

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

IVO AURÉLIO LIMA JÚNIOR

ESTUDO SOBRE A INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL ENTRE OS SERVIÇOS
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADOS EM SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE
PLANEJAMENTO 3.1 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2016

IVO AURÉLIO LIMA JÚNIOR

ESTUDO SOBRE A COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E ESPECIALIZADOS EM SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 DA
CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública com vistas à obtenção do grau de mestre em
ciências na área de saúde pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ligia Giovanella.

RIO DE JANEIRO

2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

L732e Lima Júnior, Ivo Aurélio

Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. / Ivo Aurélio Lima Júnior. -- 2016.

171 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Ligia Giovanella

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde Bucal. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Assistência à Saúde - organização & administração. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601098153

IVO AURÉLIO LIMA JÚNIOR

ESTUDO SOBRE A COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADOS EM SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública e subárea de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Dissertação defendida e aprovada em: 29 de abril de 2015.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Lígia Giovanella, ENSP/Fiocruz

Profa. Dra. Maria Helena Mendonça, ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior, UNB

Profa. Dra. Elisete Casotti, UFF

Profa. Dra. Luciana Dias de Lima, ENSP/Fiocruz

RIO DE JANEIRO

2016

AGRADECIMENTOS

À professora Lígia Giovanella, pelo grande empenho em me orientar durante todo o processo da pesquisa, por todos os momentos inspiradores durante as aulas e reuniões de orientação e por ser um exemplo de militância e dedicação pela consolidação do SUS.

Às professoras Lígia Giovanella, Cristiani Vieira Machado e Isabela Soares Santos, pela oportunidade de participar como assistente docente da disciplina de Análise comparada de sistemas de saúde na perspectiva da atenção primária. Uma experiência que fez toda diferença para minha formação durante o mestrado e só aumentou o meu desejo de exercer o trabalho docente.

À minha família, apesar dos mais de 2300km de distância entre o Rio de Janeiro e Recife, pela presença apoio incondicionais em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial, Amanda, Leonardo, Lucas, Norhan e Laíra. Companheiros na luta por uma sociedade mais justa, igualitária e fraterna, com quem aprendi e continuo aprendendo intensamente em todos os espaços da vida.

Ao Professor Gilberto Alfredo Pucca Junior, um dos principais responsáveis pela consolidação da ideia de saúde bucal enquanto direito de todos os cidadãos brasileiros, pela participação em minha banca de defesa da dissertação e por suas generosas contribuições.

À minha querida Natália, o encontro mais bonito que a cidade do Rio de Janeiro me proporcionou, por compartilhar comigo tantos sonhos e as lutas cotidianas.

A todos os trabalhadores e usuários entrevistados, pela colaboração e disponibilidade em participar da pesquisa, em especial, à Roberto Raposo, pelo apoio para a realização deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz.

Aos trabalhadores do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – NUPES, Cláudio e Lincoln, pela colaboração em todos os momentos necessários.

RESUMO

Como parte do processo de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal no Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a reorganização da atenção básica por meio de equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a ampliação e requalificação da atenção especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). As eSB e CEO devem articular-se entre si e com os demais serviços da rede. Todavia, os processos de integração e coordenação assistencial em saúde bucal são temas ainda pouco estudados e permanecem problemas de fragmentação da rede de serviços e dificuldades de comunicação entre prestadores. O presente estudo teve como objetivo analisar a integração entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa realizada a partir de um estudo de caso sobre a organização da rede de atenção à saúde bucal da A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, com trabalho de campo entre junho e dezembro de 2014. As principais fontes de informação utilizadas foram: entrevistas com os gerentes em saúde bucal (8), dentistas de eSB (6), de CEO (6) e usuários (6); registros de campo realizados nas visitas às unidades de APS e CEO; e, como fontes secundárias, dados do SISREG e documentos elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde. Para análise da integração e coordenação assistencial foram definidas as seguintes dimensões: estrutura organizacional de regulação assistencial, instrumentos de integração, organização dos fluxos para atenção especializada (AE), acessibilidade aos CEOs, instrumentos para continuidade informacional e participação na integração das Organizações Sociais de Saúde (OSS) gestoras dos estabelecimentos de APS. Fluxogramas descritores das trajetórias assistenciais validados pelos usuários dos CEO foram elaborados para descrever e analisar os percursos dos usuários de serviços odontológicos de atenção primária e especializada e mapear os obstáculos na integração e coordenação. Os resultados mostram avanços nos processos regulatórios para organização de fluxos e sistema de referência e contrarreferência, todavia permanecem lacunas de comunicação com dificuldades de coordenação que se expressam em elevado absenteísmo às consultas especializadas, revelando fragmentação. Entre as barreiras sócio-organizacionais à acessibilidade ao CEO destacam-se: critérios rígidos de seleção dos grupos vulneráveis para acesso à eSB, rigidez dos protocolos de encaminhamento para AE, inexistência de reabilitação protética odontológica na rede municipal, falha na comunicação ao usuário do agendamento na AE, não realização pelo CEO de reminder aos pacientes, não participação das OSS no processo de regulação assistencial. Instrumentos gerenciais de regulação assistencial implantados melhoraram fluxos, todavia, introduziram novos obstáculos para acesso aos serviços odontológicos.

Palavras chave: Saúde bucal, Integração, Coordenação assistencial, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

As part of the process of reorienting the model of dental healthcare in Brazil, the National Oral Health Care Policy proposes that primary care be reorganised by way of Oral Health Teams working within the Family Health Strategy and by setting up Dental Speciality Centres to offer expanded and better qualified specialised care. The teams and centres are designed to work together and with the other services in the health system. However, processes of dental health care integration and coordination have been little studied to date and problems of fragmentation in the service system and communication difficulties among providers remain. This qualitative, evaluative study examined integration between primary and specialised dental care services on the basis of a case study of oral healthcare system organisation in Rio de Janeiro City (Planning Area A.P. 3.1). The main information sources used were: interviews of oral health managers (8), primary care dentists (12), dental specialists (6) and users (6); field records made during visits to primary and specialised care facilities; and, as secondary sources, data from SISREG and Municipal Health Department documents. Descriptive flow diagrams of care paths, validated by specialised care centre users, were drawn up to describe and analyse primary and specialised dental care services and to map obstacles to integration and coordination. The results, analysed in terms of predefined dimensions, showed that regulatory processes had improved organisation of flows and the referral and counter-referral system. The specialised care centres are regionalised and access to them is via formally defined flows. There is no direct access to specialised care, and the most common user pathway to specialised care centres is on referral by a primary care dentist. However gaps in communication remain, with coordination difficulties expressed in high levels of absenteeism from specialised appointments revealing fragmentation. Socio-organisational barriers to access to specialised care centres include rigid criteria for selecting vulnerable groups for access to the primary health care team, rigid protocols for referral to specialised care, lack of dental prosthetic rehabilitation in the municipal health care system, faulty communication with users in scheduling specialised care, failure by specialised care centres to use patient reminders and lack of participation by social organisations in care regulation processes. It was concluded that although managerial instruments introduced to regulate care have improved flows, they have also introduced new obstacles to access to dental services and have hampered coordination.

