.

Retomando à idéia de organização estrutural de redes assistenciais, Guedes²⁸ acrescenta que garantir a atenção integral por meio destas redes não é tarefa fácil no Brasil, pela própria conjuntura em que ocorreu o processo de descentralização da saúde. Para o SUS, esta era definida na concepção federalista do exercício da pactuação, uma vez que coube à própria CF de 1988 tornar os municípios integrantes da Federação. Essas unidades subnacionais, inicialmente, adotaram um desenho de atuação peculiar, com profunda opção pela individualização e fragmentação da rede de serviços.

4.1 Organização de Serviços de Saúde e Fluxos Assistenciais: dos níveis hierárquicos às redes horizontais

A organização real de uma instituição ou o modo de produção de serviços de saúde não são obras do acaso, mas refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e em um dado contexto, concorrendo para que cada modo específico de organizar a vida sirva à concretização de determinados objetivos e não de outros¹⁰. Neste sentido, buscamos entender a origem da utilização, por tantos anos, da figura clássica de uma pirâmide, para representar o modelo tecno-assistencial a ser construído com a implantação plena do SUS.

Esse entendimento remonta à concepção histórica do processo saúde/doença, em que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da História Natural da Doença, teoria consagrada por White na década de 1960. De acordo com essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção, com seus conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos⁹.

Franco e Merhy²⁶ acrescentam que o processo saúde/doença, observado pela perspectiva da História Natural da Doença, visualiza nos cuidados primários de saúde a base de seu modelo de ação. Estes cuidados fazem parte de uma estrutura mais ampla que formaria o Sistema Nacional de Saúde e segue um modelo ideal de organização, no qual estão localizadas as ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de alguns princípios básicos de ordenação. Supõe-se que as ações vão desde o momento inicial do processo histórico natural da doença até o final, seguindo uma disposição hierarquizada, que reproduza a idéia do primário ao terciário, em fluxo burocratizado, proposto, inclusive, na Conferência de Alma Ata realizada em 1978.

A proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, traduzida na pirâmide, foi incorporada ao ideário dos que lutavam pela construção do SUS no nosso país, como uma espécie de “bandeira de luta” consensual do movimento sanitário, compondo posteriormente seus princípios organizativos. De um modo geral, a pirâmide teria a missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, construindo uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Em sua parte intermediária, estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. E no topo da pirâmide, ficariam os serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários ¹⁴.

Segundo Campos ⁹, em documentos relativos à regionalização, vemos que a expansão da rede básica e o processo de descentralização não podem prescindir de mecanismos que dêem aos municípios a capacidade de oferecer ações de caráter abrangente, segundo os diversos níveis de assistência capazes de atender em todas as demandas. Há urgência de se corrigir a tendência a uma assistência exclusivamente voltada para a atenção básica, havendo necessidade de se construir redes articuladas segundo planos regionais. Este seria um dos aspectos ligados ao ideário da integralidade, no que se refere à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

O exemplo mais recente de viabilização do processo de regionalização vem do Pacto pela Saúde 2006, que trata do acordo de responsabilidades entre gestores do SUS no intuito de reformar aspectos institucionais vigentes, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária. Entre as diretrizes para a Gestão do Sistema, encontra-se a regionalização, que reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias, recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, e institui colegiados

de gestão regional; e a descentralização, que repassa atribuições do MS para estados e municípios, desburocratiza processos normativos, além de orientar ações e serviços de saúde e processos de negociação intergestores. Utiliza-se de instrumentos de planejamento, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), para expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das “regiões de saúde”, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI). Os objetivos são garantir integralidade da atenção, através do acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade em todos os níveis de complexidade; fortalecer estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizarem demandas nas diferentes regiões, racionalizar gastos e otimizar recursos ⁶⁹.

Os níveis de atenção, estabelecidos por Mendes ⁴¹, são constituídos de diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes naturezas. Esse autor parte do pressuposto que “os problemas de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes, variando de problemas mais raros até problemas mais comuns”. O termo "densidade tecnológica" associa os problemas menos frequentes a composições tecnológicas mais densas e, portanto, mais custosas ⁶⁶.

No entanto, cabe ressaltar que a relação entre níveis de complexidade e grau de especialização, menor ou maior, dá a idéia de que a atenção primária à saúde apresente menor grau de dificuldade ou exija menor grau de conhecimento ou habilitação. Campos ⁹ considera tal entendimento equivocado, por estar, o nível de complexidade mais básico do sistema, relacionado à necessidade de conhecimentos mais abrangentes, e os níveis secundário e terciário, mais específicos ou parcelados/especializados, utilizando-se intensivamente de procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário, segundo este autor, são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade. A esse respeito, Franco e Merhy ²⁵ complementam:

As idéias que associam densidade tecnológica (tecnologias duras) à alta complexidade dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo o uso dessas tecnologias nos projetos terapêuticos, à qualidade do cuidado que se oferece ao usuário, fazem

parte de um pensamento centrado em uma certa “produção imaginária da demanda”, isto é, na representação simbólica de que essas tecnologias atuam sobre os “campos de necessidades” dos usuários com alta resolutividade. Mas, na verdade, esse tipo de pensamento cria uma ilusória imagem dos processos produtivos. Visto de um outro ângulo, o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais, que trata das conexões estabelecidas entre os trabalhadores, é de alta sofisticação e exige uma grande energia à operação deste processo de trabalho.

Esse entendimento faz parte do senso comum e se reflete na postura adotada por parte de alguns usuários que buscam os serviços de saúde. De acordo com Pinheiro ⁶⁶, suas preferências recaem sobre unidades com nível de complexidade maior, como os ambulatórios especializados, e essa busca nas capitais é ainda mais intensa e exponencialmente mais complexa do que em localidades que apresentem outro perfil. Assim, a ESF, representante do nível primário de atenção, tenderia a "concorrer" com os demais serviços, aqueles de maior complexidade, numa competição desigual, na qual os resultados poderiam restringir a sua eficácia social. A explicação pode estar no fato de que a demanda procura por instituições que garantam o atendimento, ao mesmo tempo em que devam ser resolutivas em suas ações, pois já é reconhecido que a população sabe o que quer e escolhe o bem ou serviço que deseja adquirir.

Para Campos ¹⁰, esta estrutura organizacional dos serviços de saúde, de configuração piramidal, não estimula a troca de opinião entre pares e entre distintas profissões, ou seja, a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais.

No entanto, essa tem sido a forma de organização que prevalece no SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2001/2002 - reforça a possibilidade de se construírem sistemas de serviços de saúde que, ultrapassando os limites territoriais dos municípios, alcancem a integralidade do cuidado. Para isso, assume a mesma lógica organizacional e programática hierarquizada, cujo elemento de referência é o grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios, propondo, no entanto, uma delimitação territorial correspondente ao estabelecimento de apenas dois níveis de atenção: a "atenção básica ampliada", organizada no espaço de um *módulo assistencial*, e a "atenção integral à saúde", conjunto de módulos assistenciais integrados em uma microrregião de saúde ⁵⁰.

No Pacto pela Saúde 2006, a garantia da integralidade na atenção à saúde, significa a ampliação do conceito de cuidado no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Tais garantias devem se dar nas “regiões de saúde”, cuja delimitação parte de critérios como contigüidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural; fluxos assistenciais; infra-estrutura de transporte e comunicação social; equidade no acesso, dentre outros. A constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada necessita de pactuação, entre todos os gestores envolvidos, sobre o conjunto de responsabilidades não compartilhadas e também sobre ações complementares para alcançar a resolutividade e integralidade no acesso. O corte no nível assistencial, para cada território, região ou macrorregião de saúde, parte da suficiência na atenção básica e ações básicas de vigilância em saúde, passa pela auto-suficiência em ações de média complexidade e chega a serviços de maior densidade na média e alta complexidades tecnológicas, respectivamente ⁶⁹.

Mencionamos aqui algumas críticas que Cecílio ¹⁴ faz a esse modelo hierarquizado e o que propõe como alternativa viável:

É possível dizer que a pirâmide, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar. Na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS – algo em torno de 80% da população – têm que montar o seu “menu” de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do “cidadão comum”. O fato cruel, mas não por isto menos real, é que a grande maioria da nossa população sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico.

É necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí a proposta de um círculo para o modelo assistencial que preside o SUS, como substituto da pirâmide, associado à idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída, que não hierarquiza e abra possibilidades. O centro de saúde, os pronto-socorros, as unidades especializadas de pronto-

atendimento e tantos outros serviços passam a ser boas maneiras de se entrar no sistema. Assim como a escola, a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social. No entanto, é preciso qualificar todas estas portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco. Para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso ¹⁴.

Repensar o sistema de saúde como círculo recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal. A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a idéia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Para o autor, tal concepção expressa que o centro é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos ¹⁴.

Sobre a introdução de mudanças na dimensão organizativa dos serviços, Teixeira ^{95, 96} acredita que, quer pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, quer pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade (referência e contra-referência) tecnológica, ainda que sejam fundamentalmente estratégias de racionalização de custos, eles podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde.

Entretanto, a autora reconhece que tudo isso é necessário, mas não suficiente para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços ^{95, 96}.

4.1.1 O Sistema de Referência e Contra-referência na rede assistencial odontológica

Conforme colocamos anteriormente, a estrutura piramidal é preponderante na organização dos serviços de saúde no SUS. Ela representa a possibilidade de racionalizar o atendimento, de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados, a partir de um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência ¹⁴. Daí procurarmos visualizar, a partir das experiências cotidianas dos serviços, de que forma se operacionalizam os fluxos dos usuários na rede assistencial, dentro dessa lógica organizacional, e se tem sido efetiva na resolução de suas demandas.

Estudos realizados, sobre a assistência médica, constataram a existência de sistemas de referência e contra-referência bastante atuantes, mas com pontos de estrangulamento em suas funções, resultando na demora do atendimento das solicitações realizadas pela rede básica de atenção à saúde. Segundo Pinheiro ⁶⁶, isto implica considerar que é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas para que o sistema de referência e contra-referência funcione. É preciso reconhecer que deverão ser difundidos conhecimentos para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local, de modo que os usuários caminhem sem maiores empecilhos pela rede assistencial.

Além disso, há necessidade de se repensarem os fluxos de usuários de forma muito mais flexível, que sejam capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência ¹⁴. Trabalha-se com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema para os diversos níveis assistenciais ²⁴. A atual PNSB ⁵² corrobora com esta estruturação do cuidado quando diz:

Na organização do modelo devem ser pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deva ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço, a partir da sua vivência nele, como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha

do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes.

Operar através de linhas de cuidado expressa a idéia geral de múltiplas conexões, numa lógica de rede que não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, ou seja, são realizadas fora de um eixo estruturante. As redes dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde e acontecem pela ação de trabalhadores no cotidiano, em sua relação com o outro. Esse agir, na micropolítica do processo de trabalho, pode estar sintonizado à idéia de produção do “cuidado cuidador” e está articulado a uma forma de trabalho centrada sobre o mundo das necessidades dos usuários (Franco citado por Franco)²².

Em nosso estudo, identificamos que o fluxo de usuários obedece, em grande parte, ao ritual burocrático dos encaminhamentos. O CEO impõe limitações para o atendimento, que deve ser feito, preferencialmente, apenas para aqueles que estiverem sob tratamento nas UBSs. No entanto, a norma não se sustenta na prática. Há usuários referenciados que passam pela atenção básica tão somente para pegar o encaminhamento. Já outros, apesar de estarem sendo atendidos pelo nível básico, vão para o atendimento especializado sem haver concluído o tratamento básico ou sem que tenha esgotado todos os recursos disponíveis para o seu caso. Alguns depoimentos são exemplares:

A maioria vem [referenciada], mas é totalmente burocrático, porque às vezes eu até questiono, o paciente chega aqui, coitado, às vezes, já andou tanto e ainda ter que ir atrás de um papel de referência na unidade, como eu vejo aqui: Não, você só pode fazer o canal se tiver a ficha de referência. Eu vejo lá o dente incisivo, já escuro, vejo que é indicação de canal, mas ele precisa voltar à Unidade de origem para pegar a ficha de referência e entrar aqui de novo. Então, é totalmente burocrático, certo? (profissional CEO-C)

Não sei nem o nome do médico (...) a gente foi lá no posto, aí o médico [dentista] perguntou o que eu estava sentindo, eu disse dor (...) ele perguntou você mora onde? Aí eu disse e me encaminhou pra cá e só colocou [no encaminhamento] dor de dente [expressão de estranheza] (...) não mandou eu nem abrir a boca (...) em pé mesmo ele perguntou o que você está sentindo? Você mora onde? [jeito apressado de falar, como se imitasse a forma do dentista dirigir-se a ela]. (usuário 3)

Nos dois relatos anteriores, o encaminhamento da UBS é senha para entrar no CEO. Senha que representa diferentes graus de dificuldade para o usuário que, ora precisa cumprir todo um ritual para ser atendido, ora basta pedir para algum profissional e ingressar no tratamento. O problema apresentado pelo usuário, no primeiro caso é visível aos olhos do profissional do CEO, o que dispensaria, na prática, a necessidade de ida do usuário à UBS em busca da ficha de referência. No entanto, a norma burocrática aprisiona profissionais e usuários à ineficiência e pouca agilidade para resolver problemas de saúde. No segundo caso, a despeito da aparente facilidade de conseguir a senha, o tratamento é impessoal, numa relação que carece de respeito, responsabilização, vínculo e acolhimento ao usuário.

Outros profissionais da ESF entrevistados argumentaram que só encaminham depois que tentam de todas as formas sanar o problema do usuário e que, de um modo geral, são usuários que estão sob tratamento na unidade. O momento de encaminhar varia, a depender de cada profissional. Alguns preferem fazer os encaminhamentos paralelamente ao tratamento que está sendo executado, a medida que percebem a existência de problemas mais complexos. Outros preferem concluir o tratamento básico primeiro, para depois encaminhá-los. Mas, para o profissional que atende no CEO, há ineficiência e baixa resolutividade na atenção básica:

A maioria dos pacientes, 80%, vem com tártaro. Então, eles nem fizeram a parte básica ainda, básica dos básicos. Eu mando para periodontia, quando estão aqui. É questão de, ao meu ver, se livrar do paciente (...) [é para] canal, encaminha e pronto (...) se foi para o [profissional do] PSF, era para cumprir o papel dele. (profissional CEO-C)

Não há contradição entre esta fala e o que disseram os profissionais da ESF, já que encaminham os usuários em vários momentos do atendimento. Contudo, percebemos que os profissionais não seguem as recomendações contidas nos protocolos, municipal e nacional, os quais prevêm que o usuário deva ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal, como adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie^{88, 55}.

Quanto às razões para justificar os encaminhamentos, geralmente, distanciam-se da necessidade por procedimentos de alta “densidade tecnológica”, como preconiza o modelo

hierarquizado. Algumas justificativas identificadas referem problemas técnicos, tipo equipamentos com defeitos, falta de material, entre outros, que dizem respeito à gestão das UBSs. Na falta de unidades estruturadas e resolutivas, o CEO funciona como “tábua de salvação” para profissionais da rede básica, que encaminham “problemas” não resolvidos e, para os usuários, que vislumbram mais uma porta “de/na esperança” de atendimento de suas necessidades. Conseqüentemente, estrangulamentos no sistema ocorrem, por superlotação da atenção especializada com problemas que poderiam/deveriam ter sido atendidos na UBS. Algumas falas de nossos entrevistados são expressivas dessa situação:

A justificativa que normalmente vem na referência e que o próprio paciente diz, é que ou o equipamento tá quebrado, tá faltando água ou tá sem dentista, às vezes, eles dizem que não tem dentista no posto, aí como a gente não tem a relação dos postos que têm dentista, o que estes é para fazer, não tem como contra-argumentar. (profissional CEO-D)

Quando estão com problemas [técnicos] encaminham tudo pra cá. Eu não posso dizer se é certo ou errado, só sei que absorve tudo aqui...é o jeito! Vindo com encaminhamento e justificando, automaticamente é marcado. (profissional CEO-F)

Agora o que a gente observa também é que se hoje o usuário está precisando desse atendimento e se a unidade está com problema (...) na AB vive tendo problemas com os equipamentos, no CEO não. (gestor B)

Eu tava lá na fila com uma menina conversando [na USF] (...) meu menino ia ser atendido nesse dia, ia fazer lá a limpeza, aí eu disse a ela [dentista] eu tô com um dente aqui, dá pra Sra. me dar o encaminhamento? Aí ela olhou e disse dá (...) eu disse: isso a Sra. não faz aqui? (...) ela disse não, por enquanto não [mas] o centro lá faz (...) para fazer aqui [no CEO] tem que ter o encaminhamento do PSF, senão eles não fazem, né? (...) porque **o PSF era pra atender a gente nesses casos** (...) eles alegam que não têm equipamento, que não têm material, aí **jogam** a gente pra cá (...) porque eu acho que era pra ter lá (...) faz 1(um) ano que eu busco (...) aí eu descobri que tinha isso aqui e falei agora eu vou fazer o tratamento lá (...) aí vou sair daqui e já vou lá na Dra. pra me dar o encaminhamento pra fazer limpeza também. (grifo nosso) (usuário 6)

Percebemos que há justificativas que na verdade não justificam os encaminhamentos para o CEO, talvez sim para outras UBSs ou unidades de pronto-atendimento, já que os Distritos

Sanitários Norte as possuem. O próprio gestor (B) pensa neste CEO em caráter substitutivo e aos poucos a situação tende a naturalizar-se ou normalizar-se. Interessante frisar que vem do usuário a indignação sobre o cumprimento do papel da unidade básica, onde ele deveria resolver problemas, aparentemente simples, mas que é “jogado” para outro lugar, denotando o descompromisso com que vem sendo tratado.

Ao analisar os encaminhamentos feitos para o CEO, entre janeiro e setembro/2006, observamos que parte deles não registra a história do problema do usuário; outros indicam o problema, mas sugerem, implicitamente, que a resolução poderia ter sido na rede básica. A partir do conteúdo das entrevistas, verifica-se funcionamento deficitário do sistema de referência e contra-referência, em que as unidades básicas carecem de melhor estruturação para atender bem os usuários e, particularmente, os profissionais, que lá operam o cuidado, estarem cientes quanto ao funcionamento das redes assistenciais. O excesso de burocracia é outro agravante que precisa ser enfrentado, no sentido de facilitar e não de atrapalhar os fluxos de usuários.

Ainda em relação à análise de tais encaminhamentos ao CEO, vimos que algumas unidades básicas encaminharam mais e outras encaminharam pouquíssimos usuários, no referido período, dentro do próprio Distrito. Durante as entrevistas, indagamos os profissionais da ESF sobre as prováveis razões para o delineamento desse quadro. Naquelas unidades que menos referenciaram, as justificativas foram: profissionais que têm a postura de tentar resolver os problemas em nível local, encaminhando apenas em último caso; muitos usuários encaminhados ainda preferem procurar assistência no CEO de outro Distrito, em função de ser um hábito de muito tempo, quando era a única unidade de referência em especialidades odontológicas para o município de Natal, ou pela facilidade de acesso, em algumas localidades, devido ser necessário apenas um ônibus para se deslocar até lá, enquanto que para o CEO do próprio Distrito, há necessidade de utilizar dois. Quanto aos que mais referenciaram, as justificativas foram: carência assistencial na área em que atuam; conhecimento sobre o funcionamento do CEO antes mesmo de ser inaugurado, enquanto as outras equipes sequer sabiam das especialidades ofertadas até o momento da entrevista. Desta forma, a pesquisa sugere que a falta de informação dos profissionais e pouca divulgação na rede pode ser elemento que contribua para as diferenças de encaminhamento entre as unidades.

De acordo com o protocolo municipal, os CEOs serão referência para os cinco Distritos Sanitários de Saúde, respeitando-se um agendamento que será efetuado através de fluxo direto Unidade Básica de Saúde - CEO, no qual são definidas cotas mensais por unidade de saúde⁸⁸. Percebe-se que o protocolo está longe de ser seguido, tanto em relação ao fluxo, que toma caminhos tortuosos, quanto em relação às cotas. Além disso, poucos profissionais conhecem o seu teor ou têm em suas mãos sequer uma cópia para se guiar, quando precisam realizar os encaminhamentos dos usuários. Foi esta a situação encontrada durante a realização da pesquisa.