Key words: Dental health, System Integration, Care coordination, Primary health care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	19
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivos específicos.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1 Redes de Atenção à Saúde	27
3.2 Integração	33
3.3 Coordenação assistencial	36
4. O CAMPO DA PESQUISA: A ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 39	
5. METODOLOGIA.....	46
5.1 Dimensões de Análise	48
5.2 Sujeitos da pesquisa	51
5.3 Fontes de informação e técnicas de investigação.....	52
5.3.1 Entrevistas.....	53
5.3.2 Análise documental.....	53
5.3.3 Dados administrativos.....	54
5.4 Critérios para seleção das unidades e elegibilidade dos entrevistados.....	54
5.4.1 Seleção das unidades	54
5.4.2 Seleção dos profissionais e unidades de saúde cenários da pesquisa	55
5.4.3 Seleção dos usuários	57
5.5 Estratégia de campo.....	57
5.6 Análise	58
5.6.1 Análise das informações.....	58
5.6.2 Análise das Trajetórias Assistenciais	59
5.7 Aspectos éticos.....	61
6. RESULTADOS	62
6.1 Estrutura organizacional de regulação assistencial da SMSDC e da A.P 3.1	62
6.1.1 Regulação assistencial em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro	62

6.1.2	Regulação assistencial em saúde bucal na A.P 3.1.....	64
6.2	Instrumentos de integração dos serviços de saúde.....	67
6.2.1	Instrumentos de referência e contrarreferência para atenção especializada.....	67
6.2.2	Estratégias de comunicação entre níveis assistenciais.....	70
6.3	Organização dos fluxos para atenção especializada.....	75
6.3.1	Fluxo formalizado para acesso ao CEO.....	75
6.3.2	Trajetória mais comum dos usuários ao CEO.....	77
6.3.3	Protocolos clínicos e de regulação assistencial.....	86
6.3.4	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos dentistas da A.P 3.1.....	87
6.3.5	Comunicação ao usuário do agendamento da consulta no CEO.....	91
6.3.6	Monitoramento de filas de espera para atenção especializada pela C.A.P, CEO e equipes odontológicas de APS.....	93
6.3.7	Monitoramento das faltas às consultas programadas nos CEO.....	97
6.4	Acessibilidade aos serviços odontológicos de APS e CEO.....	104
6.4.1	Barreiras à acessibilidade dos usuários de CEO da A.P 3.1.....	107
6.5	Instrumentos para continuidade informacional.....	118
6.5.1	Prontuários eletrônicos.....	118
6.6	Participação da OSS na regulação.....	124
6.7	Avaliação Geral.....	135
6.8	Sugestões para melhorar a coordenação assistencial e integração entre os serviços odontológicos da A.P 3.1.....	137
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
8.	REFERÊNCIAS.....	152
	Anexo 1: Roteiro para entrevista do Gestor de Saúde Bucal da C.A.P 3.1.....	158
	Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Gestores da Saúde Bucal entrevistados da SMSDC/ RJ e A.P 3.1 do Rio de Janeiro.....	165
	Anexo 3: Formulário de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência).....	168
	Anexo 4: Ficha 1 – Orientação para priorização das famílias a serem visitadas pelas equipes de Saúde Bucal/Risco Social.....	169
	Anexo 5: Ficha 2 - Orientação para priorização das famílias a serem visitadas pelas equipes de Saúde Bucal/Risco Biológico.....	170
	Anexo 6: Ficha 3 – Levantamento Epidemiológico Saúde Bucal/Individual.....	171

Anexo 7: Ficha 4 – Prioridades de Atendimento em Saúde Bucal	172
--	-----

APRESENTAÇÃO

A ideia para realização desta dissertação de mestrado parte das inquietações advindas de minha trajetória acadêmica e profissional. Reflete, especialmente, o período em que atuei como residente multiprofissional de saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em um Centro Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Durante a graduação, estagiando na clínica-escola da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tive a oportunidade de constatar como aquela unidade atuava desarticulada da rede municipal de saúde do Recife ao oferecer serviços odontológicos especializados por demanda espontânea, o que provocava grandes filas no período de agendamento para novos pacientes. Muitos deles, “encaminhados” por Equipes de Saúde Bucal (eSB) das Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade.

Ainda em Recife, nos estágios em atenção primária da graduação e no primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, pude perceber os limites para que a equipe de Saúde Bucal (eSB) desenvolvesse o papel de coordenadora dos cuidados na rede de atenção à saúde bucal (SB) e as dificuldades para que os usuários acessassem o nível especializado, uma situação que se repetiu durante minha atuação como residente na Área de Planejamento (A.P.) 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

Nas duas cidades, os problemas de integração entre a equipe de saúde bucal e os serviços odontológicos especializados existentes na rede municipal eram evidentes. Além disso, a baixa oferta de procedimentos odontológicos especializados também se configurava como um desafio para a prestação do cuidado integral. Um exemplo disso é o fato de a unidade de saúde da família em que atuei no Recife, no ano de 2010, só dispor formalmente de uma vaga por mês de cada especialidade odontológica oferecida no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para os seus usuários, em detrimento da enorme demanda existente.

No Rio de Janeiro, foram inúmeras as situações cotidianas em que percebi a dimensão deste problema, uma delas, o fato de nenhum dos usuários referenciados por mim via Sistema de Regulação (SISREG), durante o ano de 2012, ter sido agendado para atendimento odontológico especializado. Cabe ressaltar que neste período, discutia-se em reuniões com o gestor municipal da área técnica de saúde bucal, o

elevado número de faltas às consultas de atenção especializada (AE) realizadas nos CEO e o quantitativo de vagas ociosas produzido por este motivo.

Estudos comprovam a existência de possíveis barreiras à acessibilidade dos serviços de saúde, o que pode também ser inferido para os serviços odontológicos. A “existência de barreiras que dificultem o trânsito no interior do sistema de saúde”, por sua vez, afeta a capacidade de coordenação assistencial (Almeida et al, 2010: 287). Estas barreiras podem estar localizadas em qualquer ponto do sistema e possuem dimensões sócio-organizacionais e geográficas (Donabedian, 1973), ambas, diretamente relacionadas aos aspectos de organização e estruturação das redes de atenção à saúde.

Dadas estas inquietações e constatados estes problemas no processo de integração e coordenação assistencial entre os serviços da rede de saúde bucal que contribuem para fragmentação da assistência prestada, especialmente entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada, este estudo tem como propósito revisar as características e analisar a organização da rede de atenção à saúde bucal da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, identificando os principais fatores associados à integração, coordenação assistencial e às barreiras de acessibilidade existentes entre os serviços de atenção primária e especializada em saúde bucal.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como proposta analisar a integração da rede de atenção à saúde bucal a partir do estudo de caso da Área de Planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro com a intenção de identificar, discutir e analisar os principais problemas existentes na relação entre os serviços odontológicos de Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nas perspectivas de gestores (setor público e OSS), dentistas que atuam nos dois níveis assistenciais e usuários dos serviços da rede.

A promulgação da Constituição Federal no ano de 1988 representou um marco para o sistema de proteção social brasileiro, com repercussões para a agenda do setor saúde e, conseqüentemente, para a saúde bucal que, concebida como parte indissociável da saúde, estabeleceu-se enquanto direito de todos e dever do Estado. Desde então, a trajetória de inserção da saúde bucal na esfera pública tem sido marcada por contradições, avanços e retrocessos em todos os níveis de governo (Frazão & Narvai, 2009).

Historicamente, a odontologia no Brasil se caracterizou como uma prática iatrogênica, mutiladora e elitista tanto no setor privado quanto no público. Além disso, no âmbito assistencial e das políticas, as necessidades populacionais produzidas por décadas de desassistência foram desconsideradas (Bartole, 2006; Lucena, Pucca Jr & Sousa, 2011).

Até a década de mil novecentos e noventa, na busca da superação dessas características históricas, alguns municípios desenvolveram iniciativas próprias de atenção à saúde bucal, entretanto, apenas com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia preferencial para reorganização da lógica assistencial em 1994 e com a definição de incentivos financeiros¹ específicos para reorganização da assistência odontológica, a partir do ano 2000, um novo modelo de atenção à saúde bucal tem sido implantado no país e começaram a ser estabelecidas equipes de saúde bucal (eSB) articuladas às Equipes de Saúde da Família (eSF).

¹ Por meio da portaria GM/MS n° 1444, publicada em 28 de dezembro de 2000 que estabelece um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000).