Para Cecílio¹⁴, o protocolo é importante na medida em que estabelece quais patologias necessitam ter acompanhamento mais apropriado, tornando-se um instrumento valioso na solução de alguns problemas relacionados à competência dos níveis de atenção, por exemplo. Os limites do que deve ser feito na atenção básica e o que deve ser feito no CEO. Entendemos que, como ferramenta técnica assistencial e de gestão, o protocolo auxilie na organização do fluxo, mas necessite da confluência de alguns fatores, ligados diretamente ao problema, que lhe dê respaldo e condições de aplicação, como a existência de infra-estrutura que propicie a execução da maioria dos procedimentos na atenção básica, a ampliação da oferta de ações e serviços especializados, maior consciência profissional de suas funções, etc.

Outro fato observado sobre os fluxos assistenciais é que os profissionais do CEO, em sua maioria, não realizam a contra-referência do usuário para a unidade básica, mesmo porque, em geral, os usuários se encontram “soltos” dentro do sistema, sem vinculação a equipes de saúde que se responsabilizem pelo seu caminhar na rede. Percebemos que, durante o estudo, alguns profissionais passaram a fazer essa contra-referência, provavelmente, fruto da nossa intervenção na área ou outra iniciativa que desconhecemos, ou mesmo pelo processo de amadurecimentos da implantação dos CEOs e sua inserção no sistema, surpreendendo até alguns profissionais da rede básica que alegam não ser essa uma prática comum, ou seja, o retorno de usuários com a descrição do tratamento realizado. A fala a seguir indica algumas pistas:

Atualmente eu estou [recebendo a contra-referência] (...) atualmente, porque no início não era [assim] não, e por sinal, a gente reclamava muito nas reuniões, eu dizia até aos pacientes: se você conseguir, venha me dizer. Porque eu não tinha retorno, mas agora eles vêm, eu já recebi uns (...) da endodontia, eu achei ótimo, **até estranhei**, eu digo vixe, tão mandando (...) porque isso é dito a eles, a gente manda, é só destacar, a gente não dá todos os dados? Eles não exigem que a gente

coloque, por que eles não podem dar o retorno? (...) a cirurgia também tá mandando, já recebi (...) eu estranhei, mas... (grifo nosso) (profissional USF-C)

Compreendemos que numa situação considerada ideal, em que ocorra vínculo e responsabilização da equipe da rede básica com a produção do cuidado, o registro do que foi realizado durante a passagem do usuário nos diversos serviços do sistema pode ser um guia importante para o profissional obter maior resolutividade, garantir a continuidade do cuidado e exercer suas capacidades de acolher, resolver, responsabilizar e autonomizar, como bem nos lembrou Merhy⁴⁶ sobre a necessidade dos serviços desenvolverem práticas centradas no usuário. Entretanto, um profissional entrevistado, da rede básica, acha dispensável a utilização deste documento de contra-referência, conforme mostraremos no relato a seguir:

Talvez não precise nem tanto de contra-referência (...) mesmo que eles não mandem, a gente tá fazendo o controle, porque atende a família e aquele paciente vai voltar, a família dele tá lá, eles conhecem a gente, né? Então, a gente sabe como tá a situação (...) Mais por isso, porque se fosse outro tipo de demanda a gente não sabia não. (profissional USF-D)

Quanto maior o vínculo, menor é a necessidade da burocracia, pois naturalmente há o acompanhamento do usuário. Isto lembra as palavras de Teixeira⁹⁸ ao dizer que os “contratos” são estabelecidos numa relação, qualquer que seja a sua natureza, quando a confiança termina. São próteses sociais de uma confiança perdida ou que jamais existiu. Neste caso, a confiança perdida pode ser vista de duas maneiras: entre os profissionais de saúde, que pactuam a parte que compete a cada um dentro da rede de serviços, por meio de protocolo, e na relação profissional-usuário, em que o documento de referência e contra-referência dará garantias para o atendimento ou dirá sobre a resolução do problema, respectivamente.

De acordo com o protocolo municipal e com recomendações do MS, quando necessário o encaminhamento às especialidades, o profissional deverá preencher a ficha de referência assinada, com o carimbo da unidade de saúde e do profissional, e o especialista, por sua vez, após o término do tratamento, encaminhará o usuário para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamentos realizados^{88, 55}.

Sobre o controle do usuário, profissionais da ESF afirmaram que alguns retornam para prosseguir o tratamento na atenção básica, principalmente os que conseguem ser atendidos no CEO, enquanto os profissionais da atenção especializada relataram que acompanham casos considerados mais graves e que isto acontece pela pouca confiança que estes depositam no papel mantenedor do tratamento feito ao usuário pelo nível básico.

Dentro do CEO estudado há uma prática muito comum que denominamos de *fluxo interno* de usuários. Ela é realizada pelos especialistas, apoiados pelo gestor local, que ao assistirem os usuários em suas necessidades iniciais, que os mobilizaram ao CEO, e detectarem outros problemas, estabeleçam relações, numa espécie de rede auto-referenciada entre esses trabalhadores, e definam, entre si, os atos necessários à produção do cuidado. Isto evita que haja necessidade do usuário retornar à unidade para pegar um novo encaminhamento e de certa forma facilita a sua vida; porém, corre-se o risco de estarem fazendo o “tratamento completado” desses usuários no CEO, sobrepondo o papel da UBS e distanciando o usuário de sua equipe, apesar de toda a boa intenção que o gesto possa representar. Vejamos alguns exemplos:

Tanto [é determinado o fluxo] pela complexidade, como pela conveniência do paciente que já está ali e ele não precisa voltar [ao posto para buscar outro encaminhamento] e já dá um certo alívio. (profissional CEO-A)

Quando eu vejo que há necessidade de encaminhar para outra especialidade, aumento de coroa clínica, canal, para o paciente não ter que voltar para o posto e o dentista do posto encaminhar para o canal, a gente mesmo encaminha de lá. Solicito o raios-x e, às vezes, agendam na hora, quando tem vaga (...) quando tem uma raspagem grande, alguma coisa, eu já encaminho para o periodontista lá do CEO e tipo assim, o periodontista nunca reclamou. Porque eu vejo que na unidade básica é difícil conseguir ficha, aí eu encaminho pra lá mesmo. (profissional CEO-E)

Quem consegue entrar aqui com várias necessidades e sair tudo ok é muito bom (...) e geralmente nós fazemos internamente; olhe, você vem para endodontia, então faz, e se necessitar pério marca, para restauração também marca, ou seja, há um fluxo aqui dentro mesmo, sem que ele tenha que vir tantas vezes marcar para cada uma delas. (gestor D)

Tais condutas são respaldadas pelo Ministério da Saúde, que dá a seguinte orientação: “As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem

ser resolvidas através de inter-consultas no CEO. Ex: aumento de coroa clínica prévia ao tratamento endodôntico, cirurgia pré-protética”⁵⁵. Fica claro, entretanto, que é para casos onde se requeira intervenção especializada na resolução do caso.

Vimos até aqui como os fluxos se (des) organizam dentro dos serviços e isto sugere o levantamento da seguinte questão: estaria havendo integração entre serviços básicos e especializados, através do sistema de referência e contra-referência, tal qual preconiza o modelo vigente? Sobre este assunto, procuramos saber a opinião dos profissionais, a partir de suas vivências nos serviços, relatadas abaixo:

Eu acho que não [há integração], pois deveria haver um maior entrosamento entre os profissionais (...) deveriam saber melhor o que deveria ser feito aqui e o que deveria ser feito na AB. Se a AB não está fazendo e porque não está fazendo. Deveria ter uma fiscalização ou uma consultoria de quem criou o programa, no caso o governo federal. (profissional CEO-D)

Eu acho que ele não está conseguindo dar conta, a demanda é alta (...) eu acho que está deficiente pelo número de profissionais insuficiente (...) sei assim, que as pessoas que mando para o endodontista a maioria volta sem fazer (...) eu vejo que é uma dificuldade. Aí eles procuram outra alternativa, que não é a mais correta, a exodontia, até porque ele não tem como pagar. (profissional USF-B)

A dificuldade de ter mais integração é o número de profissionais e também tem outra coisa, eu acho que deveriam mandar um memorando [informando] dia pra sair ficha pra endodontia, pra cirurgia, o horário, pra ir bem certinho. Têm umas indefinições, que pra gente que tá na ponta fica difícil, porque o paciente, nem tem dinheiro, nem tempo de ficar pra cima e pra baixo, eu acho um desrespeito, eles acham que a gente é que é culpado, porque é a gente que tá direto com eles, tá entendendo? Eu acho que o obstáculo é esse, eu acho que caminha bem, poderia ter mais profissionais e essa coisa da comunicação eu acho falha. Agora eu não sei se é do CEO, ou se é da Secretaria Municipal de Saúde, eu acho que é lá de cima, porque quem coordena é que tem que ver tudo, não é o CEO em si. (profissional USF-C)

Para Hartz e Contrandiopoulos³⁶, a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos

disponíveis. A integração das equipes clínicas tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados.

Percebemos que o ponto forte das falas dos entrevistados, referidas anteriormente, diz respeito à desorganização dos serviços, que estão sendo estruturados sem que haja uma comunicação mínima entre eles, dispostos apenas para compor níveis estanques, sem a perspectiva de rede integrada capaz de prestar atenção contínua e permanente. O elo de ligação entre esses serviços limita-se, praticamente, à existência de um protocolo burocrático, pouco conhecido pelos profissionais, criador de mecanismos para referenciar usuários, a partir de determinadas condições, mas que não garante o atendimento, nem dá certeza de retorno. Declaram, ainda, como maior empecilho para a integração entre os níveis, a baixa oferta de serviços, por existirem poucos profissionais, e a alta demanda em algumas especialidades. Isto, de certo modo, denota a predominância de atenção procedimento centrada, restrita à execução de um quantitativo de procedimentos que, supostamente, estaria respondendo ao sofrimento manifesto dos usuários.

Como lembra Cecílio¹⁴, os serviços ambulatoriais, localizados em unidades de referência, ficam como “peças soltas” dentro do sistema, na medida em que sua articulação tanto com a rede de serviços básicos, como com o hospital é mal-equacionada. A missão destas unidades nem sempre é trabalhada com clareza. Idealmente deveriam funcionar tanto como suporte mais especializado, dotadas que são – ou deveriam ser – de maior complexidade tecnológica e capacidade resolutiva, para atendimento de encaminhamentos feitos pela rede básica. Feuerwerker²⁰ corrobora dessa noção, afirmando:

Na prática, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E, nesse enfrentamento, a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das “práticas simplificadas”, da “medicina de pobre para pobres”, sempre “culpabilizado” por sua ineficiência e desqualificação.

Há propostas governamentais, contidas na Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS - que acenam para uma revisão dos arranjos organizacionais, baseados nesse ordenamento da referência e contra-referência, com mudanças na estrutura assistencial e

gerencial dos serviços de saúde. Sugerem arranjos transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos, trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde ⁶¹.

Campos ¹⁰ sugere um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial, ou seja, um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, em que os serviços seriam reorganizados por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. A equipe de referência, responsável pelo usuário, geralmente não o encaminha, mas pede apoio na solução de problemas, tanto aos serviços de referência/especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente ⁶¹. Estes devem fornecer um cardápio tão amplo quanto possível, de maneira a enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais ¹⁰.

Neste novo arranjo, parte-se da suposição de que a restauração do processo de trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo, entre equipe e usuários, estimule o surgimento de um novo padrão de responsabilidades sobre o processo saúde-doença, considerado pontual e fragmentado, no contexto atual. Este novo padrão, articulado às diretrizes de gestão colegiada e de transdisciplinaridade das práticas e saberes, possibilita a superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, como a falta de integração horizontal na prática dos profissionais. Sabe-se da predominância, nos serviços de saúde, de atendimentos episódicos e recortados da trajetória vital das pessoas, numa relação distante e impessoal entre profissional e usuário, sem acompanhamento dos casos ao longo do tempo ^{10, 11}.

Ainda sobre tais questões, vale destacar os comentários de Carvalho e Cunha ¹²:

Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num centro de referência. A equipe na atenção básica tem mais chance de conhecer a família há longo tempo, conhecer sua situação afetiva, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidades tem uma tendência de focalizar a atenção na doença. Estende-se, então, a responsabilidade da equipe especialista, para além da realização de procedimentos ou consultas. Um centro de especialidade que consiga aumentar a capacidade de prevenção e intervenção das equipes locais adscritas pode diminuir a sua demanda e aumentar sua eficácia.

Os serviços especializados de referência que dão apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: os seus usuários, propriamente ditos, e as equipes de referência da atenção básica com a qual estes usuários serão partilhados. Isso significa que o serviço de especialidades participa junto com as equipes de referência, por meio de reunião com a equipe local para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o projeto terapêutico de usuários, compartilhados que estão, em situação mais grave ¹².

Tudo isso ajuda a superar a velha idéia de encaminhamento (e de referência e contra-referência), tornando possível o vínculo terapêutico, e coloca o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo. Além de reunir profissionais de diferentes áreas do conhecimento, permite que estes atuem de modo transdisciplinar, sem utilizar percursos de encaminhamentos intermináveis, e sem lançar mão da burocracia da referência, onde o usuário deu entrada, e da contra-referência, o serviço para o qual o sujeito é referido ⁶¹.

Para Campos ¹⁰, a organização do trabalho em saúde com base em equipes de referência e apoio matricial, traz o seguinte pressuposto:

Pequenas alterações na ordenação dos ‘settings’ sanitários poderiam estimular e promover distintas qualidades de vínculo e de resultados da atenção em saúde. Alterações pequenas na aparência, mas fundamentadas e comprometidas com conceitos e valores radicalmente diferentes daqueles dominantes no modelo médico tradicional. Assume-se, portanto, que aspectos aparentemente inocentes da ordenação do trabalho e da gestão em saúde têm repercussões assistenciais e éticas de grande relevância.

É muito comum, na ausência das equipes de referência, que o usuário seja responsável de todos os profissionais e, ao mesmo tempo, de nenhum. Cada um se preocupa com a “sua” parte, que é cada vez menor com a especialização e burocratização, e ninguém se preocupa com a “costura” das diversas intervenções num projeto terapêutico coerente e negociado com o usuário e na equipe ⁶¹.

4.2 A USF e o CEO: portas que se abrem e se fecham à atenção em saúde bucal

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi incorporada pelo MS, em 1994, expandindo-se gradativamente e figurando como o grande impulsionador na reorganização da atenção básica no

contexto atual do Sistema de Saúde brasileiro. Tem como princípios básicos ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela e realizar a vigilância à saúde. Segundo o MS, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua ⁸⁶.

A expansão da ESF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere, especificamente, à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde ³⁰.

Para Scherer ⁸⁶, as dificuldades em romper com este modelo são devidas ao fato de o programa ser uma proposta verticalizada advinda do governo federal, da sua gestão centralizada e pela homogeneidade na oferta do serviço, sem se deter às diferenças regionais de perfil epidemiológico. Afirma ainda que a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado seja um dos entraves à ruptura. Em relação à gestão da ESF, Franco e Merhy ²⁶ destacam problemas na organização do programa, pelo alto grau de normatividade em sua implementação.

As normas e a vinculação financeira têm um grande poder de persuasão entre os gestores do SUS na adesão ao “programa”, como bem expressa o relato a seguir:

Da forma como o PSF trabalha (...) que o modelo é trabalhar com a prevenção da saúde (...) a população ainda tá no discurso da saúde curativa, eles não entendem que 01 dentista está disponível para 800 famílias, multiplicada por 3 ou 4 [pessoas] (...) é muita gente, mas **são parâmetros ministeriais**, não foi a gente que inventou (...) isso é uma política que quando for mudada vai ser lá no Ministério (...) a gente tem que seguir algum direcionamento e eu não posso chegar e mudar isso. (grifo nosso) (gestor B)

O relato acima sugere isenção de responsabilidade por mudanças locais, remetendo-as ao poder central, que em geral é quem provê o recurso financeiro. A predominância de baixa capacidade de intervenção, inclusive na própria gestão local, deslocando para a gestão central as decisões, são balizadas pelos supostos conhecimento e competência atribuídos a esta esfera, desconsiderando que em nível local se conheça muito mais os problemas e necessidades da

comunidade. Além disso, o discurso reforça a manutenção do ideário da vigilância à saúde, em suas características originais, dada a ênfase na prevenção, em detrimento das necessidades assistenciais.

Quanto à priorização do modelo de vigilância à saúde pelo “programa”, Franco e Merhy²⁶ apontam para desarticulação da ESF como potência transformadora, ao aprisionar o trabalho vivo em ato, em normas e regulamentos, transformando suas práticas em “trabalho morto”. Desse modo, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, no sentido de ampliá-la e reformulá-la, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico.

Para Cecílio¹⁴ não existe clareza suficiente sobre qual é o verdadeiro papel das unidades básicas de saúde nessa nova proposta e explica:

Oscila-se de uma certa visão quase “purista” do centro de saúde como local, quase exclusivamente, de promoção da saúde e prevenção das doenças, com suas práticas orientadas pelo saber que nos vem da Epidemiologia e dedicado a fazer “vigilância à saúde”, até uma visão mais “realista” de que as unidades básicas têm que se comprometer com a necessidade de pronto-atendimento das pessoas, “virando-se” para organizar seus processos de trabalho de forma a “não deixar ninguém sem atender”.

Há problemas oriundos destas duas formas de se pensar uma unidade básica de saúde. Na primeira, organizam-se centros de saúde bem estruturados, que desenvolvem muitas vezes um trabalho de boa qualidade, mas que padecem por serem muito fechados às necessidades agudas dos usuários, desconsiderando a demanda espontânea. Por outro lado, a orientação de “escancarar” o centro de saúde, no sentido de torná-lo a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde, por mais que se amplie e se invista nele, fica sempre aquém do que desejamos¹⁴.

O centro de saúde deve trabalhar, na medida do possível, com o que se denomina de agenda aberta, organizando o seu processo de trabalho de forma a garantir o máximo de “encaixes” de pacientes não agendados previamente. Esta é uma das melhores formas, inclusive, de legitimar a unidade perante os olhos da população que se propõe a atender, abrindo as portas para receber as pessoas quando elas se sentem doentes e necessitando de atendimento¹⁴.

Os que defendem um enfoque do “programa” também na Clínica, reconhecem-na como local onde se produziram experiências durante décadas, tendo muito a dizer, não sendo possível

pensar a superação do paradigma biomédico sem a sua contribuição. Ainda mais quando pensada a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e tomando como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento, agravo e/ou doença, demandando atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários ¹².

Outra questão que pode interrogar a suficiência da ESF, diz respeito ao fato de que, apenas por modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais compromissados com os usuários, seus cuidados e curas ²⁶. Aspectos da organização dos processos de trabalho nos serviços serão abordados no capítulo 5.

A Saúde Bucal teve sua inclusão à nova Estratégia Saúde da Família mais tardiamente, em 2001. Os objetivos foram diminuir os índices epidemiológicos de problemas bucais e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal ⁵⁸. Sobre esta inclusão Zanetti ¹⁰² destaca que:

É um veículo da história que pode carrear, futuro afora, elementos do “novo”, gerados num processo rico de recriação das situações presentes, em busca de um esperado estado de bem estar em saúde bucal, já possível de ser vivenciado pelos cidadãos brasileiros. Por outro lado, como veículo da história, também pode carrear elementos já esgotados do “velho”, os quais, travestidos de “novos”, sob o manto da Saúde da Família, acabarão por mortificar as possibilidades objetivas de superação das situações presentes.

Para o autor, as investidas sobre os fundamentos da programação tipo Incremental Sespiana dissolveu todo um paradigma clássico e gerou um vácuo de hegemonia programática, em função de não ocorrer um processo de substituição de paradigmas, mas tão somente o esgotamento daquele vigente. Assim, a oferta de atenção à Saúde Bucal se deu nas unidades de saúde do SUS sem a hegemonia de um novo paradigma sustentável de programação, acarretando a proliferação de experiências pautadas num “ensaísmo” desvairado ou possibilitando a involução programática de experiências em curso. Isto favoreceria a expansão de descrédito,

desqualificação e desvalorização da saúde bucal na ESF e traria retrocessos, necessitando correção de rumos, o que só aumentaria a descrença¹⁰².

Baldani e colaboradores⁴ ao observar as práticas por parte de algumas equipes de profissionais inseridas na nova estratégia percebem que ainda pairam dificuldades em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas como, por exemplo, visitas domiciliares pelo cirurgião-dentista (CD), ações de prevenção e promoção à saúde, assim como reuniões com a comunidade de abrangência. Ao referir-se às visitas, particularmente, o MS⁵² é incisivo na cautela quanto ao deslocamento freqüente destes profissionais - CDs - para executar ações coletivas, ou seja, há um entendimento de que na maior parte do tempo o CD deva atuar na dimensão assistencial, dentro de consultórios, contrariando um pouco a proposta inicial da ESF como local onde se privilegia a promoção e prevenção à saúde extramuro, fora das unidades. No entanto, essas ações permaneceriam, obviamente, mas a cargo, preferencialmente, de THDs, ACDs e ACSs, ficando o dentista no papel de planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las.

Sobre as visitas domiciliares, vemos na literatura alguns posicionamentos a favor e outros que compartilham do entendimento do MS. Em determinado momento histórico, mais precisamente no início da implantação do “programa”, havia posicionamentos mais favoráveis às visitas, como na opinião que Merhy⁴³ expressa a seguir:

Nas UBSs é necessário sair a campo, fazer visitas nos domicílios, incentivar o extramuro. A responsabilidade da equipe não se limita nunca às quatro paredes da US. Implica em impactar os problemas e trazer respostas reais que alterem o quadro de saúde da área de abrangência. Organizar um serviço de saúde efetivo significa montar um serviço que altere as condições de saúde do território, alterando o modo de produção dos riscos e dos sofrimentos. Que tenha, em última instância, um aumento do grau de autonomia dos usuários diante dos seus problemas.

Posteriormente, Franco e Merhy²⁶ mostram-se cautelosos quanto às visitas domiciliares compulsórias, indicando a necessidade de otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa. Segundo esses autores, não deve ser recomendado que profissionais façam as visitas, sem que haja indicação explícita para elas, à exceção dos trabalhadores que tenham a função específica da vigilância à saúde, como os ACSs.

Alguns relatos de dentistas entrevistados expressam opiniões sobre o modo como são incorporadas e desenvolvidas as ações de saúde bucal pela equipe:

Não, preferiria não [trabalhar mais tempo no consultório], porque eu acho que a gente tem que mudar mesmo a mentalidade do povo, então se você não trabalha em cima de prevenção, você não consegue educar a população (...) não existindo essa consciência, essa atividade educativa, você nunca vai diminuir seus procedimentos, vai ser sempre aquela atividade curativa, de consultório, aquela mesma coisa, não muda nada. Eu acho até que a gente deveria ter mais tempo para a prevenção. (profissional USF-A)

Os profissionais da ESF, que participaram da pesquisa, utilizam 50% do tempo para dedicar-se a trabalhos coletivos, distribuídos entre reuniões com grupos, palestras nas escolas e visitas domiciliares. A proporção de consultórios por equipes de saúde bucal, geralmente, é de 1:2 (um consultório para duas equipes) o que inviabiliza qualquer pretensão de aumento do tempo clínico. Há profissionais que valorizam este espaço de trabalho extramuro, considerando de suma importância para conscientizar a população sobre suas responsabilidades no cuidado à saúde e ganhar autonomia. Outros não concordam com o modo imperativo como se impõe, principalmente às visitas, que pela sua realização indiscriminada não tem razão de existir por si só. Vejamos na fala adiante:

Por que é que não houve tantas visitas essa semana? [perguntam]. Acontece que você não vai visitar um cliente só por visitar, é pra dar um número que eu fui visitar? Sabe? Eu não concordo com isso, agora se me obrigarem, entre aspas, eu também não vou ficar contra todo mundo, né? (...) tem esse detalhe. (profissional USF-C)

Para alguns usuários, as práticas preventivas estão sendo incorporadas cada vez mais ao cotidiano dos profissionais de saúde bucal da ESF e têm importância para quem as utiliza, direta ou indiretamente. O relato seguinte é ilustrativo:

Na época que eu era adolescente eu não tinha prevenção como meu menino tem (...) meu menino se ele adquirir uma cárie é porque eu nem sei como (...) [ele] tem 4 anos e não chupa bala, uma bala lá em casa é difícil (...) ele já sabe a hora de escovar os dentes, ele mesmo pega a escova, ele mesmo diz mainha é assim é

assado que a tia fala, tem que escovar desse jeito (...) às vezes eu quero escovar errado aí ele fala: não a senhora tá errada (...) [usa] o fio dental, quer dizer ele tem consciência já, né? Minha menina não teve isso porque eu não tinha, no sistema de saúde não tinha (...) hoje em dia graças a Deus que já tem (...) E se a gente procurar também, porque se a gente ficar em casa de braços cruzados. (usuário 6)

Já em relação à assistência, propriamente dita, em saúde bucal, ainda não se cumpriu um dos objetivos da ESF, que é estendê-la a todas as pessoas da comunidade⁴ e as equipes sentem-se impotentes pela incapacidade de dar resoluções efetivas a todas as pessoas que necessitem aliviar seus sofrimentos. Para Franco e Magalhães Júnior²⁴, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos contribui para a baixa resolutividade na rede básica.

Ter ação resolutiva, segundo Merhy⁴³, não significa simplesmente ter uma conduta, mas, utilizar tudo que estiver disponível para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. Além disso, requer a disponibilização de toda uma tecnologia necessária ao diagnóstico e ao tratamento adequado para o caso, abordando a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica, em suma, na criação de um processo que tenha como desdobramentos a alteração do quadro do usuário e a satisfação do mesmo.

No entanto, nas situações encontradas nesta pesquisa, é o usuário quem mais padece na *via crucis* que representa a busca de solução para os seus problemas, iniciando geralmente pela “porta de entrada” dos serviços e continuando por onde ele imagina que possam lhe dar cobertura, já que não tem absolutamente ninguém responsável por seu caminhar na pretensa rede, como exemplificamos a seguir:

Estava com dor de dente e o dente aberto (...) fui à US [onde mora], mas não estavam atendendo (...) encaminharam para o Centro Clínico, mas não estava funcionando ainda [mais ou menos a 1 ano e meio atrás] (...) fui à Ribeira e não consegui, aí fui à outra unidade, a Dra. abriu o dente e disse que era canal. Mas, disse que não tinha como fazer no serviço público, só fazia particular. Colocou curativo e até hoje. Agora tentei novamente fazer o canal (...) faz mais de 1 ano e meio que tento (...) o dente a fazer o canal é um molar [segundo o dentista] e não faz com frequência [nos CEOs de Natal] (...) passou um raio-x e marcou para o próximo mês. (usuário 1)

Para Feuerwerker ²⁰, a definição de uma “porta de entrada” que deveria ser capaz de “resolver 80% dos problemas de saúde” corresponde a um esforço de racionalização que esbarra, exatamente, na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolverem problemas.

Campos ⁹ destaca que a equipe local deve se responsabilizar por todos os aspectos implicados com a saúde do usuário e partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas. É comum constatar que, por falta dessa equipe local que a oriente, a população procure os serviços em busca de atendimentos, a partir da sua própria percepção de necessidades. Para Franco e Magalhães Júnior ²⁴, a equipe da UBS ou da ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, deve ser gestora do projeto terapêutico e acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência assim como a contra-referência para que o vínculo continue com a equipe básica, cuja missão é dar continuidade aos cuidados do usuário.

Consideramos que estamos distantes, ainda, de estruturar serviços sob essa lógica e continuamos a reproduzir uma clínica de procedimentos odontológicos, em que outros elementos, relativos à prática profissional, comprometem a resolubilidade, produzem iatrogenias e contribuem para aumentar a peregrinação de usuários na rede assistencial. Alguns relatos ilustram tal consideração:

Eu vejo muitos dentes que acredito que os colegas nem chegam a retirar cárie, não fazem nada. Eles pegam o raio-x, que é um exame complementar, não é um exame que vai definir o diagnóstico, o que vai definir é retirar a cárie e ver clinicamente o que está ocorrendo, e mandam pra cá (...) a maioria desses pacientes são capeamento pulpar direto ou indireto. Então, um especialista, um endodontista está fazendo um serviço que é básico. É perda de tempo, pois eu poderia estar beneficiando uma outra pessoa. E isso eu tenho que fazer, pois não mando o paciente de volta. Sei que ele não vai ser atendido, ficam colocando para lá e para cá e eles muitas vezes não têm dinheiro pra isso. Têm pacientes que vêm aqui de Nova Natal a pé. Aí eu vou mandar um paciente desses de volta? Não vou. Então, eu faço o tratamento e peço para voltar 45 dias depois para analisar. São duas sessões de endodontia perdidas (...) É perda de tempo! Pode ser feito na clínica básica. Pode ser feito não, deve! (...) têm casos aqui que não atingiu nem a polpa. Eu fico indignado! Às vezes eu pego três pacientes, e os três pacientes daquele dia são assim. É só para se livrar do paciente, a meu ver. (profissional CEO - C)

Têm muitos pacientes lá [no CEO] que me mandam que é só para orientação da higiene (...) chegam com placa, aí eu vou fazer a remoção, vou fazer a profilaxia e

a orientação da higienização e isso poderia ser feito na AB. Outros pacientes chegam com tártaro, mas não em estágio muito avançado, com uma quantidade pequena que em qualquer posto com um instrumental adequado ele pode fazer, mas na maioria desses postos ou não tem o instrumental ou está com problema na sala, de infiltração, ou o equipamento quebrado, então como os profissionais não têm condições de dar resolutividade na unidade, nos encaminham e muitas vezes justificam na ficha de referência. (profissional CEO - A)

Franco e Magalhães Júnior²⁴ entendem que é preciso imaginar, inicialmente, como a rede básica poderá contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das UBSs poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Os autores afirmam, com base em estudos, que parte dos encaminhamentos feitos por profissionais da rede básica a especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica. E contrariamente a tal conduta, dizem que fazer encaminhamentos sem haver esgotado todas as possibilidades diagnósticas e sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário.

Tal situação também foi verificada em nossa investigação ao analisarmos os motivos dos encaminhamentos provenientes da rede básica. Das 406 (quatrocentas e seis) referências analisadas, para as diversas especialidades do CEO estudado, vimos que para a endodontia, 50% delas referiam-se apenas a tratamento endodôntico, sem maiores detalhes, ou vinham sem razão alguma que justificasse a necessidade do referenciamento. Para a periodontia, 74,78% dos encaminhamentos, recomendavam raspagem e alisamento corono-radicular e até exodontia simples. A situação se repete na cirurgia oral menor, em que 66,18% tinham como justificativa: resto radicular ou raiz residual, exodontia simples e casos não identificados. Percebemos, nos exemplos mencionados, que além da pouca informação contida nas fichas de referência, as razões presentes, em sua maioria, não justificam essa conduta. Tivemos a confirmação, dos dados analisados, nas entrevistas feitas aos especialistas que operam nesta unidade de saúde.

Para Pinheiro⁶⁶ a suficiência ou insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade resolutiva do nível que o antecede, daquele que

convencionalmente se determinou como sendo a porta de entrada do sistema, a rede básica. Nesse sentido, a autora destaca que a capacidade resolutiva dos níveis de atenção está diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção primária), sendo o profissional o principal vetor dessas ações.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) enfatiza a garantia de respostas resolutivas, em que profissionais devam tornar-se co-responsáveis pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais⁵². Neste sentido, a atenção especializada é compreendida como suporte e não como substituto da atenção básica pelos seus problemas intrínsecos, de pessoal ou equipamento, como referido nos depoimentos anteriores.

Alguns profissionais do CEO já assimilaram, inclusive, a incapacidade da rede básica resolver os problemas do usuário, como uma transferência de responsabilidade para o nível especializado, considerando as dificuldades estruturais da UBS que impossibilitaram o atendimento à queixa do usuário. O relato a seguir, demonstra tal situação, em que o profissional sente-se pressionado pela demanda não resolvida na atenção básica e, ao mesmo tempo, convocado a um gesto de solidariedade que responda ao sofrimento do usuário. Como consequência, o CEO tende a adquirir status de clínica “faz de tudo”:

Eu os atendo, né? Eu tenho a política de tentar resolver tudo aqui, desde os casos mais simples até o máximo de complexidade que eu possa resolver aqui. Sei que o maior prejudicado se há falha no programa é o paciente (...) o paciente vai chegar aqui, se porque é uma exodontia simples eu for mandar de volta pra unidade (...) chega lá, às vezes, o equipamento está com defeito, alguma coisa, então eu procuro resolver tudo aqui. (profissional CEO-D)

A PNSB procura incentivar a ampliação e qualificação da assistência na rede básica, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos e resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas⁵². Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e

adequado à complexidade do tratamento. Mas, caberia o seguinte questionamento: está sendo sinalizado algo neste sentido? A prática tem mostrado a não realização sequer de ações básicas mínimas, em alguns casos, merecendo preocupações e iniciativas no sentido dessa expansão de serviços dá-se com garantia de qualidade e de resolutividade.

A extensão e ampliação da atenção à saúde bucal pretendida abrange a inserção, na atenção básica, de procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. O intuito é aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura⁵². Seria de fato este o melhor caminho para alcançar tais objetivos? A ampliação de funções garante a execução de procedimentos dentro dos serviços, da forma como se organizam atualmente? Consideramos que a viabilidade da proposta poderia se dar a partir da atuação de equipes de apoio matricial para dar suporte às equipes locais, numa relação mais horizontalizada de organização dos serviços, treinando-as para assumir procedimentos diversos. Retomaremos este tema mais adiante.

Em relação à confecção de próteses “elementares” pela atenção básica, para exemplificar, há uma preocupação louvável com o problema do edentulismo existente em nosso país e a pouca oportunidade de reabilitação da população, o que justificaria o aumento dessa oferta. Mas, estaria a atenção básica preparada para assumir a fase clínica de confecção das próteses? Em nosso estudo, ratificamos a falta de planejamento para criar meios de viabilizar, o que ainda parece estar no campo das propostas e/ou promessas. O município de Natal não incorporou estes procedimentos à rede básica, segundo a gestão, pelo fato do volume de procedimentos operados neste local pelos profissionais já ser elevado o suficiente para não comportar mais esta função, que demanda muito tempo clínico, se considerar que todas as etapas recomendadas na literatura, para sua confecção, sejam seguidas.

Sobre as funções dos CEOs, o Ministério da Saúde os reconhece como unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, que se integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção

básica ⁵². Os depoimentos, que se seguem, ilustram visões de profissionais – do CEO e ESF – e usuário consoantes na questão da dificuldade de pensar o CEO estudado como local seguro para resolver problemas mais complexos, especialmente aqueles de natureza endodôntica, que envolvam molares:

Têm muitos casos, né, que a gente extrai o molar, porque precisa do tratamento endodôntico ali, então não tem como [fazer] (...) naquelas crianças até 14 anos, eu ainda boto CTZ [cloranfenicol, tetraciclina e óxido de zinco], que ele age mesmo, tenho feito essa tentativa pra não extrair aquele dente (...), eu digo [à mãe]: vamos fazer aqui um procedimento, a senhora vai aguardar um tempo, pra ver se isso vai dar certo, dar um bom resultado, depois a gente vê o que faz (...) aí, eu fico acompanhando e tem dado certo até agora. (profissional USF-A)

A endodontia é muito difícil. O que tem de menino com doze anos, com 3, 4 [dentes para tratamento endodôntico] (...) aí geralmente a gente pede um raios x e encaminha (...) faz de pré a pré, não faz molar [no CEO] (...) os meninos daqui perdem o primeiro molar assim, com dez anos, pra você ter uma idéia. (profissional USF-C)

Foi questionado o seguinte: somos dois endodontistas para a Zona Norte. Então, se for abrir molar aqui, só vai dar gente com molar, não vai ter um incisivo, não vai ter um pré. Porque a tendência é que o molar seja mais caro, então o povo vem, entendeu? Por mês, um ou dois molares a gente vai fazendo (...) a gente abre exceções, porque não tem condições. Acabei de terminar um ali agora, só que é aquela tal coisa, a gente pega, pelo menos eu, aqueles meninos de catorze a dezoito anos, nessa faixa etária, a gente faz uma certa classificação [priorização]. (profissional CEO-C)

Se eles sugerem, eu mando logo tirar, prefiro não sofrer com canal (...) minha menina eu já coloquei [para fazer o canal] porque é adolescente (...) eu, prefiro tirar pra não sofrer mais (...) esses dois aqui meus, era pra ser um canal e uma coroa, mas eu disse: tire, tire, pelo amor de Deus, porque eu sofria muito com ele (...) ele abria abscesso e tudo, sabe? Não quero sofrer mais não, quero tirar. (usuário 6)

Os relatos acima confirmam a deficiência, por parte do CEO estudado, de prestar assistência endodôntica de modo satisfatório para a imensa população demandada dos DSN I e II. A situação torna-se ainda mais caótica quando a necessidade de tratamento é em molares, em que, na impossibilidade de realizá-los, resta aos usuários a opção da exodontia, comprometendo a assistência integral e reproduzindo prática mutilatória. Isto reforça a já discutida ausência de

opção por um modelo de base epidemiológica, em que se avaliaria e/ou confirmaria, em nível local, se os molares estariam no topo dos elementos dentários que mais se perde e os primeiros a desaparecer da cavidade bucal, quando comparados aos demais grupos, justificando ações que não só incluíssem, mas que os priorizassem.

Por outro lado, na própria fala do usuário percebe-se descrédito quanto aos tratamentos conservadores, ceticismo à possível resolução de problemas que envolvam tecnologias de maior densidade, reforçando também a banalização de exodontias e, conseqüentemente, a naturalização da perda dentária.



Recepção do CEO



Reunião na USF



Espera para atendimento no CEO

“Mantenha a mente aberta, assim como a capacidade de se preocupar com a humanidade e a consciência de fazer parte dela”

(Dalai Lama)

DENTRO E FORA DO CEO: um foco na organização do trabalho em saúde bucal

5 DENTRO E FORA DO CEO: um foco na organização do trabalho em saúde bucal

Vimos no capítulo anterior algumas das várias dimensões que a integralidade assume como diretriz do SUS e, dentre elas, nos reportamos à organização dos serviços de saúde, buscando identificar seu sentido integrador, através dos fluxos estabelecidos entre os diversos serviços. Neste capítulo enfocamos a produção de saúde operada *em ato*, pelos profissionais, no encontro com o usuário e a organização do processo de trabalho, para atender demandas e ofertas no CEO estudado.

Consideramos oportuno conceituar modelo de atenção e escolhemos aquele proposto por Teixeira ⁹⁶, por possibilitar a observação transversal da integralidade em todas as vertentes abordadas. A autora destaca nos modelos, pelo menos, três dimensões: uma *gerencial*, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma *organizativa*, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e a dimensão propriamente *técnico-assistencial*, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre sujeitos, mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde.

Os modelos que operam hoje nos serviços são, predominantemente, organizados a partir de problemas específicos e subordinam a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, as ações das equipes de saúde são subjugadas à lógica dominante, ou seja, têm seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica. O Modelo em Defesa da Vida aparece como contra-ponto a estes modelos, na medida em que amplia a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuário centrados ⁴².

Para Franco, Bueno e Merhy ²³, mudar o modelo de atenção vigente envolve, fundamentalmente, interferências nos microprocessos de trabalho em saúde, nas concepções

deste mesmo trabalho e a construção de novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde.

Segundo Campos ¹¹, essa mudança implicaria na defesa da vida com radicalidade e tal propósito deveria constituir-se em componente obrigatório do campo de responsabilidades de todo e qualquer profissional de saúde, isto é, defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho em saúde. Desta forma, a ética dos profissionais não poderia estar fundada em outro princípio que não a defesa da vida. Os interesses econômicos, as conveniências políticas, as normas burocráticas, para exemplificar apenas alguns, viriam depois.

Merhy ⁴⁴ reconhece que mexer em processos de trabalho instituídos que operam nos serviços de saúde é profundamente complexo, se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados que atuam na micropolítica do processo de trabalho e as “cabeças” presentes nestes espaços. Estas “cabeças” que estão sendo fabricadas operam na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças de resistência a mudanças, vistas, cotidianamente, nos serviços de saúde ou, ao contrário, como movimentos contestadores anti-hegemônicos.