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – propôs a reorganização da atenção básica em saúde bucal a partir da APS, reafirmou a integração entre eSB e eSF e propôs a ampliação e qualificação da atenção especializada a partir da implantação de CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Além disso, recomendam a viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público e de ações intersetoriais com vistas à produção científica na área de saúde bucal (Brasil, 2004; Lucena, Pucca Jr & Sousa, 2011).

As eSB se tornaram a porta de entrada preferencial para a atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da oferta de procedimentos odontológicos básicos e integração da SB às ações de prevenção e promoção da saúde propostas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas equipes passaram a ter como referência para atenção especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

São dois os formatos possíveis para as eSB: modalidade I – composta por cirurgia-dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB) e modalidade II – composta por um CD, um ASB e um técnico em saúde Bucal (TSB) (Brasil, 2001).

Os CEO são os serviços de referência para atenção especializada em saúde bucal e devem realizar no mínimo: atividades de diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2006). Atualmente (2015) existem 1.037 CEO funcionando em 857 municípios do país².

Há três tipos de CEO, classificados de acordo com o número de cadeiras odontológicas existentes: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Os CEO devem funcionar 40 horas semanais e o número de profissionais varia de acordo com os tipos (Brasil, 2006).

O Laboratório Regional de Prótese Dentária é o estabelecimento cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como unidade de saúde de serviço de apoio diagnóstico terapêutico para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (Brasil, 2006).

² Fonte: <http://blogsau.de.gov.br>. Acesso em 21 de março de 2015.

Nos últimos anos houve melhorias significativas para a saúde bucal da população brasileira, conforme aponta a pesquisa Saúde Bucal (SB) Brasil 2010³, um inquérito populacional que faz parte do eixo de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal e se configura como a principal estratégia de produção de dados primários sobre morbidade em saúde bucal (Brasil, 2011).

Entre os resultados positivos estão aqueles relacionados à cárie dentária. Para a idade de 12 anos⁴, o índice de dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPO⁵) apresentou uma média 25% menor do que o resultado obtido em 2003. Além disso, houve para esta idade, redução na prevalência e gravidade da doença cárie que pode ser associada ao maior acesso a serviços odontológicos (Brasil, 2011).

A redução de dentes afetados por cárie não tratados aos 12 anos foi de 29%, um fato que pode ser relacionado ao aumento no acesso a cuidados individuais e coletivos em saúde bucal. O percentual de pessoas “livres de cárie” aos 12 anos de idade aumentou de 31% em 2003 para 44% em 2010, indicando resultados positivos da fluoretação das águas de consumo (Brasil, 2011).

Para se ter uma ideia do significado destes avanços, no ano 2000 o índice CPO para escolares alemães de 12 anos de idade era de 1,2 dentes afetados por cárie enquanto no Brasil, em 2003, este índice correspondia a 2,8 dentes afetados (Moysés, 2008). No ano de 2010, o SB Brasil apontou o índice CPO de 2,1 dentes atingidos aos 12 anos, o que conferiu ao Brasil uma condição de baixa prevalência de cárie segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2011b).

A melhoria no acesso e redução da cárie também foram observadas para faixa etária entre 15 e 19 anos de idade e para os adultos entre 35 e 44 anos. Para esta última, entre 2003 e 2010, o CPO médio teve redução de 19% e o componente obturado aumentou 69%, associado à redução de quase 50% do componente “extraído” (Brasil, 2011).

³ Outros inquéritos populacionais em saúde bucal foram realizados anteriormente no Brasil. O primeiro deles aconteceu em 1986, o segundo em 1996 e o primeiro Projeto SB Brasil em 2003.

⁴ Idade-índice utilizada internacionalmente para realização de comparações em saúde bucal.

⁵ Formulado originalmente por Klein & Palmer (1937) corresponde ao número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em determinado espaço geográfico, no ano. É o índice mais utilizado para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. (Fonte: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.12&lang=pt&version=ed1>. Acesso em: 26/09/2013).

Não obstante, este inquérito nacional aponta para desafios que ainda devem ser enfrentados pela política de saúde bucal brasileira, tais como:

- As significativas diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie; discreta redução do índice de cárie na dentição decídua e ausência de tratamento para estes casos (80%);
- O importante déficit de próteses dentárias para idosos. No Brasil há mais de 3 milhões de idosos (entre 65 e 74 anos de idade) que necessitam de próteses totais para as duas arcadas e mais de 4 milhões de idosos que necessitam de próteses parciais para pelo menos uma das arcadas;
- A prevalência de oclusopatias⁶ com necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes é de 10%, o que impõe a necessidade de ampliar o acesso a tratamentos ortodônticos na atenção especializada realizada nos CEO;
- A emergência dos traumatismos dentários entre os principais agravos em saúde bucal (Brasil, 2011).

Ademais, segundo Frazão e Narvai (2009), analisar aspectos da saúde bucal requer, além da explicitação das questões atuais, considerar os desafios históricos da área, tais como: universalização das ações, superação da exclusão de grupos populacionais, reversão do quadro epidemiológico de adultos e idosos, dificuldades na formação e qualificação dos trabalhadores da saúde e o processo de gestão no contexto da descentralização.

A estes desafios e, diante da estruturação e organização recente dos serviços de saúde bucal no setor público, pode-se acrescentar àqueles próprios da estruturação da atenção primária no Brasil, o quadro epidemiológico em saúde bucal, caracterizado pelo crescimento de condições bucais crônicas, e a superação da fragmentação das redes de atenção à saúde.

O Brasil apresenta um quadro com superposição de contextos epidemiológicos que impõe como desafios para a saúde pública tanto doenças infecciosas e parasitárias quanto as crônico-degenerativas, outros agravos não infecciosos e causas externas. Além disso, existem contrastes importantes entre as regiões do país que indicam uma “polarização geográfica”, e uma “polarização social” caracterizada por diferenças nos

⁶ Oclusopatias são anomalias de crescimento e desenvolvimento que afetam principalmente os músculos e os ossos maxilares e podem produzir problemas estéticos nos dentes e face, além de problemas funcionais na oclusão, mastigação e fonação.

indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais (Pontes et al, 2009).

No que se refere à saúde bucal esta realidade também é verdadeira, pois existe a superposição de “novos” e “antigos” agravos que resultam em um quadro epidemiológico composto por doenças infecciosas como a cárie dentária e doença periodontal, o aumento significativo de doença crônico-degenerativa (câncer de lábio e cavidade oral), manifestações orais de doenças crônicas e outros agravos não infecciosos (edentulismo, fluorose dentária, oclusopatias e traumatismos dentários associados aos crescentes índices de violências, acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas).

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde atualmente têm apresentado respostas inadequadas ao quadro epidemiológico vigente caracterizado pela prevalência das doenças crônicas:

Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativamente forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Essa crise se manifesta em nosso país, tanto no setor público quanto no setor privado (Mendes, 2010: 2297).

Assim, um sistema de atenção à saúde que responde às condições crônicas de forma fragmentada e com ações voltadas para episódios agudos dessas doenças, terá no longo prazo resultados insatisfatórios (Mendes, 2011).

Para muitos países, constituir um sistema de saúde apoiado numa concepção de Atenção Primária à Saúde integral e abrangente tem sido a resposta ao desafio representado pelas condições crônicas. Na compreensão de Giovanella et al (2009a), isto requer a construção de sistemas articulados em rede, centrados no usuário e capazes de responder às necessidades de saúde da população.

Portanto, uma das premissas de um sistema de saúde organizado a partir da perspectiva de APS é a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são:

[...] arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Lavras, 2011a: 872).

O conceito de Redes de Atenção à Saúde tem sido incorporado recentemente no Brasil e orientado o processo de implementação deste dispositivo na gestão do SUS.

Dentre os documentos que incorporam este conceito se destaca a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada no ano de 2011. Esta portaria define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como:

[...] estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (Brasil, 2011a: 25).

Assim, o fortalecimento da APS⁷ é considerado uma estratégia importante para a estruturação das RAS.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade (Lavras, 2011a: 872).

Entretanto, nem todas as necessidades de saúde podem ser atendidas no âmbito da APS. As pessoas têm que acessar outros serviços de saúde em diferentes níveis assistenciais. Nestas situações, os serviços de APS devem atuar como ordenadores das ações assistenciais. Assim, a garantia do cuidado integral em saúde bucal requer:

a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos (Almeida et al, 2010: 287).

A fragmentação da rede assistencial tem sido apontada como um dos grandes limites para a efetivação da APS integral no Brasil. Esta fragmentação pode se apresentar de diferentes formas, tais como:

fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (Lavras, 2011a: 871).

⁷ Neste texto, os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde são tratados como sinônimos.

Mendes (2010) aponta que a solução do problema de fragmentação demanda mudanças que permitirão a implementação das Redes de Atenção à saúde (RAS) para o restabelecimento da coerência entre o sistema de atenção saúde e a situação de saúde.

Diante da problemática apresentada este projeto de pesquisa tem como proposta analisar a organização da rede de atenção à saúde bucal a partir do estudo de caso da Área de Planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro com a intenção de identificar e discutir os principais problemas existentes na relação entre os serviços odontológicos de Atenção Primária à Saúde e os Centros de Especialidades Odontológicas, nas perspectivas de gestores (setor público e OSS), dentistas e usuários dos serviços.

Para tanto, pretende-se tomar como centrais as categorias de integração e coordenação entre níveis assistenciais. O primeiro, atributo necessário às reformas de sistemas de saúde baseados na APS que implica na coordenação e cooperação entre prestadores dos serviços assistenciais em saúde bucal (Hartz & Contandriopoulos, 2004), o segundo, que pode ser definido como a capacidade de assegurar a continuidade da atenção na rede de serviços pelos serviços odontológicos de atenção primária a partir do uso de tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações, entre outros (Giovanella & Mendonça, 2008).

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro traz, na sua trajetória histórica, três fatos relevantes para o entendimento das diversas políticas públicas, em especial a política de saúde. O primeiro está relacionado ao fato de a cidade ter sido capital federal, e por este motivo, ter concentrado muitas unidades ambulatoriais e hospitalares dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, o segundo está relacionado à transferência da capital federal da cidade para Brasília em 1960, transformando-a na cidade-estado da Guanabara. O terceiro, a fusão do estado da Guanabara com o do Rio de Janeiro, em 1975. Todos, certamente, contribuíram para que a cidade concentrasse o maior número de equipamentos de rede própria do SUS no país com natureza jurídica dos três níveis de governo (Moura, 2009).

Esta situação imprimiu singularidades nos modelos de atenção que se estruturaram na cidade ao longo dos anos, porém não contribuiu para que houvesse a conformação de um sistema integrado de saúde.

Nos anos 1980, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) ampliou timidamente a rede básica a partir da implantação de unidades de atenção primária e posteriormente, com a criação de postos de saúde, no intuito de expandir a cobertura e universalizar o acesso a serviços básicos de saúde (Moura, 2009).

Durante a década de 1990, a política de saúde na cidade voltou-se para a operacionalização do SUS. Moura (2009) destaca a visibilidade política dos hospitais federais, bem como a concentração da agenda de gestão na municipalização destes equipamentos como questões que contribuíram para esvaziar o empenho de expansão na atenção básica pelo gestor municipal.

A partir de 2001 o foco da implantação das equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi direcionado para os vazios assistenciais por meio do projeto “saúde onde você mora”, que tinha o objetivo de legitimar a ESF pelo aumento da cobertura de atenção básica. Todavia, a implementação foi incipiente até o final da década (Moura 2009).

No âmbito da atenção primária em saúde bucal, predominou ao longo dos anos a instalação de serviços odontológicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizando, predominantemente, atenção individualizada, curativa, de baixa complexidade e seletiva

a determinados grupos populacionais mesmo após aumento substancial no quadro de profissionais de saúde bucal. Da mesma forma, atuava o Dentescola, um programa municipal de assistência odontológica para escolares (Maia, 2008).

A constituição de serviços odontológicos especializados no Rio de Janeiro tem como marco recente a Política Nacional de Saúde Bucal. Até a criação dos CEO (2004) apenas procedimentos odontológicos básicos eram oferecidos na rede pública. Após a Portaria 2192 GM/MS de 2004⁸, houve a habilitação de 18 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade, em geral, a partir da reorganização de unidades e recursos previamente existentes. Cabe salientar que não há critérios populacionais para a implantação dos CEO.

Maia e Kornis (2010) afirmam que o pouco investimento realizado na atenção básica, e a habilitação destes CEO parece indicar ênfase na atenção especializada em detrimento da atenção básica em Saúde Bucal. Os autores também apontam a falta de integração entre os serviços de atenção primária e especializada em saúde bucal na cidade como um problema.

Um forte sinal da fragmentação da rede assistencial assistencial é a baixa proporção de pacientes efetivamente atendidos nos serviços especializados em detrimento da demanda reprimida historicamente constituída. Por exemplo, das 8.084 vagas oferecidas para endodontia no mês de maio de 2012 na cidade do Rio de Janeiro foram agendados 6.274 usuários dos quais compareceram à consulta 1.599, ou seja, apenas 19,7% das vagas ofertadas foram utilizadas⁹, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Oferta e utilização dos serviços especializados de saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro, maio de 2012.

Especialidade odontológica	Nº. de vagas ofertadas	Nº. de pacientes agendados	Nº. de pacientes atendidos	% de pacientes atendidos	% de pacientes atendidos / oferta
Endodontia	8.084	6.274	1.599	25,5	19,7
Periodontia	6.680	3.174	861	27,1	12,8
Estomatologia	2.040	682	181	26,5	8,8
Cirurgia oral menor	6.200	4.426	1.248	28,2	20,1

⁸ Que habilita os Centros de Especialidades Odontológicas a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio mensal das ações destes serviços (Brasil, 2004).

⁹ Informações contidas em Relatório de Gestão sobre faltas às consultas especializadas da Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Rio de Janeiro referentes ao mês de maio de 2012.

Ortopedia/Ortodontia preventiva	1.480	684	155	22,7	10,4
Atendimento a pacientes com necessidades especiais	720	67	10	14,9	1,4

Fonte: Relatório de Gestão sobre faltas às consultas especializadas da Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Rio de Janeiro referentes ao mês de maio de 2012 (Elaboração própria).

A presença de mecanismos de integração efetivos é fundamental para a garantia do acesso a serviços especializados. Giovanella et al (2009a) e Almeida et al (2010), consideram como alguns destes mecanismos as centrais de regulação, o monitoramento de filas de espera, os instrumentos formalizados de referência e contrarreferência, protocolos clínicos, os prontuários eletrônicos e os fluxos formalizados para acesso, agendamento de consultas e procedimentos de atenção especializada.

Medidas como a implementação de um sistema informatizado para regulação (SISREG), e, em 2012, o odontólogo regulador nas Coordenadorias de Planejamento da Área de Saúde (C.A.P.), foram adotadas pela gestão municipal da cidade do Rio de Janeiro para atenuar os efeitos deste problema.

A ampliação de serviços a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem ocorrido de diferentes maneiras e com algumas dificuldades nos grandes centros urbanos que concentram significativa parcela da população brasileira (Machado et al, 2008). Estas dificuldades para ampliação da ESF também repercutem na organização da atenção à saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro.