Para Campos ¹¹, é possível identificar alguns dificultadores à concretização dessas mudanças, que se encontram arraigados, principalmente, à forma como foi organizado o processo de trabalho ao longo do tempo. Um deles é a tradição brasileira de gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, padronizações técnicas, supervisão direta, controle de horário e de produtividade, o que tende a capturar o trabalho vivo em ato. Supõe-se, assim, que a gerência controle e regule todas as possibilidades imagináveis de trabalho, terminando por retirar do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada. Além disso, o “objeto de trabalho” da administração e do planejamento quase nunca inclui a produção de sujeitos sociais em seus objetivos, ou seja, há uma tradição maior de controlar o pessoal do que outra de estimulá-lo a se produzir como sujeitos autônomos e responsáveis.

Nessa concepção das atitudes autoritárias e verticalizadas, os trabalhadores são considerados “caixas vazias” e encontram-se alienados e descomprometidos, sem auto-respeito e com auto-estima muito pequena, obrigados a realizar um trabalho mecânico, que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos, no estilo pagamento

por produtividade. Por meio de programas - que estabeleçam e padronizem ações - e das capacitações e manuais - que levem orientações programáticas aos trabalhadores - espera-se normalizar e ordenar o seu trabalho. Desta maneira, nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão ¹¹. Percebemos que quanto maior a normatização, mais morto o trabalho se torna, porque impede que a capacidade criativa do profissional se manifeste, ou seja, que produza distinções e não repetições simplesmente.

Exemplo disto são alguns programas lançados por iniciativa governamental, que costumam produzir ordenamento das práticas de saúde, ao tempo que criam uma carga de “procedimentos obrigatórios”, como é o caso dos CEOs. Como nos lembra Campos ¹¹, continua-se valorizando a realização de procedimentos, ainda nos dias de hoje, e pouco tem-se verificado se a mobilização desses meios produziu ou não saúde, se redundou ou não em reabilitação, em reparação ou em prevenção de danos e se isso se efetivou com o menor custo e com a menor imposição de sofrimento e de desconforto às pessoas. Para Merhy ⁴², o grande desafio para os que se preocupam com processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre a capacidade de produzir procedimentos com aquela de produzir o cuidado, resultando em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Feuerwerker ²⁰ destaca que necessidades de saúde definidas, tecnicamente, por meio da epidemiologia, e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde definem e, ao mesmo tempo, limitam o repertório de ação dos trabalhadores, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer. Sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o hegemônico.

Merhy ⁴⁴ ressalva, no entanto, que o processo de trabalho em saúde, por possuir a particularidade de estar sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, expresso pelo autogoverno e processos interseções entre profissionais e usuários, pode ser “atravessado” pelas distintas lógicas que o comporta. Daí se existirem possibilidades de tomar os ruídos cotidianos como “abridores” de linhas de fuga do instituído, é possível viabilizar agenciamentos de novos processos e inventar novas “missões” organizacionais e novos sentidos para o processo de trabalho. O próprio autor nos coloca possibilidades para efetivar tais mudanças ⁴²:

...operar com alguns dispositivos que permitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

Para Franco ²², o trabalho vivo é autogovernável e, portanto, passível de subverter as ordens e normas, que impõem amarras aos trabalhadores e deixam-nos constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Neste sentido, os fluxos conectivos, múltiplos e heterogêneos que os profissionais de saúde estabelecem, cotidianamente, com suas equipes, com outras unidades e, principalmente, com usuários, na produção do cuidado, possibilita fugas da estrutura rígida do império das normas.

Embora as políticas de saúde se viabilizem ainda com base em programas, como por exemplo o Brasil Sorridente, reconhece-se que hoje elas tenham um caráter mais democrático e indutor, por refletirem decisões tomadas em fóruns de discussão realizados nas Conferências de Saúde, com a participação e voto dos segmentos implicados. Além disso, são inegáveis os investimentos no setor saúde, particularmente em saúde bucal, na atual gestão, quando comparada às anteriores, mostrando decisão governamental em dar respostas ao problema de atenção à saúde bucal, mesmo ainda sob a roupagem de programas. Contudo, o próprio caráter descentralizado do SUS, possibilita que o estímulo indutor do Brasil Sorridente, financeiro e técnico, produza iniciativas de atenção à saúde bucal, nos diversos municípios brasileiros, por meio da implantação de serviços básicos e especializados que reforcem a idéia de saúde bucal como direito e como política pública. Os desdobramentos da implantação dessa política em cada local serão produzidos a partir do jogo de forças de cada realidade singular, mesmo que existam as normas gerais do Programa.

Outro dificultador de mudanças, no processo de trabalho em saúde, diz respeito à forma originária de sua organização propriamente dita. Percebe-se que a mesma se deu a partir do saber das profissões e das categorias, não por objetivos comuns, produzindo trabalhos cada vez mais fragmentados, pelas excessivas especializações, e individualizado, cada um faz sua parte no trabalho e não há ninguém responsável pelo arremate final, mostrando similaridade com o

trabalho em linhas de produção feito nas fábricas, não em “linhas de cuidado”. Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo ⁶².

Para Franco, Bueno e Merhy ²³ essa organização parcelar do trabalho fixa o profissional à determinada etapa do projeto terapêutico, fazendo com que o mesmo se aliene do próprio objeto de trabalho. Nesta mesma direção, Campos ¹¹ explicitou:

Concentrar-se em atos esvaziados de sentido ou cujo sentido dependa de uma continuação, que o trabalhador não controla e até desconhece, termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável. O trabalhador encontra-se separado de sua “Obra” e, na saúde, é necessário reaproximá-lo do resultado de seu trabalho. É recomendável voltar-se a valorizar o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso.

As pretensões discursivas de metodologias e recortes tecnocráticos quase nunca se concretizam na prática cotidiana, porque grande parcela de trabalhadores, particularmente os com maior poder de barganha, consegue burlar normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência. Apesar dessa autonomia ser utilizada mais para defender interesses corporativos do que para inventar projetos terapêuticos eficazes ¹¹.

Campos ¹¹ ao fazer algumas provocações sobre a viabilidade dessa autonomia ocorrer, na prática dos profissionais, sem assujeitamento a nenhum tipo de controle institucional, interroga: em que medida as instituições de saúde poderiam funcionar assentadas, principalmente, na atuação autônoma dos seus profissionais? Não seria necessário algum tipo de controle gerencial ou mesmo social para que os serviços de saúde cumprissem com sua missão precípua de produzir saúde? Como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade? E responde:

Um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Assim, haveria que se inventar modos de

gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores, nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais. Autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros (...) Um dos principais critérios para validar um dado arranjo institucional seria a capacidade de produzir saúde do serviço ou da equipe em questão, isto é, se um certo contrato de trabalho está assegurando os objetivos de um programa de saúde, não haveria porque criticá-lo.

A seguir, apresentamos alguns aspectos relativos à organização do trabalho no CEO estudado, que interferem diretamente na qualidade da atenção: acesso, ofertas e demandas, acolhimento e vínculo na produção do cuidado em saúde bucal.

5.1 Caminhos para chegar ao CEO: questões de acesso e acessibilidade nos Serviços de Saúde

A princípio vamos definir o conceito de acesso encontrado na literatura, fazendo uma distinção com o termo acessibilidade, embora, corriqueiramente, encontrem-se ambos como sinônimos e, provavelmente, faremos o mesmo ao longo do texto.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade que, segundo Unglert¹⁰⁰, é entendida como uma característica dos serviços de saúde e pode ser abordada sob os seguintes enfoques:

- Geográfico: no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos.
- Funcional: se considerarmos a adequação dos tipos de serviços oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade às necessidades da população.
- Cultural: se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população.
- Econômico: relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com os serviços de saúde, considerando que a totalidade destes não está disponível a todos os cidadãos.

Sobre acesso a serviços odontológicos, alguns levantamentos nacionais nos mostram dados importantes para reflexão. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998 e 2003 incluiu, em trabalho conjunto com o Ministério da Saúde, um módulo sobre o tema acesso aos serviços de saúde. Os principais resultados na área de saúde bucal apontam para uma proporção alta de brasileiros que nunca consultaram o dentista, 18,7% (em 1998) e 15,9% (em 2003), havendo uma diminuição de 2,8% entre as duas pesquisas. O IBGE atribui uma redução mais acentuada entre os residentes das áreas rurais e na classe de rendimento mensal familiar de até um salário mínimo. Os dados revelam alguma melhoria no acesso odontológico, além de uma diminuição das desigualdades sociais nesta área ^{5, 64}.

Um outro dado curioso, que nos chamou atenção, foi que nas últimas semanas que antecederam a pesquisa, o terceiro motivo principal de busca aos serviços se deu por problemas odontológicos ⁶⁴. Isto sugere a necessidade de responder mais e melhor a essa população, que ainda encontra obstáculos na satisfação de um dos problemas que mais lhe aflige. Outro dado importante referiu-se à satisfação, em que 92% dessa mesma população, que em algum momento teve acesso aos serviços odontológicos, considerou o atendimento entre “muito bom” ou “bom”, superando inclusive os demais atendimentos da área médica que tiveram avaliação semelhante por 86% da população, conforme os dados da mesma pesquisa ⁶⁴.

Segundo Barros e Bertoldi ⁵, as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços são muito grandes. No entanto, o investimento maior em serviços especializados de odontologia, que poderia parecer a providência mais imediata a ser tomada, talvez não seja a solução para o problema.

O problema do acesso parece ter seu começo na Atenção Básica, na chamada “porta de entrada” dos serviços, onde reconhecidamente seria o *locus* de resolução da maioria dos problemas e onde se daria a responsabilização e vínculo entre usuários e profissionais. Na dificuldade destes serviços de atenção básica darem respostas aos usuários, muitas vezes até fechando-lhes as portas, quebra-se a cadeia organizativa, do ponto de vista tradicional e hierarquizado de organizá-los, e compromete os níveis subseqüentes. Para Pinheiro ⁶⁶, o acesso dos usuários aos serviços básicos da ESF encontra-se “delimitado”, o que tem ocasionado, no cotidiano dos atores nas instituições de saúde, restrições à demanda em nome da primazia da qualidade das ações a serem prestadas.

Os usuários entrevistados, em nosso estudo, manifestaram-se a respeito do acesso à rede básica, algumas vezes, indignados e insatisfeitos e, em outras, conformados e esperançosos de que seu dia chegará, ainda que não seja previsível. Relatos ilustrativos são mostrados a seguir:

Só meu menino [tem acesso ao dentista da ESF] porque ele é do Programa de Crescimento e Desenvolvimento (...) tem acompanhamento e faz tratamento com flúor (...) ela dá orientação, faz prevenção pra evitar cárie, entendeu? Eu tenho toda orientação com ele, agora com a minha família que sou eu, meu marido e minha filha, eu não tenho ainda (...) Diz que lá o sistema não tá funcionando e na época que tava funcionando eu não podia me encaixar porque tinham muitas famílias na minha frente, mais necessitadas. (usuário 6)

Dentista lá na minha área é péssimo, porque não tem pra gente (...) tem um dentista de outra área que cobre lá (...) se a gente precisar, se for urgente mesmo é que lá dá um jeitinho de atender, mas assim pra gente chegar e fazer um tratamento como tem do outro lado, na outra área, lá não tem (...) se não for [urgente], aí ele encaminha pra outro canto (...) no meu caso mesmo, ele encaminhou pra cá [para o CEO]. (usuário 8)

Não tem [dentista] (...) é muita reclamação lá do posto de saúde, falta de assistência grande na área dentária, o pessoal reclama direto onde eu chego (...) teria que facilitar um pouco mais, o pessoal mais carente ter mais acesso (...) ali no Igapó tem, mas é muito difícil conseguir marcar (...) nunca fui atendida pelo PSF, o tratamento sempre foi muito devagar, todos eles, nunca tem nada, o pessoal sofre demais ainda. (usuário 10)

Na primeira situação, a usuária referiu compreender a condição privilegiada do filho, no interior de sua família, no acesso às ações e serviços da USF, sentindo-se grata. Certamente porque como toda boa mãe, vê as necessidades do filho como prioritárias e ainda se solidariza ao entender que há famílias mais necessitadas que a sua. Contudo, esta mesma usuária talvez desconheça que o SUS, pelo seu caráter universal, deveria sim dar assistência ao seu filho, mas também reconhecê-la como portadora de necessidades e de cuidados tanto quanto ele, assim como os outros membros de sua família.

Os demais usuários entrevistados (8 e 10) residem nas chamadas “áreas descobertas”, inalcançadas pela ESF ou por outra forma de assistência. Desse modo, buscam os serviços que julgam poder lhes dar respostas, como o próprio CEO, que nesses casos funciona como um substituto da porta de entrada, a atenção básica. O depoimento do usuário 10 caracteriza a

prestação dos serviços públicos como sendo “muito devagar”, imprimindo uma imagem depreciativa ao atendimento oferecido nesses serviços. A maioria das pessoas que necessita de atendimento parece estar excluída destes, daí a opinião negativa que tem sobre os mesmos ^{66, 23}.

Segundo Teixeira ⁹⁷, quando a oferta dos serviços de saúde à população atinge um limiar crítico, que corresponde ao que chama de uma virtual acessibilidade universal, gera um “tensionamento” no seio das práticas dos serviços. O foco deste “tensionamento”, em relação ao acesso universal, vai do problema da quantidade de “portas-de-entrada” ao problema da qualidade dessas “portas”. A questão da universalidade do acesso não está resolvida em termos quantitativos, mas já se atingiu um patamar de cobertura de serviços, em que este problema não depende apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, principalmente, do modelo de atenção que opera nessas unidades.

Para Rodrigues e Assis ⁸¹, a exclusão do sistema tem relação com a oferta insuficiente para o atendimento da demanda que chega aos serviços de saúde bucal, mas, sobretudo, com o modelo implantado pela gestão local, que continua baseado em procedimentos e centrado no saber de algumas poucas profissões. Os estudos de Rodrigues e Assis ⁸¹, Assis, Villa e Nascimento ², também destacaram que nas USFs, a oferta se dá através de ações dirigidas a problemas específicos, a determinados grupos e programas, o que compromete a universalização da atenção que se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa como um todo.

Para Assis, Villa e Nascimento ², há necessidade de politização das demandas, a fim de romper com o modelo de saúde centrado em interesses particulares construídos, historicamente, pela sociedade. Para os autores é preciso desvendar a realidade que passa a apreender as contradições centrais do processo de produção, que envolve a luta de classes sociais para a formação de uma contra-hegemonia, através da construção de um saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento da legislação, de participar efetivamente do processo de mudança na organização do sistema de saúde que contemple a universalidade do acesso, com responsabilidade social.

Os profissionais da ESF entrevistados, em nossa pesquisa, confirmaram dificuldades de cobrir toda a população adscrita e atribuíram à existência de áreas carentes, que foram desassistidas por muito tempo, além da histórica demanda reprimida dos problemas bucais na

população. As USFs priorizam grupos, especialmente de crianças, adolescentes, idosos e gestantes, seguindo mais um padrão programático de organização das ações na Unidade, que baseados em dados epidemiológicos de saúde bucal ou em necessidades reais da demanda. Sobre a população adscrita às equipes de saúde bucal e a relação oferta *versus* demanda na atenção básica, um profissional acrescenta:

Em nível de operação, é muita gente, mas tem que ser feito. A gente tem que chegar ao ideal e o ideal é o que? É acabar com essa quantidade, através da prevenção e atendimento direto. No início, geralmente a demanda é grande, mas depois com o tempo vai se estabilizando. (profissional USF-D)

A falta de conhecimento das necessidades locais é elemento de dificuldade no processo de trabalho, pois não é possível construir projetos de intervenção com o conhecimento fragmentado da realidade ⁸¹. Nas áreas adscritas às equipes de saúde bucal da ESF investigadas, as necessidades odontológicas foram identificadas por meio de levantamentos de “estimativa rápida”, o que deixou a desejar, na opinião dos profissionais, em virtude dos critérios estabelecidos na condução dos mesmos. Alguns CDs chegaram a participar, mas em sua maioria foram conduzidos, exclusivamente, por ACDs, de forma bastante superficial. Eles perguntavam diretamente aos membros das famílias o número de dentes cariados que possuíam ou faziam exames utilizando espátula e anotando os problemas encontrados. A pouca precisão e a baixa confiabilidade nos resultados levaram, alguns profissionais, a desprezar tais informações, para efeitos de priorização da clientela e de problemas bucais. É preciso ressaltar que a técnica de estimativa rápida, dependendo da forma aplicada, tem valor de uso na organização dos serviços, mesmo que não tenha a confiabilidade exigida por técnicas de coleta de dados que adotam métodos estatísticos para definição da amostra.

Para Cecílio ¹⁴, quando a população dependente do SUS não encontra respostas para seus problemas onde, supostamente, deveria estar, tenta “furar” os bloqueios de todas as formas para acessar os cuidados de que necessita. Através de múltiplas entradas, tenta garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto. Tal situação também foi identificada em nosso estudo: quando os usuários não encontram respostas nas unidades básicas que deveriam assisti-los, ou eles mesmos buscam o

encaminhamento para terem acesso ao CEO, ou os próprios profissionais encaminham e, forçosamente, abrem uma outra porta de entrada, muitas vezes sem necessidade, por tratar-se de problema solucionável na atenção básica. Esta forma de agir foi identificada em vários relatos dos usuários entrevistados, inclusive, no depoimento destacado anteriormente, do usuário 8.

Sobre a entrada nos serviços especializados, Cecílio¹⁴ considera bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os profissionais da rede, freqüentemente, se “livram” dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas. No que se refere ao CEO estudado a maioria dessas dificuldades apontadas pelo autor foram também identificadas, mas limitadas no que se refere a algumas especialidades, como será descrito adiante.

O acesso ao CEO estudado, embora pareça difícil em função de imaginarmos a demanda historicamente reprimida para problemas de maior complexidade, curiosamente não é, pelo menos para parte daquelas especialidades que são ofertadas, como por exemplo, a periodontia e a cirurgia. Um dos profissionais alega que isso vem ocorrendo não pela falta de necessidade da população, já que o CEO cobre uma área de aproximadamente 300 mil habitantes e o problema periodontal figura como uma das doenças bucais mais prevalentes. A justificativa provável para a pouca procura, segundo ele, é o desconhecimento destes serviços por parte de profissionais e usuários.

Usuários entrevistados relataram saber da existência desses serviços não pelos profissionais, mas por meio de amigos ou mesmo “por acaso”. E apesar de fazerem uso deles, no momento da entrevista, não sabiam tratar-se de um Centro de Especialidades, não fazendo distinção entre o CEO e os demais serviços odontológicos da rede. Quanto aos profissionais da ESF alguns desconheciam quais as especialidades ofertadas e o funcionamento do CEO; outros referiram ter sido informados antes da sua implantação, chegando inclusive a participar da inauguração. Foram estes, que sabiam da existência dos serviços, os que mais encaminharam usuários, conforme análise documental realizada na pesquisa; aqueles que desconheciam as ofertas do CEO realizaram menor número de encaminhamentos. Constatamos que a comunicação foi um diferencial importante na utilização ou não dos serviços oferecidos, o que a reforça como

ferramenta útil em todas as etapas do processo de trabalho, inclusive nos estágios iniciais de implantação dos programas.

A organização do atendimento no CEO estudado dá-se por meio de agendamentos de usuários referenciados, principalmente, da rede básica. Permanece a lógica individual, no atendimento, mesmo tratando-se de uma equipe de especialistas que opera dentro de serviços com a mesma finalidade, de produção do cuidado, constituindo processos de trabalhos distintos nesta “etapa de recepção”. Cada profissional adota a forma que melhor se adequa à sua especialidade e, conseqüentemente, à sua demanda. Foram identificadas múltiplas formas, tornando-se difíceis seus relatos.