A implantação da ESF não foi prioridade na cidade até o ano de 2009 quando o percentual¹⁰ da população cadastrada por ESF era de apenas 7% e a cobertura por eSB de 2,8% (Tabnet/Datasus, 2013). Em 2011, a população cadastrada por ESF correspondia a 13,9% e a cobertura de eSB passou a 13,7%, o que expressa um aumento relevante na cobertura de APS e de APS em saúde bucal nos últimos anos, ainda que permanesse baixa em 2013 (Tabnet/Datasus, 2013). A oferta de serviços ainda é baixa: em 2015, operam 285 eSB na cidade o que corresponde a 14,2% de cobertura

¹⁰ O cálculo de cobertura populacional pela ESF tem sido realizado pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SUBPAV) considerando esta proporção. Há que se refletir, entretanto, sobre duas questões: 1- o parâmetro de cobertura de eSF, de acordo com a PNAB (2011a), é de uma equipe de SF para cada 3.000 habitantes. O número máximo de habitantes recomendado por este documento para cada eSF é de 4.000. 2- Não há parâmetros populacionais para a implantação de ESB, portanto, em geral não se encontra calculado neste portal a cobertura populacional para saúde bucal.

populacional potencial, considerando-se o parâmetro de uma equipe de Saúde Bucal por 3.000 habitantes¹¹. Em 2015, a cobertura por eSF é de 48,1% (SUBPAV¹²,2013).

A relação eSF/eSB é alta e em 2013 correspondia a uma eSB para cada 2,8 eSF (SUBPAV, 2013). Isto evidencia que, a despeito do aumento do número de serviços dos últimos anos no Rio de Janeiro, os padrões de cobertura de eSB estão bastante abaixo da cobertura de eSF, como pode ser visto na Tabela 2. Na cidade também estão implantados 18 CEO, com uma média de 16 eSB para cada CEO.

Cabe ressaltar que o artigo. 1º da Portaria GM/MS 673 (revê o incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família), estabelece que poderão ser implantadas nos municípios quantas eSB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de eSF, e considerem a lógica de organização da atenção básica (Brasil, 2003). Assim, não há definição legal para a equiparação entre o número de eSF e eSB.

Tabela 2 - Cobertura de ESF, relação eSF/eSB e eSB/CEO por área programática (A.P.) da cidade do Rio de Janeiro, julho de 2013

A.P	População	Total eSF	Cobertura (%)	Total eSB	Total CEO	Relação eSF/eSB	Relação eSB/CEO
1.0	294.919	38	44.5%	10	2	3,8	5,0
2.1	645.100	52	27.8%	16	2	3,3	8,0
2.2	375.221	18	16.6%	4	1	4,5	4,0
3.1	896.350	137	50.4%	58	3	2,5	18,0
3.2	576.268	81	38.9%	22	2	3,7	11,0
3.3	959.404	110	34.9%	35	2	3,1	17,5
4.0	919.420	40	14.3%	11	2	3,6	5,5
5.1	678.457	107	42.7%	32	1	3,3	32,0
5.2	672.549	115	59.0%	48	2	2,4	24,0
5.3	372.607	104	95.4%	53	1	2,0	53,0
TOTAL	6.390.295	802	40.0%	289	18	2,8	15,8

Fonte: Portal SUBPAV. O acesso a este portal é restrito aos gestores. Site: <http://www.subpav.org/logar.php?site=>. Acesso em 15/07/2013 (Elaboração própria).

¹¹ O cálculo de cobertura populacional pela ESF tem sido realizado pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SUBPAV) considerando esta proporção. Há que se refletir, entretanto, sobre duas questões: 1- o parâmetro de cobertura de eSF, de acordo com a PNAB (2011a), é de uma equipe de SF para cada 3.000 habitantes. O número máximo de habitantes recomendado por este documento para cada eSF é de 4.000. 2- Não há parâmetros populacionais para a implantação de eSB, portanto, em geral não se encontra calculado neste portal a cobertura populacional para saúde bucal.

¹² Portal Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). O acesso a este portal é restrito aos gestores. Site: <http://www.subpav.org/logar.php?site=>. Acesso em 15/07/2013.

Além do aumento na cobertura, a atual gestão municipal 2009-2013 incorporou inovações no âmbito da ESF, com a criação e expansão das “Clínicas da Família¹³” que também contempla a saúde bucal. Porém, a opção recente por ampliar a cobertura populacional por meio de eSB mas com manutenção de unidades que apresentam outros modelos assistenciais, evidencia as dificuldades para definição e constituição de um modelo de atenção à saúde bucal com ênfase em APS na cidade do Rio de Janeiro.

Segundo o modelo de atenção, há três tipos de unidades de APS (SMSDC/SUBPAV, 2011 – carteira de serviços):

- Unidades tipo A – Unidades com atuação exclusiva de Equipes de Saúde da Família e presença de eSB;
- Unidade Mista ou do tipo B – Unidades tradicionais de atenção primária à saúde em que também atuam eSF com presença ou não de eSB e odontólogos atuando no modelo tradicional de APS;
- Unidades tipo C – Unidades básicas tradicionais de APS sem eSF ou eSB.

A persistência de serviços odontológicos de APS com diferentes perfis assistenciais é herança dos variados modelos assistenciais em saúde bucal implementados na cidade. Estes modelos anteriores são caracterizados essencialmente pela ênfase no atendimento da demanda espontânea, oferta de serviços curativos básicos e ações voltadas para os escolares.

Simultaneamente à implantação das Clínicas da Família, houve incremento na construção de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – que contam com serviços odontológicos de urgência – e mudanças na gestão com a contratualização das organizações sociais de saúde (OSS) para o gerenciamento da atenção básica nos territórios.

O modelo de gestão terceirizada de serviços não é uma medida isolada e segue uma tendência adotada nos países do capitalismo central desde a década de 1970, como estratégia de redução de gastos e focalização de recursos na área social (Traldi, 2003).

No Brasil, as Organizações Sociais foram introduzidas durante a reforma sofrida pelo Estado na década de 1990 e trata-se de uma entidade privada não lucrativa que atua em setores outrora públicos, como a saúde, a educação, a cultura, entre outros, apresentada como um modelo que seria capaz de prover mais agilidade e presteza ao

¹³ As Clínicas da Família são as unidades de atenção primária propostas pela atual gestão municipal da cidade do Rio de Janeiro (2009-2013). Fazem parte do Programa “Saúde Presente”.

ente privado para administrar os equipamentos de saúde pública e controle administrativo efetivo à secretaria de estado para regular o serviço prestado. Contudo, é na saúde pública que este modelo apresentou maior capilaridade (Traldi, 2003; Silva, 2012)

De acordo com a Lei 9.637/98, as Organizações Sociais são consideradas de utilidade pública, seja em âmbito estadual ou federal e podem atuar, desde que não tenham finalidade lucrativa, e se comprometam a reinvestir seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades (Silva, 2012).

As entidades qualificadas como Organizações Sociais, mediante a celebração de um contrato de gestão com algum Ministério no âmbito Federal, Secretaria Estadual ou Municipal, realizam os serviços pactuados e devem ser remuneradas de acordo com o alcance ou não de metas previamente estabelecidas. Além disso, contratam funcionários no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) sem a necessidade de realização de concursos públicos (Silva, 2012).

Em resumo, trata-se de um modelo que condiciona a transferência de inúmeros serviços públicos para entidades privadas, anteriormente financiados ou subsidiados e executados pelo Estado, que passam a ser regidos pelo direito privado, o que potencialmente altera o funcionamento destes serviços públicos e produz um menor controle dos recursos (Silva, 2012).

Na cidade do Rio de Janeiro, segundo Medeiros e Cunha (2013), os contratos de gestão com as OSS são estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, assim, a pactuação de metas e compromissos se dá no âmbito da SMSDC-RJ. Todavia, as ações de regulação pública estão sob responsabilidade das Coordenadorias de Planejamento das Áreas de Saúde, que não participam diretamente da celebração dos contratos, o que sugere a presença de barreiras adicionais para a integração da rede assistencial. Para as autoras a expansão da ESF por meio das OSS acontece numa velocidade incompatível com o crescimento do número de agentes reguladores, produzindo efeitos negativos para o desenvolvimento da função de regulação.

A fragmentação dos processos de gestão e a contratualização das OSS no nível central podem contribuir para a fragmentação da rede de atenção à saúde bucal na medida em que há submissão dos serviços a distintas práticas de gestão dependentes da natureza de administração (direta ou indireta). Além disso, o cumprimento da atribuição de coordenadora dos cuidados em saúde bucal pela eSB pode ser comprometida pela

necessidade de cumprir metas e indicadores potencialmente incoerentes com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

Em seu estudo, Cabral (2013) traz como principais desafios à estruturação da rede de atenção à saúde apontados pelos gestores da atenção primária do Rio de Janeiro o acesso a exames laboratoriais, os mecanismos de regulação, a referência e contrarreferência entre atenção primária e secundária, integração dos serviços de APS com os demais níveis assistenciais e a insuficiência de transporte sanitário.

Diante do anteriormente exposto e das características do sistema de atenção à saúde bucal no Rio de Janeiro convém perguntar:

- Como está organizada a rede de saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro?
- Quais são os mecanismos de integração existentes? Eles têm sido suficientes e eficientes?
- Como se dá o percurso do usuário pela rede de saúde bucal?
- Quais as principais barreiras à acessibilidade?
- Existe fragmentação da rede de atenção à saúde bucal?
- A atuação das OSS no gerenciamento da APS interfere na coordenação assistencial?

Além de minha trajetória acadêmica e profissional na rede de atenção à saúde bucal do Rio de Janeiro, a realização desta pesquisa de mestrado se justifica pelas peculiaridades do contexto de reorganização do sistema municipal de saúde a partir da APS na cidade, caracterizado pela expansão da cobertura populacional e ampliação da rede de saúde com a contratualização de Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de serviços.

Esta pesquisa objetiva contribuir no conhecimento dos principais fatores relacionados à integração da rede de atenção à saúde bucal, auxiliando na orientação de políticas que visem a garantia da atenção integral em saúde bucal.

Além disso, este estudo também se justifica pela pouca produção científica existente sobre o tema da integração e coordenação entre serviços odontológicos de diferentes níveis assistenciais e pela possibilidade de colaborar com o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro.

2. OBJETIVOS

Analisar a integração entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada da A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar e analisar os mecanismos e estratégias de coordenação com vistas à integração da rede municipal de atenção à saúde bucal da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro;
- Descrever e analisar as trajetórias assistenciais dos usuários para acessar a Atenção Especializada em saúde bucal na perspectiva dos serviços de saúde;
- Analisar as estratégias de coordenação entre Atenção Primária e Especializada;
- Identificar e analisar os problemas de integração e coordenação que se refletem em obstáculos organizacionais à acessibilidade dos usuários da rede.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Contribuíram para a construção do objeto de estudo deste projeto de pesquisa e serão úteis para o entendimento das questões norteadoras os seguintes conceitos: Redes de Atenção à Saúde, integração e coordenação entre níveis assistenciais.

3.1 Redes de Atenção à Saúde

A atuação em rede é uma característica da contemporaneidade. O sociólogo espanhol Manuel Castells, como resultado de suas observações e análises da estrutura social emergente às vésperas do século XXI, aponta uma tendência histórica dos processos e funções dominantes na “Era da informação”, em cada vez mais, organizarem-se em torno de redes. Para o autor, as redes se configuram na nova arquitetura das sociedades, e a difusão dessa lógica transforma a operação e os resultados em várias dimensões da atividade humana. Assim, trata-se de uma sociedade que “podemos chamar adequadamente de sociedade em rede, caracterizada pela proeminência da morfologia social sobre a ação social” (Castells, 2010:500).

A definição de rede para o autor é a de “um conjunto de nós interconectados [...] em que um nó depende do tipo concreto de rede do qual falamos” (Castells, 2010:501). Desta forma, as redes podem ser desde o mercado financeiro internacional e suas bolsas de valores espalhadas por todo o mundo, até mesmo sistemas de serviços de saúde e os estabelecimentos responsáveis pela prestação da assistência aos indivíduos (Castells, 2010).

Redes são estruturas abertas, aptas a expandir seus limites, integrando novos nós na medida em que estes se tornam aptos a se comunicar com a rede, isto é, enquanto eles compartilharem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou metas de performance)[...] Embora a organização social em rede tenha existido em outros tempos e espaços, o paradigma da tecnologia da informação proporciona as bases materiais para expansão dessa lógica por toda a estrutura social (Castells, 2010:500-502).

Os sistemas e ações de saúde também são influenciados por este contexto e, por este motivo, passam por transformações decorrentes da necessidade de adaptação à nova estrutura social e seus efeitos para a saúde dos indivíduos e das coletividades. Entre estes efeitos, podemos destacar o aumento de importância das doenças crônicas não-transmissíveis que demandam acompanhamento contínuo e em diferentes serviços de

saúde, condição que exige dos sistemas, organizados para responder a eventos agudos de adoecimento, uma comunicação eficiente entre os serviços que os compõem e os profissionais que atuam neles.

Nesse cenário, surge como proposta para o enfrentamento da fragmentação das ações e sistemas de saúde a estruturação de redes de atenção à saúde, uma medida que abrange inúmeras propostas de intervenções com intenções e alcances variados mas que guardam entre si o objetivo comum de proporcionar maior integração/coordenação entre os serviços de saúde que as compõem.

Retomando Castells (2010), é na sociedade em rede, que pela primeira vez na história, o capitalismo (em sua fase informacional) passa a moldar as relações sociais e de poder em todo o mundo, marcando uma nova realidade de práticas sociais produzidas pelas transformações decorrentes da “revolução tecnológica” mediatizada pelas tecnologias de informação.

Assim, no contexto de globalização, os desafios relacionados à fragmentação dos sistemas e das ações de saúde passam a ser comuns e contemporâneos a todas as sociedades. Contudo, na “Era da informação”, o intercâmbio de experiências, práticas e estratégias para o seu enfrentamento também se torna mais fácil.

Nessa perspectiva, em um artigo que busca referências na literatura e na experiência internacional que possam contribuir para o debate das redes no SUS, Kuschnir & Chorny (2010) apontam entre as iniciativas mais importantes para o enfrentamento da fragmentação e organização de serviços de saúde em redes, os sistemas integrados estadunidenses e as redes regionalizadas do sistema nacional de saúde britânico. Além disso, citam como estas propostas, historicamente, influenciaram-se entre si, apesar das profundas diferenças entre os sistemas de saúde em que estão inseridas, e tem inspirado a constituição de redes em todo o mundo.

Os países que estabeleceram sistemas nacionais de saúde, por compartilharem dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e regionalização, adotaram o arranjo de redes adaptado às suas especificidades. Todavia, durante o processo de reforma mais recente destes sistemas (anos 2000), foram incorporadas medidas muito semelhantes àquelas dos sistemas integrados estadunidenses, que por sua vez aplicaram estratégias como a organização de serviços em níveis assistenciais, *gatekeepers* entre outras, características das redes dos sistemas nacionais (Kuschnir & Chorny, 2010).

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados têm sido respostas sociais incoerentes a um cenário epidemiológico constituído predominantemente por condições crônicas e que demandam, portanto, acompanhamento contínuo, pois,

a transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global e no Brasil, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde. (Mendes, 2010: 2299).

Assim, os sistemas fragmentados têm alcançado resultados sanitários e econômicos insatisfatórios em todo mundo e se caracterizam como um agrupamento de serviços de saúde isolados entre si e desconectados uns dos outros, fato que compromete seriamente sua capacidade de prestar um cuidado contínuo à população (Mendes, 2010).

Nesse tipo de sistema:

a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (Mendes, 2010: 2299).

As redes de atenção à saúde têm sido apontadas na literatura como possibilidade para ultrapassar os limites impostos pela fragmentação dos sistemas de saúde e restabelecer a coerência entre as ações de saúde e o cenário epidemiológico atual em que predominam as doenças crônicas que demandam acompanhamento contínuo da situação de saúde das pessoas. Nesse sentido, cabe ressaltar o papel de coordenação dos cuidados exercido pela APS na perspectiva de “estratégia de reordenamento dos sistemas de saúde¹⁴” (Starfield, 2002), sendo responsável pela organização dos recursos existentes na rede.