A fila de espera permanece para fazer agendamentos na maioria das especialidades. Tais agendamentos acontecem de duas maneiras: inicialmente, marcando direto no livro, à medida que o usuário procura a unidade, de forma desburocratizada e simples; depois, quando o referido livro preencheu as “quotas” pré-estabelecidas para cada especialidade, parte-se para os agendamentos em filas abertas que se formam uma vez por mês, geralmente, seguindo o modelo tradicional de se entrar nos serviços, apesar de tratar-se de uma demanda aparentemente organizada, já que a maioria vem referenciada.

A organização burocrática do acesso aos serviços a partir de filas e por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento demonstra uma lógica de funcionamento perversa, na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica essa, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica, pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isso a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado ⁵⁹.

Na análise do conteúdo das entrevistas, identificamos controvérsias nos depoimentos sobre a existência das filas. A Diretora da Unidade que sedia o CEO demonstrou-se incomodada e referiu tentar buscar formas de não causar tanta insatisfação aos usuários, lamenta não conseguir vislumbrar alternativas de curto prazo, apenas paliativos. Um profissional entrevistado afirmou que, por conta própria, estabeleceu a forma que considera adequada para atender melhor

os anseios dos seus pacientes, que são especiais, inclusive, pela própria condição de existência. Vejamos o relato, a seguir:

Eu comecei a agendar e até agora está dando certo (...) a proporção que vou terminando aqueles atendimentos, vou voltando a marcar [quando suspende a marcação] (...) fico com o encaminhamento e o telefone pra contato e assim que eu termino, ligo. **Eles não ficam sem resposta de jeito nenhum.** Acho que essa marcação era pra ser humanizada, até porque no protocolo diz que vem já marcado pelo telefone, como as especialidades médicas [que se dão] pela central de regulação. A fila é muito desgastante e, às vezes, não conseguem [marcar]...horível. Eu não ia querer nunca uma fila de pacientes especiais, é uma coisa que não combina. Eu fiz isso por mim própria, eu achei que era a melhor maneira. (grifo nosso) (profissional CEO-F)

A postura do profissional denota sensibilidade e respeito com a situação peculiar dos usuários, buscando meios de organizar e de dar respostas resolutivas, deixando clara a autonomia que possui para gerir da forma que lhe convenha o seu processo de trabalho, sem perder o foco no usuário. Para Franco e Merhy ²⁵ “é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com os usuários, produzindo o cuidado, independente da orientação das instâncias gestoras de determinado serviço”. O que estrutura esse tipo de atitude em relação ao usuário é a sua subjetividade, que expressa o desejo de atuar no mundo de um certo modo. O relato do usuário, a seguir, corrobora as palavras do profissional, anteriormente, destacadas:

Eu vim aqui, mostrei o papel à menina e ela autorizou (...) não precisei entrar em fila (...) agora só que para quem não é diabético a fila dos agendamentos vai lá do outro lado (...) a diabetes facilitou, porque através da doença a médica passou a ter um cuidado mais especial (...) com certeza não teria tanto acesso [sem o diabetes], taria na fila como os outros (...) não precisei ir novamente de madrugada para tirar uma ficha não, a ficha fica agendada (...) a médica dá toda assistência, é muito boa a doutora. (usuário 10)

A forma peculiar, sem filas, de conduzir os agendamentos nesta especialidade, denota acesso facilitado aos serviços em função de possuir um outro mal, o diabetes, que lhe reserva o direito de ter um atendimento diferenciado. Na realidade, este problema não requer uma atenção especializada visto que as intervenções devam ocorrer nos usuários que estejam com suas taxas sob controle e, nesta condição, qualquer profissional estaria apto a atendê-lo, inclusive na própria

rede básica. Verifica-se, desta forma, a imprecisão em definir o que seja “atendimento especial”, “atendimento especializado” e, até mesmo, atenção básica. Apesar do protocolo municipal nortear e dirimir dúvidas sobre que usuários e que tipos de problemas devam ser atendidos em cada especialidade, há situações que escapam de qualquer “enquadramento” normativo.

A central de regulação, citada pela profissional do CEO e comentada, oportunamente, pela gerente do DSN I, poderia ser uma opção segura e rápida de agendar consultas para especialidades, tal qual acontece com as especialidades médicas, tendendo a pôr fim às filas. Porém, careceria de informatização e funcionamento em todas Unidades de Saúde. Valer lembrar que uma possível distribuição de quotas, por unidades, poderia também incorrer no erro de tratá-las de forma igualitária, portadoras das mesmas necessidades e demandas. Alertamos também para o risco da troca de filas, da real para a virtual, sem resolver o problema das esperas intermináveis por atendimento.

Identificamos que a comunicação entre os níveis, básico e especializado, é portadora de ruídos que geram dificuldades na acessibilidade funcional do usuário, aquela que envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita. Quem encaminha, geralmente, não faz idéia de quando são feitos os agendamentos no CEO, de modo que é comum o usuário ir mais de uma vez a esta Unidade para conseguir marcar, o que acaba gerando também dificuldades na acessibilidade econômica, principalmente aos que pagam condução para se deslocar aos serviços. Além disso, o modo de agendar muda ao longo do mês, a depender da demanda para cada especialidade. Isto confunde usuários, já que não tomam conhecimento dessas flutuações. Vejamos o relato:

Eu vim aqui na semana, perguntei se podia marcar, aí a mulher disse que não, só dia 31 de Julho (...) parece que é na última sexta-feira do mês (...) aí eu vim, enfrentei uma filazinha básica (...) seis e meia tava aqui e a fila já estava enorme (...) peguei a ficha umas dez horas e ela disse que desse o papel (...) que ia passar para o doutor (...) aí marcaram e comecei a vir aqui. (usuário 3)

Uma outra abordagem sobre acessibilidade relatada pela gerente local mostra que também a acessibilidade geográfica pode ser um obstáculo à acessibilidade funcional, ou seja, do atendimento efetivo aos usuários, por afetar o lado econômico.

Têm bairros aqui na zona norte que é mais fácil ir direto para a Ribeira do que vir pra cá, porque pra cá às vezes pegam dois ônibus e pra lá pegam só um (...) e a população não espera quando não encontra aqui e vai em busca de outro lugar que atenda, porque é SUS. (gestor D)

Na opinião da gerente, o SUS precisa garantir o atendimento, demonstrando a consciência de direito que representa o pensamento de muitos usuários do sistema público. A população que só tem o SUS como opção para cuidar dos problemas, quando não encontra respostas satisfatórias em seu distrito, parte em busca de outra unidade que possa lhe oferecer, contanto que resolva o seu problema. Como nos lembra Merhy⁴⁴, a necessidade das ações de saúde tem para o usuário um valor de uso fundamental por produzir-lhe um “bem”, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

O acesso aos serviços possibilitará, na maioria das vezes, a oportunidade de suprir a necessidade de saúde do usuário, especialmente no quesito assistencial, sanando um sofrimento ou risco de sofrimento, que para ele é “questão de saúde” a ser enfrentada com a ajuda de alguém⁴⁴. A seguir, verificaremos como isto vem sendo traduzido no CEO, a partir das ofertas de ações expressas em seu cardápio de intervenções, em distintas especialidades, e se está adequado ao que lhe é solicitado, vendo a forma como “resolve” ou não os problemas enfrentados.

5.1.1 Relação entre oferta de especialidades no CEO e problemas demandados pelos usuários

Falar de demanda e oferta de ações/serviços de saúde é tão complexo quanto falar sobre necessidades de saúde. Os conceitos dos termos vão do simples entendimento que a demanda se constrói a partir da oferta, portanto, não há demanda para o que o serviço não ofereça, até a associação da solução para os problemas de saúde a produtos realizados pelo serviço, atribuindo ao procedimento em si a satisfação das necessidades. Um fetiche, como se um procedimento ou exame tivesse a propriedade natural de cuidar e de proteger a saúde das pessoas²⁵.

Uma das formas de construção da demanda, citada por Franco e Merhy²⁵, passa pela relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados, para os serviços de saúde, que os usuários fazem no exercício cotidiano de busca por assistência. Tal busca se dá

através da percepção que eles tenham do que é ofertado por estes serviços e, nem sempre, acontece de forma objetiva, porque advém de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar uma idéia do que o serviço tem a lhe oferecer na resolução do seu problema. Se a assistência não for capaz de fazer o usuário sentir-se protegido, ou seja, se a idéia do cuidado traduzida em atos assistenciais não coincidir com aquela dos usuários, pode-se provocar ruídos nos fluxos comunicantes entre usuários e serviços, gerando conflitos e tensões que levarão à interdição do cuidado.

Para Pinheiro ⁶⁶, a peculiar divisão entre demanda e oferta faz com que a relação entre elas não seja vista, imprimindo às duas categorias um caráter dicotômico e até mesmo estático. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes, separadamente, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos profissionais e gestores dos serviços propriamente ditos. O estudo dessa relação permite identificar os limites, possibilidades, e mesmo os desafios, de se garantir a integralidade nos serviços de saúde.

Na presente investigação, buscamos estabelecer uma relação entre a demanda e a oferta de serviços especializados, no CEO estudado, a partir das percepções e interpretações que tal relação assume no cotidiano dos sujeitos envolvidos. Verificou-se que é preciso reavaliar as necessidades qualitativas e quantitativas das especialidades ofertadas pelo CEO, visto que há inadequação com a realidade local. Conforme afirma Pinheiro ⁶⁶, na maioria das vezes ocorre uma redução do escopo da análise, entre oferta e demanda, tanto de quem planeja como de quem presta o cuidado em saúde. Isto implica em rever a organização das práticas em saúde numa dimensão ampliada, pela qual torna-se necessário o reconhecimento de outros contextos — econômicos, sociais e culturais — na construção da demanda, sobretudo na organização da oferta. Existem questões nessa relação que não são redutíveis à racionalidade econômica, que tradicionalmente tem sido base do planejamento e gestão convencional.

Apesar de entendermos que as demandas se expressam além dos dados epidemiológicos, achamos oportuno retomar, de forma resumida, o quadro de saúde bucal da população brasileira e/ou de Natal, especialmente em seus problemas mais prevalentes, cárie dentária e doença periodontal, a partir do último levantamento epidemiológico, SB Brasil 2003, para que tenhamos uma noção geral e local das necessidades sob essa dimensão, pelo menos, considerada primordial

quando se pensa em organizar serviços de saúde. Comparando este aos que o antecederam, em 1996 e 1986, percebe-se que a experiência de cárie aos 12 anos vem caindo, porém a maioria da população ainda padece do problema e de suas seqüelas, que crescem e se complexificam nas faixas etárias adultas.

O SB Brasil 2003 mostrou, em nível local, que a experiência de cárie, medida pelo índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), foi de 21,71, na faixa etária de 35 a 44 anos, com 58,5% de perdas dentárias e passou para 27,3, nas pessoas entre 65 e 74 anos, com perdas que chegaram a 87,1% desse valor^{54, 57}. Estes dados estão muito próximos daqueles encontrados no âmbito nacional. Observa-se que a mutilação dentária, especialmente, nas faixas etárias adultas, prediz um padrão de realização de exodontias que se mantém e baixa resolubilidade do problema da cárie em seus estágios iniciais. Desta forma, há evolução do problema, exigindo intervenções mais especializadas, como tratamentos endodônticos ou reabilitações por meio de próteses ou implantes dentários.

Sabe-se que a assistência odontológica, em si, é limitada na redução da cárie, mas é necessária para solucionar os problemas existentes e evitar agravos. Por sua vez, a expansão de serviços na rede básica, através da ESF, ao mesmo tempo em que oferece resolução para problemas, diminuindo seqüelas, depara-se com necessidades de tratamento que exigem maior densidade tecnológica. Um profissional da ESF reconhece isso ao dizer:

Quantas vezes você cobrir uma área com dentista, mais trabalho vai aparecer [para o CEO] (...) e não é porque o dentista manda não [encaminha simplesmente], é porque tá encontrando (...) não encontrava antes porque não tinha (...) não é culpa do profissional, é do sistema. (profissional USF-C)

Inicialmente, ao implantar programas, isso torna-se mais evidente, em função da grande demanda reprimida por assistência, mas à medida que outras ações de promoção e prevenção à saúde vão sendo incorporadas à vida das pessoas, espera-se que haja uma tendência a maior resolução na atenção básica e, conseqüentemente, menor necessidade de encaminhamentos para a atenção especializada.

O mesmo levantamento citado anteriormente (SB Brasil-2003) aponta ainda para as regiões norte e nordeste como detentoras das maiores necessidades de tratamentos, envolvendo

restaurações, tratamentos pulpares ou exodontias e algum tipo de prótese dentária, inclusive as totais⁵⁴.

No dia-a-dia do CEO estudado, esses dados se confirmaram pela presença de uma grande demanda reprimida para problemas de natureza pulpar, com indicação de tratamento endodôntico. No entanto, a oferta desse tipo de tratamento é limitada, tanto em número de profissionais, como para o tratamento, que, na maioria das vezes, excluem indicações de molares, com oferta apenas para pré-molares, caninos e incisivos. Tal extensão, leva-nos a interrogar: estariam os molares condenados, *a priori*? Compreendemos que se faz urgente uma revisão sobre esses critérios de prioridade, que comprometem a assistência integral. O relato de um profissional entrevistado é ilustrativo do quadro acima:

Eu vejo que essa questão da demanda passa pela dificuldade de termos só dois profissionais aqui [para endodontia]. Acredito que se tivessem quatro, o profissional do PSF já encaminharia o paciente e teria a marcação direto para a especialidade que é o que é para ocorrer. Mas isso não existe! Pega a ficha de referência lá e o paciente fica **vagando** por aí, até esperar a oportunidade de ser atendido, enquanto que não era para ser assim. A meu ver foi diagnosticado que é para canal, liga para clínica especializada e marca automaticamente, mas isso não ocorre (...) essa questão de você avaliar as especialidades necessárias era o correto, porque você pega uma determinada localidade que não precisa, por exemplo, de 03 cirurgiões, só precisaria de 01, ou 02 periodontistas, precisaria de 01, mas poderia precisar de 02 ou 03 radiologistas. (grifo nosso) (profissional CEO-C)

A demanda para endodontia é alta e a resolução no CEO não é tarefa fácil, deixando os profissionais impotentes diante dessa situação. O profissional entrevistado, bem como a diretora da Unidade, vê como saída a contratação de mais especialistas para aumentar a oferta. Entretanto, não se pode deixar de considerar que, mesmo com o aumento do quadro de pessoal, não há garantias de que a oferta seja suficiente em relação à procura. Uma das alternativas apontadas por Ramos e Lima⁷⁷ seria valorizar a atuação de profissionais com uma visão integral do indivíduo e com formação para atuar junto à comunidade, em contraposição ao modelo baseado em oferta de procedimentos.

A radiologia constitui um outro “nó” para o CEO analisado. Há um só profissional para todo o Distrito, não conseguindo atender a demanda. A discussão sobre a necessidade de um

radiologista fazendo radiografias simples, dito pelo profissional e analisado nas fichas de referência, requer discussão sobre pertinência e resolutividade deste tipo de ação em uma unidade especializada. Faz parte do entendimento da gestão atual que a radiologia é uma especialidade necessária em todos os CEOs. De fato, essa assistência é imprescindível como exame diagnóstico complementar, mas os procedimentos radiográficos realizados no CEO, atualmente, podem ser executados por clínicos da atenção básica, desde que portem o arsenal tecnológico necessário; além disso, acaba sendo um entrave a esses profissionais que geralmente precisam de respostas eficazes para seus casos, no dia-a-dia dos serviços, e subutiliza o radiologista que poderia estar fazendo procedimentos mais complexos em seu vasto campo de ação.

O profissional entrevistado pondera sobre o assunto, argumentando que nem todo clínico estaria apto a interpretar, corretamente, as imagens radiográficas. Apesar de reconhecermos a realização de exames radiográficos como atribuição e competência de todo dentista, a falta da prática poderá levá-los a ter dificuldades tanto na tomada radiográfica quanto na interpretação diagnóstica, culminando com laudos imprecisos, incorretos e de baixa utilidade. A existência desse problema exige iniciativas de educação permanente para esses profissionais da rede básica, a partir das necessidades sentidas no processo de trabalho, que pode se dar com o apoio de uma equipe matricial que prestaria suporte aos mesmos até que estivessem aptos a assumir a realização dessas atividades. Entretanto, não parece ser esse o maior empecilho. O grande obstáculo para a sua implantação na atenção básica é, provavelmente, a aquisição de mais equipamentos e adequação de ambientes, que implicaria em mais investimento financeiro e decisão política da gestão.

A odontologia trabalha com tecnologias duras (equipamentos e máquinas) no que tange à assistência curativa, tanto na realização de procedimentos simples, quanto para procedimentos complexos. A colocação de aparelhos de Raios X nas USFs traria um ônus a mais para a atividade odontológica, que durante décadas ficou à margem de investimentos públicos pela alegação de que a profissão exigiria grandes recursos. De certa forma, isso ainda se faz presente no imaginário popular que atribui vultosos gastos aos tratamentos odontológicos, inclusive do próprio bolso, e a crença na relação direta entre preço alto e qualidade do atendimento.

Dados da PNAD (1998), analisados por Barros e Bertoldi ⁵, confirmam essa tese ao apontar que 77%, aproximadamente, dos atendimentos odontológicos ocorram em consultórios

privados e que o pagamento pelo atendimento é muito mais comum na área odontológica que na área médica, entre pobres e ricos. Todavia, sabe-se que a expansão de ações odontológicas, básicas e especializadas, no serviço público é bastante recente no SUS brasileiro. Antes do Brasil Sorridente, a oferta de serviços odontológicos concentrava-se, predominantemente, no setor privado, que é regulado pelas regras de mercado, exclusivamente.

Para Merhy e colaboradores⁴⁷, dentro do paradigma que tem conformado uma visão preponderante sobre a saúde, hoje em dia, todas as dobras possíveis da tecnologia em saúde se reduziram aos processos bem estruturados, ao predomínio do trabalho morto contido nas tecnologias duras e leve-duras, não permitindo uma abertura para se trabalhar com outras dimensões tecnológicas. Enquanto que no operar das leves o processo operatório é bem mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato, o que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa. Aqui temos que rever a noção cara às políticas de saúde pública, que opera com o conceito de escassez permanente e o de priorização focal excludente.

As demais especialidades ofertadas no CEO estudado, como cirurgia, periodontia e APNE, passaram por um processo similar de organização da demanda. Inicialmente, com a demanda baixa, os profissionais ofertaram atendimento também para usuários que portassem problemas cuja resolução exigiria incorporação tecnológica de menor densidade, no intuito de cumprir metas de produtividade. Posteriormente, com o crescimento da demanda, foi necessário redefinir a oferta e delimitar casos específicos para atendimento no CEO.

No caso da periodontia, o profissional reconhece que há muita necessidade por tratamento especializado, apesar do usuário não procurá-lo. Muitas vezes, quando o usuário chega ao serviço, vem em um estágio tão avançado do problema que as chances de cura e manutenção do dente são escassas. Vejamos o relato:

Tem muita coisa [problema] ali que só não tem resolutividade por falta de um atendimento adequado [anterior] (...) de uma certa urgência na resolutividade, porque às vezes **o paciente vai deixando, vai deixando** (...) por exemplo, muitas vezes chega lá com o dente com mobilidade três, aí não tem como fazer, não tem mais suporte ósseo nem nada, então, a única coisa é a exodontia. Têm outros que chegam que eu procuro preservar o máximo possível (...) mesmo com mobilidade, eu faço o que tem que fazer, os procedimentos, e fico fazendo o acompanhamento

daqueles pacientes e já consegui salvar um bocado de dente. (grifo nosso)
(profissional CEO-A)

A resolutividade oportuna dos problemas, evitando agravamentos, nem sempre acontece por negligência ou descuido do usuário, não lhe cabendo essa culpabilização. Já se viu o quanto é difícil acessar serviços de saúde públicos, em especial odontológicos, e ainda mais usuários que pertençam a uma faixa etária maior, que em sua história progressa esteve fora do foco de atenção odontológico e ainda continua, já que a universalização do acesso é excludente na prática dos serviços, começando pela própria ESF.

Outro fato curioso é haver baixa demanda para tratamento periodontal, mesmo que este problema represente, junto com a cárie, uma das maiores causas de perda dentária. Dados gerais do levantamento epidemiológico (SB Brasil – 2003), serão mostrados, a seguir, para reflexão sobre esse descompasso. Dados locais não serão exibidos pela ausência de resultados para a maioria das faixas etárias adultas (15 a 19 anos e 35 a 44 anos).