A interpretação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que

¹⁴ Nessa perspectiva, Starfield (2002) propôs quatro atributos para a prática da APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Estes atributos, embora compartilhados, guardam diferenças na forma como são realizados pelos diferentes níveis assistenciais

implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde (OPAS, 2011: 30).

A ideia original das redes regionalizadas em saúde surge no Relatório Dawson, um documento publicado na Inglaterra em 1920 que já abordava uma série de questões importantes ainda hoje para a organização de sistemas de saúde, tais como: territorialização, organização dos serviços em diferentes níveis de atenção (serviços domiciliares, centros primários e secundários de saúde), os conceitos de porta de entrada, vínculo, referência e coordenação assistencial, além de considerar os mecanismos de integração como os sistemas de informação e de transportes. Além disso, o relatório apresentava também uma proposta para organização dos serviços odontológicos em rede.

Segundo o Relatório Dawson, a assistência odontológica deveria ser parte domiciliar e parte institucional articulando práticas preventivas e curativas, além de serem consideradas parte dos tratamentos médicos essenciais. Em cada centro primário de saúde deveria haver uma clínica odontológica em que trabalhariam um ou mais dentistas auxiliados por enfermeiras e protéticos. Nestes centros seriam realizados todos os tipos de procedimentos odontológicos básicos para a população em geral, incluindo próteses dentárias (OPAS/OMS, 1964).

Nos centros secundários haveria serviços odontológicos com capacidade para realizar procedimentos mais complexos, especialmente relacionados às próteses dentárias. Neles também deveria existir um departamento de ortodontia, além de um laboratório de próteses onde seriam confeccionados artigos protéticos, de ortodontia e cirúrgicos para a região sob responsabilidade do centro secundário (OPAS/OMS, 1964).

As equipes dos serviços odontológicos seriam compostas de dentistas (em dedicação parcial ou exclusiva) em conjunto com enfermeiras e protéticos. Alguns dentistas poderiam realizar a função de consultores para os centros primários da região por meio de visitas regulares (OPAS/OMS, 1964).

Os serviços odontológicos existentes nos centros primários e secundários de determinada região deveriam estar muito bem coordenados e isso deveria se refletir, no processo de reabilitação protética dos pacientes, uma vez que as próteses seriam produzidas nos centros secundários, deveriam ser pensadas estratégias de transporte dos moldes e dentaduras desde os centros primários para os laboratórios de próteses dos centros de saúde secundários durante todas as etapas de preparação. Além disso, também deveria ser garantida a assistência odontológica aos pacientes dos serviços

complementares como centros de reabilitação, sanatórios e se articularem aos hospitais docentes onde estão as escolas de odontologia (OPAS/OMS, 1964).

Como proposta para o enfrentamento da fragmentação dos sistemas de saúde pelos países latino-americanos, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) lançou em 2009 o documento “Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na atenção primária” que se configurou como um marco conceitual para organização de serviço de saúde em rede para o Brasil e demais países da região (Kuschnir & Chorny, 2010).

No documento, as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) são apresentadas segundo uma definição modificada de Shortell et al (1994), como

[...]uma rede de organizações que presta, ou faz os arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011:7).

Entre os atributos essenciais para o funcionamento das RISS a OPAS (2011) propõe: população e território de atuação bem definidos, uma rede de serviços que prestem atenção integral aos cidadãos, primeiro nível de atenção multidisciplinar e integral, prestação de serviços especializados quando necessários, existência de mecanismos de coordenação entre os serviços de saúde, a realização da atenção à saúde centrada na pessoa, família e comunidade, levando em conta as diversidades culturais e de gênero, sistema de governança único, participação social ampla, gestão integrada dos sistemas de apoio e recursos humanos suficientes.

Na concepção de Mendes (2011) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de serviços de saúde que por meio de uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela APS, são capazes de oferecer atenção integral e adequada às necessidades de determinada população. Para o autor constituem uma RAS a população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O conhecimento da população sob responsabilidade de uma RAS é fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde e para estruturação de serviços que correspondam às suas reais necessidades. Nessa perspectiva, as preferências e singularidades culturais da população não devem ser desconsideradas (Mendes, 2011).

A estrutura operacional das RAS contém: a APS, os serviços de atenção especializada e hospitalar (pontos de atenção); os pontos de apoio diagnóstico; os sistemas logísticos (responsáveis pela comunicação entre os pontos de atenção e de

apoio diagnóstico); e o sistema de governança da rede (estrutura, processos e ações que envolvem atores públicos e privados na gestão das RAS) (Mendes, 2011).

O modelo de atenção à saúde é a lógica a partir da qual as RAS se organiza. Ele deve articular o contexto demográfico, epidemiológico, dos determinantes sociais da saúde, a população e suas subpopulações classificadas por riscos, para produzir os diferentes tipos de intervenções sanitárias (Mendes, 2011).

No Brasil o Pacto pela Saúde, em 2006, avança no debate para organização das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, ao estabelecer a Regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão e das relações entre as esferas de governo, que passam a compartilhar o desafio de superar a fragmentação do SUS atuando de forma conjunta e pactuando as responsabilidades (Brasil, 2006).

Em 2009, o Ministério da Saúde apresenta os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) como uma estratégia que busca o aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional composta por três eixos: ampliação e integração da produção de saúde nas regiões, desenvolvimento do suporte logístico regionalmente e fortalecimento da governança regional (Brasil, 2009)

Concomitantemente, o Ministério da Saúde iniciou uma série de debates sobre a abordagem das doenças crônicas não-transmissíveis e as dificuldades de promover o cuidado contínuo a essas condições de saúde. Neste sentido, foi lançado o projeto “Territórios” com o objetivo de contribuir com o cuidado integral às doenças crônicas a partir da qualificação da APS e reestruturação da Atenção Especializada. Este projeto está vinculado ao primeiro eixo da proposta de TEIAS (Brasil, 2010b).

Os eixos de ação do projeto são os seguintes: aquisição de competências pelos profissionais de saúde envolvidos; maior efetividade no trabalho em equipe interdisciplinar, incluindo aspectos da organização dos processos de trabalho; a integração e o uso racional dos recursos da atenção especializada ambulatorial e hospitalar na rede de atenção do território ou distrito sanitário (Brasil, 2010b).

Outro marco para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil é a portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para sua organização no âmbito do SUS, indica este arranjo como a estratégia para superação da fragmentação da atenção à saúde e gestão no SUS e estabelece as diretrizes para sua operacionalização. No documento, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por

meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010a).

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outros itens, em seu capítulo IV (da assistência à saúde) atribui às redes de atenção à saúde a responsabilidade pela garantia da integralidade da assistência no sistema de saúde por meio do referenciamento dos usuários entre os serviços regionais e interestaduais de saúde (Brasil, 2011c).

As redes de atenção à saúde favorecem organização ou reorganização de sistemas regionais e locais de saúde, contribuindo desta forma para melhoria do acesso e integralidade a partir da atuação mais sinérgica entre as unidades de saúde dos diferentes níveis assistenciais. Além disso, os sistemas de saúde integrados podem conter ações e serviços de saúde desenvolvidos e organizados em função de um agravo, patologia ou ciclo de vida específicos. Estas são as redes temáticas de saúde e correspondem a um recorte no modelo hierarquizado. Pode-se citar como exemplos de redes temáticas aquelas destinadas à atenção materno-infantil, oncológica, de saúde bucal, entre outras (Lavras, 2011b).