A doença periodontal severa, com bolsas superiores a 4mm, que teria indicação para ser tratada no CEO, de acordo com o protocolo municipal, apresenta as seguintes frequências: 1,3% (de 15 a 19 anos), 9,9% (de 35 a 44 anos) e 6,3% (de 65 a 74 anos). Tais dados revelam declínio de necessidades periodontais nas idades mais avançadas, o que pode levar à baixa procura, pela inexistência de dentes para serem afetados pela doença, por já terem sido extraídos em razão da cárie dentária^{83, 54}.

Entretanto, é preciso considerar que, por volta da meia idade, o problema ainda acomete uma parcela considerável da população, sem falar das bolsas com menor profundidade (abaixo de 4 mm), que nem todo clínico consegue tratar de forma adequada. Consideramos que os critérios formais de encaminhamento para essa especialidade devam ser revistos, tendo por base dados epidemiológicos, pois há demanda baixa para os procedimentos recomendados (bolsas periodontais acima de 4mm) e têm sido realizados procedimentos, como profilaxias e orientações de higiene bucal, que são próprios da atenção básica.

Na especialidade de cirurgia, os profissionais comentaram haver a expectativa de realizarem intervenções mais complexas, mas também há pouca demanda, como relata o profissional, a seguir:

Eu achei que para o universo da população que a gente é referência, a zona norte, [exodontia de] terceiro molar, por exemplo, vem muito pouco (...) como as cirurgias são procedimentos de resolução mais rápida então termina tendo mais vagas que as outras especialidades (...) então continuo atendendo casos que vêm até sem encaminhamento. (profissional CEO-D)

As maiores razões de encaminhamentos para especialidades do CEO, até pelo tipo de oferta que apresenta, citado no capítulo anterior de caracterização dos mesmos, são devido a agravamentos por cárie e doença periodontal. Consideramos, contudo, que há necessidade de ampliar essa oferta, quantitativamente e qualitativamente, pois problemas de maloclusões já ocupam, no Brasil, a 3ª posição no *ranking* dos problemas bucais mais prevalentes e o edentulismo, sem reabilitação, eleva as estatísticas do descuido e do descaso com a saúde bucal da população.

5.2 Acolhimento e vínculo na USF e no CEO: questões da relação profissional-usuário

Como já anotamos anteriormente, o trabalho em saúde não pode ser completamente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação, configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros e de produção de subjetividades⁴⁷.

Franco afirma que em todo lugar onde ocorra um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (como doença) e/ou a produção da saúde²³.

Para Merhy⁴², nem sempre o processo de produção de atos de saúde resulta na produção de saúde de fato, uma vez que esta pode ser “procedimento centrado” e não “usuário centrado”. O processo produtivo não necessariamente impacta em ganhos de autonomia nos modo de andar a vida das pessoas, que representa saúde em última instância.

A centralidade da produção de saúde com base em procedimentos coincide com o desenvolvimento da clínica, baseada em conceitos flexnerianos, responsável pelo reducionismo da prática clínica e pela simplificação da idéia de produção do cuidado em saúde. Também repercute em processos de subjetivação, de profissionais e usuários, que determinam formas de ver e de se relacionar com o mundo da saúde, organizando e operando um imaginário de oferta e demanda, voltadas para procedimentos, e não para o cuidado. Imprime-se, a partir dessas representações, a idéia errônea de que os procedimentos são responsáveis por todo o processo de cuidado dos usuários, quando se sabe que eles são apenas parte de um conjunto de ações que levam a isso, ou seja, o cuidado é dependente de tecnologias e processos de trabalhos de caráter mais relacional ²⁵.

As propostas no sentido de organizar o chamado "acolhimento" e estabelecimento do "vínculo" dos usuários com os profissionais e os serviços, como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, vêm ao encontro desse olhar mais cuidador que se deseja imprimir ao processo produtivo em saúde, trazendo à tona a problematização da chamada "(des) humanização" do atendimento, em função da tecnificação do cuidado à saúde ^{43, 44}. A organização destas práticas implica em mudanças na "porta de entrada" dos serviços, com a introdução de alterações na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas da "releitura" das necessidades sociais de saúde da população ^{43, 96}.

O desafio em garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se orientado atualmente por grandes movimentos como a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica que valoriza o vínculo e o compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade, possibilitando uma ação pró-ativa no cuidado à saúde ⁹⁰. Isto não exclui os demais serviços que compõem a rede assistencial, visto que lidam da mesma forma com seres humanos, com seus desejos e necessidades e visam atingir objetivos comuns no Sistema de Saúde.

O fato da ESF surgir como impulsionadora de transformações no modelo leva a crer que a sua consolidação esteja condicionada, entre outros fatores, à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo. No entanto, há pouca disponibilidade no mercado de trabalho, porque, tradicionalmente, foram formados e preparados

para atuar num modelo centrado no assistencialismo individual e curativo, respaldado por uma tecnologia altamente sofisticada, muitas vezes usada de forma acrítica, sem resolver os problemas de saúde da população, além de não gerar bons níveis de satisfação – nem para a população nem para os trabalhadores da saúde ⁹⁴.

Para Merhy ⁴², os processos que produzam saúde requerem profissionais que sejam, ao mesmo tempo, operadores do cuidado, “clínicos”, que atuem no terreno das tecnologias leves, produzindo acolhimento, responsabilização e vínculo, e gerentes do processo de cuidar, por meio da administração de toda uma rede necessária à realização do projeto terapêutico, que permita agir diante do “caso” concreto apresentado.

Em estudo realizado com equipes de saúde bucal da ESF em Alagoinhas-BA, por Rodrigues e Assis ⁸¹, observou-se que na “porta de entrada”, a tecnologia leve, ou seja, de relação, é secundarizada, predominando uma relação impessoal e autonomizada, por vezes autoritária, condicionada por dificuldades, como a grande demanda e a pouca possibilidade de oferta. Em cada uma delas, a recepção de usuários é organizada de forma diferente, a partir de opções de atendimento centradas no cirurgião-dentista, caracterizando processos de trabalhos diversos em um mesmo ambiente de trabalho.

Em nossa investigação, um profissional da ESF reconhece a responsabilidade dos trabalhadores de saúde nesta mudança, culpabilizando-os pelo fracasso ou eventual dificuldade de pôr em prática as diretrizes propostas pelo novo modelo. Indagamos, porém, até onde caberia imputar apenas aos trabalhadores tal responsabilidade? Vejamos suas palavras.

Eu acho que é um programa [ESF] que veio pra ficar, se o profissional realmente quiser (...) pra lhe ser sincera, hoje eu já acho que o erro é do profissional, porque a instituição é difícil ter esse controle [dele], eu tenho essa consciência também (...) a filosofia [de trabalho] do profissional não é a instituição que muda, não é qualquer curso de capacitação, às vezes, a pessoa vem pior (...) diz que fez [um curso], aí quando a gente vê no dia-a-dia, não está fazendo (...) Quer dizer foi muito bom, mas deixa pra lá (...) acho que não é a instituição não, acho que quem tá na ponta é o mais responsável por essa mudança [nas práticas]. (profissional USF-C)

Isto realmente ocorre e faz parte do cotidiano das práticas de alguns profissionais, mas não de todos. A generalização por si só é incompatível com as múltiplas subjetividades que

operam nos serviços e é possível encontrarmos profissionais empenhados e comprometidos em fazer o seu trabalho da melhor maneira possível, faltando-lhes, às vezes, preparação para o novo. Segundo Franco e Merhy²⁵, um dos caminhos para mudar as práticas pode vir de processos auto-analíticos, em que os profissionais interroguem suas práticas, colocando em questão seu modo tradicional de agir diante do usuário e na produção do cuidado, construindo um novo sentido para o trabalho em saúde. Reconhecem, contudo, que tais processos sejam limitados na produção de um efeito transformador dos sujeitos.

Estes autores reportam-se a Deleuze e Guattari quando dizem que para mudar o *socius*, ou seja, o campo social em que estão envolvidos os sujeitos, é preciso, antes de tudo, mexer em seus desejos/subjetividades, produzidos a partir das vivências e registros acumulados em suas experiências de vida, que são dinâmicos e mutáveis ao longo do tempo. Isto permite desconstruir referenciais simbólicos presentes nas cabeças dos profissionais e criar novos, baseados em cuidados centrados no usuário, por exemplo²⁵. Guattari citado por Campos¹¹ chama atenção para o fato de que a produção de novas subjetividades depende de certa abertura dos sujeitos a novos referenciais. Mas, que não é tarefa fácil despertar nas pessoas a necessidade de conhecer novos mundos.

No entanto, a transformação almejada das práticas e essa nova postura ética que se requeira dos profissionais que operam o trabalho em saúde encontram-se distantes da realidade que impera no cotidiano dos serviços. Sobre isso, os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar terem sido introduzidos na ESF sem qualquer tipo de capacitação ou informação para atuar nessa área, considerada desconhecida e diferente da forma como vinham trabalhando, e que tiveram que aprender na “marra”, pela força de vontade individual, como mostraremos no depoimento a seguir:

Eu sempre considerei que nós caímos de pára-quadras lá [na ESF] (...) não fizemos capacitação, a princípio (...) senti [falta], porque você sai de um programa, que era o Saúde Escolar, e passa a trabalhar numa Unidade Básica de Saúde da Família, quando você sabe que as propostas são outras, né? Mas, como não teve uma orientação, eu **me senti assim, perdida**. Então o que fizemos? Fomos até aquela unidade [onde já havia instalado a ESF] pra ver como era que funcionava, como é que era feito o atendimento, como conduziam o trabalho, então, informação de um, informação de outro, foi que conseguimos levar (...) e quando as outras colegas chegaram, nós já passamos pra elas como nós aprendemos (...) mas, nessa última semana de dezembro tivemos, vamos dizer assim, esse embasamento, né?

Chegou um memorando pra que nós fôssemos introduzidos no curso preparatório do PSF [dois anos depois]. (grifo nosso) (profissional USF-A)

A realização da primeira capacitação, somente após dois anos e em caráter introdutório, evidencia o descompasso entre a implantação de serviços e iniciativas de educação dos profissionais para as finalidades, missão e novos arranjos do processo de trabalho em saúde para esses serviços. Após dois anos, houve tempo para os profissionais desenvolverem suas práticas a partir de critérios de sua própria formação e experiência, certamente, com mais chances de repetirem modos de agir em saúde consagrados, procedimento-centrado, dificultando a ruptura com o modelo hegemônico.

Quando indagados sobre a percepção na mudança de suas práticas ao passarem para a ESF, os profissionais entrevistados referiram: ampliação na oferta para outros grupos, até então não prioritários na assistência dada pelos serviços públicos odontológicos; maior vínculo com as famílias adscritas; visitas domiciliares; e trabalho em equipe, cuja missão supera o individualismo de cada profissão. Ilustraremos a seguir alguns de seus depoimentos:

Nós no PSF não atuamos só como dentistas, a gente atua em equipe. E a equipe tem várias funções, então, eu tô vendo também o que tá acontecendo em uma área [e] qualquer coisa eu posso tá comunicando e agindo de alguma forma pra poder combater aquilo ou eliminar (...) Então, a tendência do Ministério é essa, é equipe, vamos acabar com essa história de só atendimento médico, o médico que é tudo, mas não é, entendeu? O pessoal tá acostumado com esse sistema antigo que é o médico que é quem atende as pessoas, né? Hoje tá se dando mais valor à enfermeira, à equipe como um todo, todo mundo tem certa responsabilidade, até os agentes de saúde, né? (profissional USF-D)

Nesse sistema que a gente usa aqui agora, o dentista, a equipe, de uma maneira geral, sabe quem tá atendendo (...) ela conhece as pessoas, mais ou menos, entendeu? É diferente! Antigamente funcionava como atendimento ambulatorial, só demanda aberta; vinha, atendia aqueles pacientes, não sabia nem quem era, a gente não tinha uma ligação com o paciente, sabe? Hoje, nesse sistema, a gente conhece os pacientes (...) melhorou muito. (profissional USF-D)

Melhorou, porque quando eu vou para casa [nas visitas domiciliares] é outra história (...) o pessoal fica tão agradecido em a gente fazer a visita, sabia? E olhe que a nossa visita não era programada, agora depois do introdutório foi que a gente viu que não pode chegar assim [sem avisar antes] (...) Mas, eu sempre fui bem atendida, sabe? E eles ficam muito satisfeitos da gente ir e conversar (...) Eles

acham assim que é muita importância que a gente tá dando a eles (...) É um tempo maior que a gente tem de conhecer, de escutar, né? Quando a gente vai pra uma casa tem todo o tempo pra pessoa, aquele tempo tá destinado (...) é diferente do consultório que fica um esperando já o outro. (profissional USF-B)

As visitas domiciliares são de fato o que mais aproxima profissional e usuário. O tempo da escuta permite o estabelecimento desse elo, criando vínculos, permitindo que haja sensibilização e entendimento dos problemas do usuário a partir do seu próprio contexto, do seu modo de viver. Identificamos que o tempo destinado ao trabalho de campo pelas equipes da ESF chega a 50% e divide opiniões entre os profissionais. Alguns acham que deveria ser até maior, de tão importante que consideram esse contato; já outros, pensam que as visitas devam existir em casos necessários, não de forma indiscriminada. Acreditamos que o bom senso deva prevalecer no momento de priorizar a distribuição de tempo em relação às atividades do CD, levando sempre em consideração quais as maiores necessidades da população beneficiária dos seus serviços, em determinado momento. E também há que se repensar a prática clínica como lugar e tempo privilegiado de escuta e vínculo, na perspectiva de qualificá-la, reformulá-la e ampliá-la ^{9, 43, 93}.

Retomando a idéia de acolhimento no campo da saúde, identificamos seu conceito tradicional, como uma dimensão espacial, que ora se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido. Nesta definição o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades ⁵⁹.

Já na concepção contemporânea, o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários ⁴³. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos ⁴⁴. Em nosso estudo, identificamos a existência de iniciativas de implantação de acolhimento nas unidades básicas, como revela a fala seguinte:

A Secretaria agora está investindo na humanização do atendimento [para] todos os servidores, principalmente os de nível médio [como] os que trabalham na recepção, na farmácia (...) porque dentista sempre tem capacitação, auxiliar de enfermagem, enfermeira sempre têm e eles, fazia tempo que não tinham (...) a gente não quer ser um distrito só burocrático, queremos ser transformador das práticas (...) com o apoio e o trabalho dos supervisores a gente vai ter essa oportunidade. (gestor B)

O gestor é otimista quanto à possibilidade de mudança das práticas e conta para isso com a ajuda de dois supervisores. Segundo o relato de um deles, trabalham com o objetivo de fazer a supervisão das práticas nos serviços e dar apoio institucional, não como mera fiscalização, mas aproximando-se da educação permanente e apoiando equipes locais, no sentido de que interajam, a partir de um trabalho conjunto entre profissionais, para a produção da saúde.

Desde 2003, o Ministério da Saúde vem imprimindo esforços na construção da Política Nacional de Humanização (PNH), denominada HumanizaSUS, para que atue de maneira transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde. Parte do entendimento de que mudanças no modelo de atenção não são possíveis sem a efetiva implementação no modelo de gestão. O eixo da gestão do trabalho propõe a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo-os e valorizando-os, assim como o saber que constroem no cotidiano de seus trabalhos ⁶.

Humanizar, segundo o entendimento da PNH, é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores, e inclui valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão ⁶. Sobre o entendimento do termo humanização, o relato seguinte do profissional dá essa dimensão ampliada ao mesmo, incluindo-se como sujeito do processo de trabalho que precisa de cuidados para poder cuidar.

Humanização é isso, é você receber bem (...) eu entendo assim, sei lá, tratar como gente e ser tratado (...) só que tem que ter alguém que cuide da gente, né? E não tem (...) aqui é uma área muito difícil, a minha é a mais carente, perto da linha do trem, existe muito assassinato por aqui (...) teve paciente meu que foi assassinado, tá entendendo? Isso é muito sério e a Secretaria fica calada, só ditando normas, e no fundo não sabe o que a gente faz aqui (...) eu acho que interfere muito no trabalho da gente (...) a gente fica tão ansioso, porque precisa também de cuidado, né? (...) eu acho que tem que cuidar deles [usuários], mas a gente fica meio

perdido, sem saber (...) interesse, eu, particularmente, tenho, agora também sozinha eu não posso fazer nada, né? Tem que pedir socorro. (profissional USF-C)

Percebe-se a angústia por parte do profissional diante do quadro complexo em sua realidade de trabalho; sente-se perdido, desamparado e até desprotegido, querendo alguém que lhe socorra primeiro, porque não sabe ao certo como agir diante do inusitado, que hoje aparece em função da proximidade com a realidade nua e crua dessas famílias. São situações que escapam da esfera dos serviços de saúde, propriamente, e envolvem outros setores, por vezes difíceis de se integrar, e que requerem profissionais que abram suas mentes para somar esforços com outros, das mais diversas áreas, na busca de melhores respostas para a vida e saúde dessa população. A dureza de algumas realidades talvez seja o grande impulsionador de uma visão maior dos profissionais que ali estão, porque, por si só, convoca-os a ampliar olhares e intervenções.

Sobre acolhimento, como diretriz operacional, Franco, Bueno e Merhy²³ propõem uma inversão na lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, para que sejam organizados de forma usuário-centrada. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento - que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A unidade do CEO que fez parte do trabalho, apesar de não se enquadrar, integralmente, nessa forma de organização dos serviços, apresentou alguns traços no que se refere à qualificação da relação profissional-usuário. As relações estabelecidas entre ambos representaram grande valor nos depoimentos dos usuários. Vejamos a seguir:

Os médicos são legais [estão] mais simpáticos, mais atenciosos (...) pra ser do SUS eu tô achando bom aqui o atendimento (...) eles estão mais humanos, olhando nos olhos e falando com a gente (...) sendo mais atenciosos mesmo (...) agora quando ele terminou, explicou bem direitinho [e] já marcou a próxima consulta. (usuário 9)

As pessoas atendem bem, respeitam [os usuários], eu gosto demais do atendimento daqui, um atendimento excelente (...) as únicas reclamações que têm aqui é porque não dá para atender a todo mundo, tá entendendo? Mas, as pessoas que conseguem o atendimento todas elas saem satisfeitas (...) só é pouco o atendimento porque a unidade funciona da **maneira normal** e aqui a procura é grande, aí não satisfaz a toda a população (...) tá aí, olhe esse tempo todinho que estou esperando, desde 7:30 da manhã que o rapaz está lá dentro da sala da médica [dentista], quer dizer uma assistência boa, tá entendendo? (grifo nosso) (usuário 10)

Os usuários identificaram um perfil diferenciado de profissionais nos serviços, considerando-os mais humanos, atenciosos e simpáticos. Mas, essa maneira normal de operar nos serviços de saúde, referida pelo usuário, lembra um passado remoto, que ainda persiste, de unidades lotadas, com hora limitada ao acesso, baixa oferta de serviços e usuários insatisfeitos por quase sempre lhes ser negada a chance de serem atendidos em suas queixas. Isto reflete uma forma de apartação do outro ainda presente, mesmo que alguns profissionais recebam bem na perspectiva do usuário, que tensiona as práticas de saúde, especialmente na realização de serviços assistenciais, por comprometerem negativamente a razão de ser desses serviços: a eficácia técnica e a satisfação da clientela ⁹⁷.

Contudo, em pouco mais de uma década, a temática do acolhimento vem ganhando importância nas unidades prestadoras de serviços, especialmente no que se refere à requalificação da discussão sobre a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. Progressivamente, substituem-se as análises centradas na questão de extensão de cobertura pelas análises centradas em temas como acolhimento nas unidades. Isto demonstra que o foco de “tensionamento” está voltado para dentro dos serviços, mais precisamente para a relação estabelecida, cotidianamente, entre trabalhadores e usuários ⁹⁷.

Franco, Bueno e Merhy ²³ entendem ainda que o acolhimento como uma etapa do processo de produção da relação usuário-serviço, sob o enfoque específico da acessibilidade, funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui

seus mecanismos de recepção aos usuários, que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde.

Identificamos, na fala de usuários entrevistados, a percepção do acolhimento sob o aspecto da relação profissional-usuário e também enfocando a recepção nas unidades de saúde, como mostra o exemplo a seguir:

O atendimento é bom, eu gosto do atendimento [na ESF] (...) aqui também eu gostei [no CEO], o ruim é só porque a gente tem que madrugar (...) mas, realmente o pessoal aqui atende legal (...) lá também tem toda assistência [ESF] (...) os médicos, não sei se é porque eles são novos, estão evoluindo mais, estão dando mais atenção ao paciente, né? A Dra. [da ESF] conversa muito, eu me refiro a ela porque tenho mais contato com ela (...) conversa, explica tudinho, eu não sabia que bebezinho precisava de prevenção [porque] meu menino veio ter atenção depois de 3 anos (...) se eu soubesse bebezinho eu não tinha ido? Tinha [mas] não sabia (...) precisa mais de informação também, né? Mais esclarecimento de lá pra cá e aqui também (...) quando a gente chega, senta e nem se comunica, depois uma funcionária vem perguntar (...) não, eu acho que tinha que ter uma funcionária já aí pra quando o paciente chegar já informar a hora que você tem que entrar, como você deve proceder, entendeu? A gente que fica batendo na porta, procurando a funcionária, às vezes, ela se aborrece (...) eu acho que precisava melhorar mais. (usuário 6)

O atendimento por parte de quem executa a ação agrada o usuário, mas mostra-se incomodado com a falta de recepção no CEO, alguém para escutar, informar, orientar, enfim, dar-lhes tratamento respeitoso e digno, antes de qualquer um outro.

A atividade de recepção do usuário no serviço é entendida por Teixeira ⁹⁷ como um espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Entretanto, o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe ao espaço e aos momentos formais da recepção, mas prolifera-se por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem do usuário pelo serviço. Tal conteúdo, a princípio utilizado na recepção, é o cerne do chamado *acolhimento dialogado* e desempenha um papel fundamental na dinâmica organizacional, redundando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial, em seus diversos “módulos de atenção”. Utiliza, para isto, uma técnica especial de

conversar, o diálogo, orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e modos de satisfazê-las.

No CEO analisado, funcionava anteriormente uma unidade de especialidades médicas e também havia oferta de ações odontológicas básicas. Com o Brasil Sorridente, houve adequação para implantação das especialidades odontológicas. Buscamos saber, então, da gerente local como se deu essa mudança no sentido da participação e/ou aceitação dos usuários e como estes percebem hoje a oferta dessas ações odontológicas na unidade:

Olha, não foi unânime todos gostarem (...) alguns ficaram satisfeitos porque ampliou o serviço, é um serviço a mais (...) além de ser na própria zona norte [a oferta de] um serviço especializado (...) mas também alguns rejeitaram porque para eles era mais fácil vir tirar mensal ou quinzenalmente [ficha] aqui do que ir para PSF que nem toda a zona norte está coberta. Então, nas áreas onde tem PSF não chiaram muito, mas onde não tem, ficaram um pouco chateados, porque sabem que não vai ter um encaminhamento e vão ter que ir para unidades de apoio – que são aquelas que atendem a demanda reprimida, fora de área - de alguma forma teve insatisfações (...) porque é obvio que teria mesmo, mas hoje eu creio que existe mais satisfação do que insatisfação. (gestor D)

Quanto aos usuários, verificamos que a maioria dos entrevistados nunca tinha sequer ouvido falar sobre Centro de Especialidades Odontológicas, mesmo fazendo uso dele naquele momento. Tal desconhecimento sugere que foram mudados os serviços, sem que houvesse qualquer participação destes no processo decisório e/ou faltou informação ou ainda ocorreu de forma insuficiente. Provavelmente, isso deve ter contribuído para os usuários não identificarem a nova conformação do serviço, nem terem incorporado sua nova denominação, referindo-se ao nome antigo e atual de Centro Clínico. Alguns relatam ter visualizado a placa sinalizadora da presença dos serviços especializados na unidade, mas a ida em busca por atendimento no local se deu principalmente por meio de amigos, parentes que trabalham na unidade e de alguns profissionais da rede básica. A gestão central afirma que quem deve fazer esse tipo de divulgação são os profissionais da rede básica e que foram propagados, a implantação e funcionamento dos CEOs, na mídia nacional, além de serem distribuídos panfletos sobre o Brasil Sorridente.

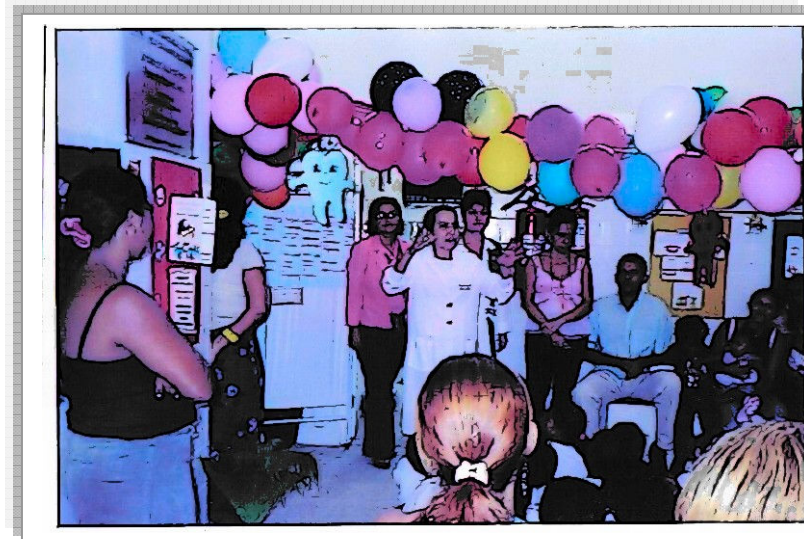
Quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários no dia-a-dia das unidades do SUS, percebe-se que a participação ainda é muito pequena. Talvez porque lhes

pareça que esta participação seja difícil, complexa ou impedida pelo excesso de burocracia do sistema de saúde ⁶².

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Merhy ⁴³ afirma que: “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pelo paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática, nem impessoal”. Em fala de uma de nossas entrevistadas o vínculo se destacou:

As pessoas são tão bacanas, como os dentistas, que chegam conversam com você (...) porque lá no Rio não achei um dentista como achei aqui (...) era um dentista ignorante, senta aí, não dá nem boa tarde (...) aqui não, como é que vai? Como está passando? Como está o dente, melhorou? Tá inflamado? Eu digo: não doutor tá bom, tal (...) e as enfermeiras são bacanas, tratam você bem (...) quando sai dali, vai apanhar remédio, não compra o remédio, o dentista já passa e manda para a farmácia (...) tem gente que fala daqui, mas eu não tenho nada a dizer, fui recebida muito bem até agora (...) tô resolvendo (...) eles têm muito cuidado, não tenho nada a dizer daqui não, é muito bom. (usuário 11)

O vínculo como diretriz articulada ao acolhimento é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional no cuidado aos usuários ²³. Criam-se referências seguras, a partir daí, e a forte idéia de “empoderamento”, que se dá por processos de aprendizagem e subjetivação dos usuários e os tornam aptos a se cuidar. Assim, eles próprios aumentam seus graus de autonomia diante dos serviços ²⁵. Além disso, como nos lembra Campos ¹¹, propicia um controle eficaz de milhares de profissionais, tanto institucionalmente, onde os resultados do trabalho de cada um são facilmente identificados, quanto diretamente por meio da própria clientela. “A ligação um pouco mais estável e duradoura entre profissional e paciente permitiria que o último exercesse melhor seus direitos de cidadania”.



Comemoração pela inclusão da ESB nesta USF

“Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência”

(Karl Marx)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos a integralidade em seu caráter polissêmico e, pela abrangência do conceito, foi preciso restringi-lo em nosso trabalho, para buscar maior profundidade no olhar sobre a organização de serviços e práticas de saúde. Destacamos, a seguir, pontos relevantes de nossa investigação, que levam à aproximação ou distanciamento da integralidade. Fizemos ainda algumas considerações sobre os limites de nosso estudo e de questões que o mesmo apontou como sugestões para melhorar os serviços e para realização de outros estudos.

Iniciamos pela atenção básica. Vimos que a ampliação da oferta de ações de saúde bucal, com incorporação de mais equipes de saúde da família, a despeito de aumentar o acesso e a cobertura, não implicou em maior poder resolutivo. A lógica de atenção, centrada em atos prescritivos e procedimentos, reforça a idéia de infinitude de problemas e a impressão de ser o número de famílias grande demais para cada equipe. Mesmo reconhecendo que as necessidades existam em proporções elevadas, faz-se necessário pensar arranjos organizacionais que qualifiquem esta porta de entrada, produzam cooperação mútua dentro das equipes e que estabeleçam relações positivas fora dos muros da unidade de saúde, sempre que o projeto terapêutico exigir, centrando o foco no usuário e no auxílio à conquista de sua autonomia.

O tempo dispensado à clínica, pelas equipes de saúde da família estudadas, pareceu-nos reduzido para a demanda. Em relação às atividades de prevenção/promoção realizadas, não se sabe, ao certo, seus efeitos na vida das pessoas, no sentido também da melhoria de seus problemas bucais. O fato é que há muita demanda por assistência, sendo necessário otimizar o trabalho clínico de forma articulada às ações de promoção. Sugerimos que trabalho extramuro seja executado pelos demais membros da equipe, como ACSs, reconhecidos como potencializadores do cuidado, de forma articulada com os dentistas, que podem dar retaguarda técnica, desde o planejamento à execução das ações.

A separação assistência/atenção, identificada nas unidades estudadas, expressa o modelo hegemônico que produz a dicotomia curativo/preventivo, ainda presente em alguns modos de operar o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). De certa forma, a ESF estudada privilegiou as ações de vigilância à saúde e secundarizou a clínica, contribuindo para aumentar a pressão da demanda por atos curativos.

A inclusão da ESB na ESF aproximou profissional e usuário. Mesmo que não existam indicadores para medir os reflexos disso no modo de vida das pessoas, com certeza é perceptível uma satisfação mútua. Os usuários, que têm mais perto de si uma equipe a quem se dirigir, apesar de ainda existirem barreiras à acessibilidade, e os profissionais, que se sentem mais humanos no desempenho de suas funções e sensíveis aos problemas, perto das famílias com as quais estabeleçam relações. Não há como ignorar e não se envolver com os problemas desses usuários, estando ao lado deles. Daí a resolução dos problemas supera a ordem estrutural e requer atitudes que fujam do padrão adotado pelos profissionais durante anos, sob influência do modelo flexneriano, centrado na doença.

A pressa em implantar programas, no caso habilitar os CEOs, no município estudado, refletiu-se em certo descuido com as instalações físicas, uma vez que três CEOs foram instalados em unidades de saúde que já funcionavam, fazendo emergir problemas relacionados à infraestrutura, como a ausência de rampas e banheiros apropriados para portadores de deficiência. O espaço pode também não estar sendo valorizado o suficiente, como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Não há recepção e escuta dos usuários nos CEOs, nem sinalização adequada. Destacamos a importância de se realizar avaliação a respeito da ambiência nas unidades, propiciando espaços acolhedores, também, no sentido do conforto, da privacidade e do respeito à condição que portem os usuários.

A organização do trabalho, quanto ao acesso, varia para cada CEO de Natal e entre as especialidades. Quanto mais difícil o acesso a uma dada especialidade, mais ele tende a reproduzir formas tradicionais de entrada nos serviços, ou seja, adotam as filas de agendamento ao final do mês com vagas limitadas. Não há critério de risco para o atendimento ou estudos locais sobre demandas desnecessárias ao CEO. Isto não parece tão difícil de ser modificado se pensarmos em novos arranjos organizacionais, como as equipes de referência e apoio matricial, que propiciem um maior poder resolutivo à atenção básica, e aproxime serviços e profissionais do usuário, aumentando o vínculo e a responsabilização por este.

A acessibilidade funcional ao CEO estudado é dificultada pela organização da malha viária que opera no Distrito Norte. Há usuários que se dirigem ao CEO de outro distrito, geograficamente mais distante, pela facilidade de deslocamento *a priori*. Verificamos que a territorialização para organização dos sistemas locais de saúde não levaram em consideração

aspectos econômicos, sociais e culturais, priorizando aspectos geográficos e administrativos. Sugerimos que os reais fluxos dos usuários, aqueles que se adequem mais aos seus modos de vida, sejam considerados na delimitação do território coberto pelas equipes dos CEOs. Sugerimos também realização de pesquisas que investiguem razões da migração de demandas de um distrito de origem para um outro distrito e que tipo de atenção são buscadas.

No município estudado, não é tão evidente o aumento da produção de procedimentos especializados nos CEOs, em termos quantitativos, embora o indicador específico aponte para uma tendência de crescimento. Neste sentido, a oferta de especialidades ainda é baixa para uma população que acumulou seqüelas de práticas mutiladoras, durante décadas. Esta tem sido uma das causas de estrangulamento no fluxo contínuo de usuários na rede e a atenção integral acaba não acontecendo. A endodontia e a prótese são os maiores exemplos destes estrangulamentos, embora a radiologia, adotada pela gestão local como especialidade do CEO, não venha dando respostas condizentes com a demanda por estes exames. Necessita-se, a partir desses achados, aprofundar estudos que avaliem a oferta e a demanda nos três CEOs municipais, visto que as orientações de implantação do programa, a postura adotada pela gestão e a realidade local, por vezes, apresentam incongruências.

O cumprimento de metas de produtividade faz parte da realidade dos CEOs. Conseqüentemente, para garantir o incentivo financeiro federal, há reforço de práticas centradas em procedimentos e baixa responsabilização com os problemas do usuário. Consideramos que a avaliação contínua e conjunta das ações realizadas deva ter mais importância, que metas definidas aprioristicamente. Além disso, o exercício da autonomia no trabalho, ajuda a manter a capacidade criativa do profissional, sem esquecer, no entanto, do compromisso e responsabilidade para com a saúde da população.

Em termos qualitativos, está claro que houve, com a implantação dos CEOs, um crescimento da oferta de especialidades, o que representa um ganho para a população usuária, por ampliar as possibilidades de resolução dos problemas. Mas, caberia uma reavaliação da oferta para expandir o leque de opções, a partir de necessidades reais dos usuários, incluindo novas especialidades, como a ortodontia, que pela atual prevalência das maloclusões, a terceira no *ranking* dos problemas que mais afeta crianças e jovens, mereceria maior atenção.

A estrutura piramidal do modelo vigente e o ordenamento de fluxos, por meio do sistema de referência e contra-referência, tem produzido encaminhamentos burocráticos, onde muitos usuários simplesmente “passam” pela UBS e dirigem-se ao CEO de posse da ficha de referência. No entanto, não têm a garantia do atendimento, por dificuldades no acesso, nem do retorno à equipe local, para prosseguir o tratamento, porque quase sempre estão “soltos” dentro do sistema de serviços, sem vínculo real a qualquer equipe de saúde.

O único elo de ligação entre o CEO estudado, nível secundário, e a atenção básica, nível primário, dá-se pelos encaminhamentos, cuja frieza com que se impõem, não ajuda a integrar o sistema e mantém, nitidamente, a divisão do trabalho em áreas compartimentadas, não colaborando para uma melhor atenção ao usuário, nem para um maior entendimento do processo produtivo de saúde. Assim, o sistema continua desintegrado, sem articulação no tempo e no espaço, com dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção, que torna mais difícil a acessibilidade funcional do usuário e contribui para processo de trabalho “solitário” e fragmentado. Falta “alguém” que estimule essa articulação de fazeres e práticas dentro dos serviços para dar continuidade e globalidade às ações.

A escolha, em Natal, por uma única porta de entrada – a atenção básica – ao sistema de saúde, exige sua melhor qualificação. Se não houver uma boa resposta na “porta de entrada”, neste modelo hierarquizado, solucionando a maioria dos problemas dos usuários, complica o sistema como um todo, porque acabam superlotando indevidamente os demais níveis. No entanto, há modelos que não hierarquizam, colocando todos os serviços num mesmo patamar de importância, abrindo várias portas de entrada ao sistema, que contemplem os movimentos reais dos usuários na rede. A melhor opção a adotar, deverá ser construída na gestão com a implicação de todos – gestores, profissionais e usuários – cuja escolha deva estar comprometida com a saúde das pessoas, com a humanização das relações e dispor de recursos tecnológicos para resolver os problemas dos usuários.

Verificou-se que o protocolo não é respeitado como um contrato entre as partes que compõem os serviços e, freqüentemente, os especialistas do CEO estudado recebem usuários que deveriam estar sendo assistidos na rede básica. Além disso, a maioria dos usuários encaminhados chega sem ter feito sequer a adequação mínima do meio bucal, sugerindo que boa parte deles não tenha vinculação efetiva com atenção básica, o que expressa o “furo” na porta de entrada

originária e a não funcionalidade do modelo hierarquizado. O protocolo não tem funcionado como um guia para os profissionais, que em sua maioria desconhecem o seu teor. O fato é que sua existência exige sua exploração, avaliação do conteúdo, provavelmente na perspectiva de rediscuti-lo e readequá-lo à realidade dos serviços.

Contudo, mais importante que cumprimento de normas, é envolver os profissionais com o trabalho, no sentido do compromisso e do prazer em realizar a sua “Obra”, como nos lembrou Campos ¹¹. Essa satisfação poderá advir da valorização dos trabalhadores em gestões democráticas, que estimulem a participação nas discussões e decisões inerentes ao seu trabalho, planejamentos conjuntos e aprendizados em equipe, onde os assuntos abordados sejam sugeridos a partir de suas próprias vivências nos serviços. Além disso, sugerimos a abordagem de temas que permitam ampliar os conhecimentos dos trabalhadores, trazendo experiências novas e bem sucedidas, com características aplicáveis às suas realidades, para melhoria na qualidade dos serviços ofertados pelo sistema de saúde local.

Por fim, reconhecemos as redes, além de sua organização estrutural, como conexões que se estabelecem entre pessoas a todo o momento, dentro e fora dos serviços, na tentativa de produzir o cuidado. O reforço a redes de trabalho afetivas, que levem ao acolhimento do usuário pode ser um caminho para uma relação mais próxima às necessidades reais da população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 149-178.
- 2 Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos Serviços de Saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciên Saúde Coletiva 2003; 8 (3): 815-823.
- 3 Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS, Santos NC. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 105- 132.
- 4 Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz SMG. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. Cad Saúde Pública 2005; 21 (4): 1026-1035.
- 5 Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciên Saúde Coletiva 2002; 7(4): 709-717.
- 6 Barros, MEB, Mori, ME, Bastos SS. O Desafio da Política Nacional de Humanização nos Processos de Trabalho: o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”. Cad Saúde Coletiva 2006; 14 (1): 31 – 48.
- 7 Bauer MW, Aarts B. A Construção do Corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. cap. 2. p. 39-63.
- 8 Brasil. Congresso Nacional. Constituição Federal (1988). Brasília, 1988. 292p.
- 9 Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciên Saúde Coletiva 2003; 8 (2) : 569-584.
- 10 Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciên Saúde Coletiva 1999; 4 (2) : 393-403.
- 11 Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229- 66.

- 12 Carvalho SR, Cunha GT. A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837- 868.
- 13 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p.113-126.
- 14 Cecílio LCO. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública 1997; 13(3): 469-478.
- 15 Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3., 2004, Brasília. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 146p.
- 16 Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20 (5) : 1417-1423.
- 17 Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. cap. 2. p. 29-48.
- 18 Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2004.
- 19 Ferreira MAF, Maciel SSSV. O Câncer Bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRRN; 2004. cap. 8. p.137-159.
- 20 Feuerwerker L. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Comunic Saúde Educ 2005; 9 (18): 489-506.
- 21 Formigli VLA, Silva LMV. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994; 10 (1): 80-91.

- 22 Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
- 23 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2): 345-353.
- 24 Franco TB, Magalhães Júnior HMM. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-133.
- 25 Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 181-193.
- 26 Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. cap.3. p. 55-124.
- 27 Furtado J. *A Avaliação como dispositivo [tese]*. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2001. 282p.
- 28 Gaskell G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. cap. 3. p. 64-89.
- 29 Giacomet AF. Proteção Radiológica. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços Odontológicos: prevenção e controle de riscos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. cap. 13. p. 121-136.
- 30 Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (6) : 1171-1181.
- 31 Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Comunic Saúde Educ* 2005; 9 (17): 287-301.

- 32 Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. cap. 6. p. 185- 222.
- 33 Guedes AEL. Da integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. 180p.
- 34 Haguette TMF. A entrevista. In: Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes; 1990. cap. 8.
- 35 Hartz ZMA. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciên Saúde Coletiva 1999; 4 (2): 341-354.
- 36 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública 2004; 20 (2): 331-336.
- 37 Lei Complementar nº 066/2005. Diário Oficial do Município, Natal, 19 de novembro de 2005.
- 38 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20 (5): 1411-16.
- 39 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. 180p.
- 40 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. cap. 2. p. 41-64.
- 41 Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

- 42 Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. In: Campos CR, Malta DC, Reis AF, Santos AF, Merhy EE, organizadores. O SUS em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
- 43 Merhy EE. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-160. (saúde em debate: série didática)
- 44 Merhy, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 45 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002. 189p.
- 46 Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. cap.1. p. 15-36.
- 47 Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano, ME, Santos CM, Rodrigues RA et al. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p 113-150.
- 48 Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 49 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência 2002a. [acesso em 2007 mar. 07]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>
- 50 Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (BR). Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 108p.

- 51 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BR). A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 53p. 2006a.
- 52 _____. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 16p.
- 53 _____. Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente. Brasília, DF; 2006c. [acesso em 2006 maio 09]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/manual_adequacao_visual%20ceo_brasil_sorridente.pdf
- 54 _____. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 55 _____. Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. 29 p.
- 56 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (BR). Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005. 94p.
- 57 Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal (BR). Projeto SB Brasil 2000: condições de saúde bucal da população brasileira. Relatório Final: Município de Natal, RN. Natal, 2003. 41p.
- 58 Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 24p (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 59 Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004c. 48p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- 60 _____. HumanizaSUS: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d. 22p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

- 61 _____. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 62 _____. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f. 14p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- 63 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2006 [acesso em 2006 dez 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
- 64 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro, 2005.
- 65 Narvai PC. Integralidade na Atenção Básica. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV, organizador. Novos Rumos da Saúde Bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: UNESCO; 2005. p. 28-42.
- 66 Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. 180p.
- 67 Portaria nº 217 de 11 de fevereiro de 2005. [acesso em 2006 maio 09] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-217.htm>
- 68 Portaria nº 283 de 22 de fevereiro de 2005. [acesso em 2006 mar 18] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portarias_esb/portaria283_22_02_05.pdf
- 69 Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.
- 70 Portaria nº 493 de 10 de março de 2006 [acesso em 2006 nov 20]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf
- 71 Portaria nº 562 de 30 de setembro de 2004.

- 72 Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. [acesso em 2006 abr. 06] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portarias_esb/portaria599_23_03_06.pdf
- 73 Portaria nº 600 de 23 de março de 2006. [acesso em 2006 abr. 06] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portaria600_23_03_06.pdf
- 74 Portaria nº 1570 de 29 de julho de 2004. [acesso em 2006 abr 14] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>
- 75 Portaria nº 1571 de 29 de julho de 2004. [acesso em 2006 abr. 19] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1571.htm>
- 76 Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciên Saúde Coletiva 2006; 11 (1): 243-246.
- 77 Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19 (1):27-34.
- 78 Resende VLS, Castilho LS, Souza ECV, Jorge WV. Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais. Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005; Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
- 79 Rio Grande do Norte, Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. Ofício nº 022/05 de 24 de fevereiro de 2005. Natal, RN. 2005b.
- 80 Rio Grande do Norte, Secretaria de Estado de Saúde Pública, Comissão Intergestores Bipartite. Ofício nº 195/04 de 01 de outubro de 2004. Natal, RN. 2005a.
- 81 Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. Rev Baiana Saúde Pública 2005; 29(2): 273-285.
- 82 Roncalli AG. A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal [tese]. Araçatuba, SP: Universidade Estadual Paulista; 2000.
- 83 Roncalli AG. Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996. [acesso em 2005 nov 11]. Disponível em: http://www.planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epi/epi_bra.pdf

- 84 Roncalli AG, Lima KC, Costa PAP. A cárie dentária. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. cap.5. p.81-102.
- 85 Schaiber LB. Prefácio. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 9-15.
- 86 Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e Resoluções no Modelo de Atenção à Saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface - Comunic Saúde Educ 2005; 9 (16): 53-66.
- 87 Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (Natal), Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística, Setor de Pesquisa e Estatística. Anuário Natal 2005. Natal, RN, 2005.
- 88 Secretaria Municipal de Saúde (Natal), Departamento de Atenção Básica, Área Temática de Saúde Bucal. Protocolo Municipal. Natal, RN, 2006.
- 89 Secretaria Municipal de Saúde (Natal). Minuta nº 064/05 de 27 de dezembro de 2005. Natal, RN, 2005.
- 90 Seixas PHA. Os pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional; 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.100-113.
- 91 Silva FV, Menezes MDGAS. Formação Técnica em saúde no contexto do SUS. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde (SIS), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). v.2, n.5, 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 59-74.
- 92 Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. cap. 1. p. 15-40.
- 93 Souza ECF. Ampliação da Clínica: para buscar a integralidade do cuidado em saúde. In: Castro JL, Formiga JMM, Vilar RLA, organizadores. Política e Gestão em Saúde: reflexões e estudos. Natal: Editora Observatório NESC/UFRN; 2006. p. 125-148.

- 94 Souza HM, Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional; 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.147-155.
- 95 Teixeira CF. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 27 (65): 257-277.
- 96 Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002. (18. supl.).
- 97 Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 89-111.
- 98 Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *Ciêns Saúde Coletiva* 2005; 10 (Supl. 1).
- 99 Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
- 100 Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV e colaboradores. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. 221-235p.
- 101 Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 102 Zanetti CHG. Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/ PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS [2001?]. [acesso em 2006 maio 09]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Informações sobre a pesquisa:

A pesquisa com o título **“Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma análise na perspectiva da integralidade”**, desenvolvida pela mestrandia Ezilda Medeiros tem como objetivo avaliar os serviços de referência em especialidades odontológicas para a atenção básica, buscando compreender como estes se articulam e dão suporte às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, no município de Natal/RN.

Para a coleta de dados, utilizar-se-á alguns instrumentos como: pesquisa documental; observação direta; entrevistas semi-estruturadas e discussão em grupos com elaboração de um mapa do fluxo de usuários na rede (fluxograma analisador), como formas de obter as informações necessárias à realização do estudo.

Caso o(a) Senhor(a) prefira que a entrevista não seja gravada, a pesquisadora fará anotações das respostas. Será garantido seu anonimato durante a entrevista e discussões em grupo, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa. A entrevista será confidencial, sendo realizada em ambiente onde a sua privacidade seja respeitada, estando presente apenas a pesquisadora. Durante a realização da entrevista, o (a) Senhor (a) não é obrigado (a) a falar daquilo que não desejar podendo solicitar interrupções a qualquer momento e recusar resposta a alguma pergunta que considere inconveniente ou desnecessária. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a sua própria disponibilidade, assim como, o tempo de acompanhamento e observação dos serviços será previamente combinado de maneira que não venha ocasionar qualquer transtorno ao pleno funcionamento das atividades.

As atividades da pesquisa consistem na aplicação de instrumentos (entrevistas e discussões em grupo) envolvendo diretamente a participação de seres humanos e espera-se que

não haja problemas em o (a) Senhor (a) participar da mesma por tratar-se de uma pesquisa de risco mínimo, onde nenhum procedimento clínico será realizado.

O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido caso tenha gastos ou despesas devido à pesquisa e poderá ser indenizado se houver danos comprovadamente ocorridos por causa da pesquisa.

Para quaisquer esclarecimentos adicionais, favor entrar em contato com as pesquisadoras:

Ezilda Medeiros Endereço para correspondência: Rua Senador Salgado Filho, 1787. Lagoa Nova-Natal/RN. CEP.: 59.056-000 Fones:3234-7632/ 9984-0237 e-mail: ez_medeiros@hotmail.com	Dra. Elizabeth Cristina Fagundes de Souza e-mail: betcris@terra.com.br Fone: 3215-4133
--	--

Ou, se assim o desejar, procurar informações no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, cujo fone/ fax é xx (84) 3215-3135 e e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br.

II – Declaração do(a) participante:

Declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada **Os Centros de especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma análise na perspectiva da integralidade**, desenvolvida sob a responsabilidade da mestranda Ezilda Medeiros e sob a orientação da Professora Doutora Elizabete Cristina Fagundes de Souza, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da UFRN, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou de me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isto traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordei, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Natal, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado: _____

Nome do entrevistado: _____

POLEGAR DIREITO

Compromisso do pesquisador:

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes do estudo e é minha opinião que foram entendidos os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto pelos participantes.

Assinatura do Pesquisador

Data: ____ / ____ / ____



APÊNDICE B



Roteiro para observação estruturada
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

1. Distribuição do espaço físico em cada Centro de Especialidades Odontológicas pesquisado.
2. Logomarcas do Brasil Sorridente.
3. Equipamentos e materiais: quantidade e estado de conservação.
4. Instrumental e material de consumo para cada especialidade.
5. Recursos Humanos presentes.
6. Serviços oferecidos pelos CEOs, a produção diária e lugar de registro.
7. Formas de acesso e população usuária dos CEOs.
8. Tipo de demanda.
9. A relação entre usuários e profissionais do CEO escolhido.

Roteiro de entrevista com Usuário do CEO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CEO

Entrevistado:

Data:

Endereço:

1. Já ouviu falar dos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas)? Como tomou conhecimento?
2. Onde você mora é coberto por equipes de saúde bucal da ESF? Você já teve algum tipo de atenção?
3. Como se deu o acesso a essa unidade de saúde?
4. Já utilizou os serviços daqui anteriormente? Em caso afirmativo, para que tipo de necessidade? Conseguiu resolver o(s) problema(s)?
5. Esse tipo de serviços tem diferença de outros que você já utilizou antes no sistema público de saúde? Por quê?
6. Já precisou fazer algum tratamento bucal mais complexo, antes de buscar atendimento aqui no CEO? De que maneira resolveu? Hoje, quando você busca, consegue?
7. O funcionamento dos Centros de Especialidades está bom dessa forma ou precisa melhorar? Sugestões!
8. Como descreveria a forma de atendimento (recepção, orientação, resolução, cuidado, etc.) dispensada pela equipe de profissionais que lhe atendeu na unidade básica e no CEO?



APÊNDICE D



Roteiro de entrevista com Gestor
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR

Entrevistado:

Data:

Local:

1. Quando e como se deu a adesão do município ao Brasil Sorridente?
2. Os CEOs de Natal foram os primeiros habilitados no Estado?
3. Quais os critérios utilizados para o lugar de implantação dos CEOs?
4. Quais as especialidades ofertadas? Por que não tem o número mínimo de especialidades necessárias, de acordo com a portaria ministerial nº 1570? (faltam estomatologia, cirurgia e APNE em algumas unidades).
5. Qual o número de equipos novos adquiridos para os CEOs? E instrumental?
6. Qual a contra-partida da SMS para estruturação dos CEOs? Houve acordo entre níveis? Qual (is)?
7. Como se deu a seleção dos profissionais? Houve exigências quanto à formação?
8. Há programa de educação continuada/ permanente para os profissionais dos sistemas locais de saúde (AB e CEO)? Quais as abordagens prioritárias?
9. Os procedimentos dos CEOs são realizados a partir de planejamento?
10. Há protocolos no município para as diferentes especialidades. Como e por quem foi elaborado? De que maneira os servidores do CEO e atenção básica tomaram conhecimento do seu conteúdo?
11. Existem metas de produção a serem cumpridas para cada CEO diferentemente? Quais? Como chegaram a elas?
12. São feitas avaliações dos serviços? Como e por quem? (quantitativa e/ ou qualitativa?).
13. Como espera que se dê a integração das ações com a atenção básica? Foi previsto quando da implantação?

14. Quais usuários têm acesso aos CEOs? De que forma entram nesses serviços? Os protocolos são respeitados?
15. Há divulgação desse trabalho para que a população tome conhecimento da sua existência?
16. Quanto é repassado para custeio mensal e implantação dos CEOs?
17. Quanto à manutenção de equipamentos. Como tem sido feita? E a infra-estrutura do espaço de trabalho? (mofo na endodontia - CE e na radiologia/ esgotamento na AN)
18. Na sua opinião, qual o CEO mais bem organizado, funcional e estruturalmente?
19. Existe algum dificultador para que haja a implantação efetiva dos CEOs?
20. Qual a cobertura da ESF com ESB nos Distritos de Natal? Qual a maior cobertura e o maior tempo de implantação das ESBF?



APÊNDICE E



Roteiro de entrevista com Cirurgião-Dentista do CEO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CIRURGIÃO-DENTISTA DO CEO

Entrevistado:

Data:

Local:

Fones/ e-mail:

1. Como você entrou no CEO?
2. Qual a sua formação profissional?
3. Houve algum treinamento prévio à sua entrada ou após assumir suas atividades no CEO?
4. Participou da elaboração do protocolo elaborado junto à SMS?
5. Soube da sua existência (protocolo) de alguma forma? Como?
6. Os usuários que são encaminhados ao CEO apresentam problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica?
7. Acha que o CEO está cumprindo seu verdadeiro papel de suporte da atenção básica?
8. Os usuários encaminhados vêm com o tratamento odontológico básico realizado?
9. Todos os usuários do CEO vêm referenciados? Você costuma fazer a contra-referência ao concluir o tratamento?
10. Na sua opinião, na prática dos serviços está havendo integração entre a atenção básica, representada pela ESF, e aquela de média complexidade, representada pelo CEO?
11. Há no CEO um fluxo interno de usuários entre especialidades? Em caso afirmativo, como isso ocorre?
12. Caso exista, esse fluxo é determinado pela necessidade real do usuário para um outro tratamento especializado ou por conveniência?
13. Há unidades no Distrito Sanitário Norte que referenciam mais e outras menos. Por que acha que isso vem acontecendo?
14. Como se dão os agendamentos para sua especialidade? Cumpre as metas pré-estabelecidas? (pelo MS e SMS)
15. Qual(is) o(s) procedimento(s) que mais executa no CEO dentro da sua especialidade?
16. Mantém algum controle dos seus pacientes após conclusão do tratamento? Como?
17. Como considera o acesso à sua especialidade? Há muita demanda?
18. Observa fragilidades ou dificuldades no funcionamento do CEO atualmente? Quais os seus aspectos positivos? Que sugestões daria para melhorar?

Roteiro de entrevista com Cirurgião-Dentista da ESF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESF

Entrevistado:

Data:

Local:

Fones/ e-mail:

I - Informações sobre a ESF:

1. Como se deu o processo de admissão na Estratégia Saúde da Família e desde quando nela atua?
2. Qual a sua formação profissional?
3. Recebeu algum tipo de treinamento/ capacitação ao entrar no “programa” ou durante o desenvolvimento dos trabalhos na ESF?
4. Fizeram um estudo prévio da área adscrita na qual iam se instalar? Sua equipe cobre quantas famílias (pessoas)? Acha que é um número viável para dar boas respostas aos problemas de saúde bucal?
5. Como se dá o acesso dos usuários à assistência curativa em saúde bucal na ESF?
6. Já atuava no serviço público municipal antes da ESF? Em caso afirmativo, consegue observar mudanças nas suas práticas comparadas àquelas que desenvolvia anteriormente?

II – Relação estabelecida entre ESF e CEO:

1. Você participou da elaboração do protocolo elaborado junto à SMS? (no que diz respeito à atenção básica)
2. Soube da sua existência (protocolo) de alguma forma? Como?
3. Tomou conhecimento da implantação e funcionamento do CEO? De que maneira?
4. Sabe quais são as especialidades oferecidas pelo CEO?
5. Em sua prática diária depara-se com problemas bucais que não consiga resolver com os recursos que disponha? Como procede?
6. Você acredita que ao encaminhar (se encaminhar) um usuário para um nível de maior complexidade tenha esgotado todas as possibilidades de resolver o problema na atenção básica?
7. Se você encaminha, em que momento do tratamento isso acontece? No início, meio ou fim?
8. A que atribui os poucos (ou os muitos) encaminhamentos feitos ao CEO pela sua ESBF?
9. Quando encaminha consegue obter retorno do CEO sobre os procedimentos efetuados?
10. Acha que o CEO está cumprindo seu verdadeiro papel de suporte da atenção básica? Por quê?
11. Na prática dos serviços está havendo integração entre a atenção básica, representada pela ESF, e aquela de média complexidade, representada pelo CEO? Por quê?
12. Observa fragilidades no funcionamento do CEO atualmente? Quais os seus aspectos positivos? Que sugestões daria para melhorar?

Roteiro de entrevista com Diretor do Centro Clínico Asa Norte
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETOR DO CENTRO CLÍNICO ASA NORTE

Entrevistado:

Data:

Local:

1. Como se deu o processo de implantação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) no Distrito Sanitário Norte?
2. Antes da implantação do Centro, como funcionava na Policlínica a atenção odontológica? Como aconteceu o processo de transição?
3. Houve algum período de paralisação? Em caso afirmativo, quanto tempo durou?
4. De que maneira os usuários foram informados das mudanças ocorridas nos serviços odontológicos da unidade? Eles participaram das decisões?
5. Você acredita que eles percebiam diferenças nos serviços prestados atualmente comparados com aqueles que existiam anteriormente? Há satisfação dos usuários?
6. Acha que o CEO está cumprindo seu verdadeiro papel de suporte da atenção básica?
7. Há central de regulação para autorização de consultas ou encaminhamentos no Distrito Sanitário Norte?
8. Como os usuários fazem normalmente para ser atendidos?
9. Os encaminhamentos garantem os atendimentos? De que forma há o agendamento dos usuários encaminhados? Mudou em relação à forma antiga?
10. Há quotas pré-estabelecidas para a atenção básica (ESBF ou não), tendo como base a oferta mensal das especialidades na unidade?
11. A demanda para o CEO é restrita à zona norte?
12. Há previsão de acrescentar outras especialidades (prótese, estomatologia, etc.) ao CEO ou de aumentar o número de profissionais àquelas já existentes?

Roteiro de entrevista com Chefe do Distrito Sanitário Norte
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CHEFE DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE

Entrevistado:

Data:

Local:

1. Está no cargo desde quando?
2. A partir de quando o Distrito Sanitário Norte foi dividido em dois? Por quê?
3. Qual a função do Distrito?
4. O Distrito participou do processo de implantação do CEO? De que forma? Por que foi escolhida a Policlínica da Asa Norte para sediar o Centro?
5. Como os usuários tomaram conhecimento das mudanças? Eles participaram das decisões?
6. Acha que o CEO está cumprindo seu verdadeiro papel de suporte da atenção básica? Por quê?
7. Há central de regulação para autorização de consultas ou encaminhamentos no Distrito Sanitário Norte?
8. Após serem encaminhados e atendidos no CEO para onde os usuários retornam? (caso seja encaminhados a partir da central de regulação ou unidades de apoio do Distrito).
9. Há quotas pré-estabelecidas para atendimento no CEO a partir das Unidades Básicas de Saúde dos distintos bairros da zona norte? (Tomando como base a oferta mensal das especialidades na unidade).
10. A demanda para o CEO é restrita à zona norte?

ANEXO

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFRN



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado (Final)

Prot. nº	080/06 CEP-UFRN
Folha de Rosto	94415 – CAAE – 0073.0.051.000-06
Título do Projeto	Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte de referência da atenção básica: uma análise perspectiva da integralidade
Área de Conhecimento	Odontologia – Grupo III
Pesquisador(a) Responsável	Elizabeth Cristina Fagundes de Souza
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Odontologia
Instituição Colaboradora	Centros de Especialidades Odontológicas e Unidades de Saúde Bucal da Família em Natal – RN e Secretaria Municipal de Saúde
Finalidade	Dissertação de Mestrado de Ezilda Medeiros
Período de Realização – Início	05/2006
Término	04/2007
Revisão Ética em	07 de julho de 2006

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
 - 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- O formulário para o relatório final encontra-se na página do CEP. (www.ética.ufrn.br)

Natal, 07 de julho de 2006

Dulce Almeida
Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)