Todavia para Lavras (2011b), compreender os sistemas de saúde somente a partir da hierarquização por níveis de densidade tecnológica e por redes temáticas específicas não contribui para a superação da fragmentação do SUS que se manifesta tanto na desarticulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços, quanto na desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico. Estas questões comprometem, sobremaneira, a qualidade e resolutividade das ações assistenciais oferecidas aos usuários. Assim, todos os componentes das redes de atenção à saúde necessitam estar integrados para que a coordenação entre os níveis assistenciais seja possível.

3.2 Integração

O debate sobre as experiências de reformas internacionais de saúde tem demonstrado a necessidade de estratégias de integração e coordenação como resposta à fragmentação dos sistemas de saúde, no sentido de torná-los mais efetivos na produção de serviços e eficientes na utilização dos recursos. Entretanto, existem indefinições entre estes termos que comprometem sua operacionalização para análise e avaliação de

sistemas, serviços e ações de saúde. Além de indefinições de cada termo, também são perceptíveis sobreposições, complementaridades e por vezes independência entre estes conceitos.

Armitage et al (2009), em um trabalho de revisão apontam que, apesar da ampla produção de artigos sobre o tema da integração existentes na literatura, não é possível obter uma definição ou conceito decisivo. Nesse trabalho, mais de 70 termos e frases relacionadas com a integração foram recuperados produzindo 175 definições e conceitos, a maioria referida à continuidade do tratamento dentro do sistema de saúde.

Entre outros achados, a revisão apontou definições que incluem: custo-efetividade, cuidado de pacientes com necessidades de saúde complexas, integração virtual, vertical, horizontal, funcional, clínica, médica, integração no nível do sistema ou a coordenação de serviços ou programas para uma determinada população (Armitage et al 2009).

Para Shaw et al (2011), integração é o conjunto de métodos, processos e modelos utilizados para alinhar os objetivos dos grupos profissionais, equipes e organizações envolvidos na prestação dos cuidados que proporcionam a atenção integrada (*integrated care*). É um princípio organizacional para a prestação de serviços de saúde sem interrupções ou duplicidades por meio do aperfeiçoamento da coordenação. Um conjunto de processos de oportunizam um cuidado mais contínuo, de melhor qualidade e satisfatório para os pacientes em sua experiência com o sistema de saúde.

Segundo Shaw et al (2011), há na literatura cinco tipos¹⁵ principais de integração descritos, entre os quais se destacam a **integração organizacional**, relacionada à coordenação de estruturas e sistemas de governança, a **integração clínica** que se dá pela coordenação da informação entre serviços implicados na prestação da assistência à saúde e pelo envolvimento do paciente na tomada de decisões clínicas e a **integração administrativa**, relacionada a orçamentos e processos de prestação de contas (*accountability*) compartilhada - por estarem mais relacionados à operacionalização da atenção integral. A integração, para os autores, também pode ser distinguida de acordo com a extensão de ocorrência da integração horizontal ou vertical. A primeira é voltada

¹⁵ Os dois tipos restantes de Integração descritos por Shaw et al (2011) são: integração sistêmica (coordenação de políticas, regras e marcos regulatórios) e a integração normativa (desenvolvimento de valores compartilhados, cultura e visão no interior das organizações, grupos profissionais e indivíduos).

para mecanismos de competição ou colaboração no mesmo nível assistencial e a segunda centrada nos componentes do sistema de diferentes níveis.

Uma outra abordagem sobre este conceito é a da “integração dos serviços de atenção primária no lugar de prestação dos serviços”. Em uma revisão sobre este tema no contexto de países de renda média e baixa, Briggs & Garner (2008) se referem à integração neste nível assistencial como mudanças administrativas e operativas nos sistemas de saúde no sentido de reunir a prestação, o tratamento e a organização das funções particulares dos serviços no mesmo lugar, com vistas à melhoria da eficiência e qualidade do serviço e melhor utilização dos recursos.

No Brasil, a ‘integralidade’ é concebida como a garantia de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema (Pinheiro, 2009). Neste sentido, a integração do sistema seria uma das condições para garantia da integralidade.

Hartz & Contandriopoulos (2004), na perspectiva da constituição de um “sistema sem muros”, ou seja, em que não existam barreiras de acesso entre os níveis de atenção, definem a “integração propriamente dita dos cuidados” como

[...]coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (Hartz & Contandriopoulos, 2004: 332).

Nessa perspectiva, estes autores afirmam que a garantia da integralidade estabelece a necessidade de integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, pois nenhum deles detêm todos os recursos e competências precisos para responder às diferentes situações de saúde apresentadas por um contingente populacional nos diferentes ciclos de vida (Hartz & Contandriopoulos, 2004).

Costa e Silva et al (2007) corroboram esta afirmação, ao apontarem a necessidade de organizar os serviços no sentido de garantir a atenção à saúde em todos os níveis assistenciais por meio da oferta organizada com mecanismos de referência e contrarreferência e definição de fluxos no interior dos serviços e do sistema.

Os autores também mencionam o contexto de um sistema hegemonicamente especializado, fragmentado e hospitalocêntrico como uma das dificuldades para realização da integração assistencial. Contudo, indicam como possibilidade para superação desta questão a revalorização da prática clínica e o desenvolvimento de práticas gerenciais que oportunizem a participação dos profissionais de saúde na

constituição de novos espaços de articulação e compartilhamento das ações e saberes entre si (Costa e Silva et al, 2007).

3.3 Coordenação assistencial

Em sistemas de saúde fragmentados, reformas pró-coordenação têm sido implementadas, sobretudo, orientadas pela APS. Um exemplo disso são países da União Europeia (EU) que implementaram mudanças organizacionais nos sistemas de atenção à saúde que buscavam, além de melhor custo-efetividade dos gastos em saúde, responder às mudanças no contexto epidemiológico de aumento na prevalência das doenças crônicas (Giovanella, 2006 e 2011).

Nessa perspectiva, uma das possíveis definições sobre Coordenação dos Cuidados, segundo Hofmarcher et al (2007), refere-se a políticas que contribuam para a centralidade da assistência nas necessidades do paciente, assegurando-lhes o cuidado apropriado para episódios agudos, bem como os cuidados que visem a manutenção de sua saúde durante longos períodos com menor custo.

A coordenação assistencial ao longo dos tratamentos e entre diferentes serviços de saúde é apontada, em um relatório da *Commonwealth Fund Commission* (2011) sobre o sistema de saúde estadunidense, como fator fundamental para o acompanhamento adequado dos casos, redução dos riscos de erro e prevenção de complicações. Já falhas na coordenação assistencial e integração são apontadas como causas de dificuldades para prestação do cuidado, ineficácia nos atendimentos, riscos a pacientes e aumento dos custos de tratamentos (Commonwealth Fund Commission, 2011).

Apesar da pouca divulgação, os diferentes serviços regionais para os quais foi descentralizado o Sistema Nacional de Saúde espanhol, têm se destacado no desenvolvimento de experiências para a melhoria da coordenação entre prestadores de serviços de saúde. Na Catalunha, que promoveu a separação entre as atividades de financiamento e prestação e manteve a diversidade na propriedade dos prestadores, foram criadas as *Organizaciones Sanitarias Integradas* (OSI) que gerenciam de maneira conjunta os prestadores de serviços (Gervás et al, 2006; Vázquez et al, 2012).

No país Basco, além das OSI, tem sido implementadas estratégias para melhorar a coordenação no atendimento de doenças crônicas pelo estabelecimento da colaboração entre os diversos serviços envolvidos neste tipo de intervenção, que consistem na unificação de diferentes organizações assistenciais em uma única e no estabelecimento

de trajetórias assistenciais construídas conjuntamente entre atenção primária e especializada à saúde (Vázquez et al, 2012).

Contudo, para melhor governança do sistema de saúde, organização de referências e aperfeiçoamento da coordenação dos cuidados é necessário que as informações sobre o desempenho dos prestadores de serviços de saúde estejam disponíveis e que estes, por sua vez, contem com informações atuais, precisas e fornecidas em tempo hábil sobre os pacientes. As tecnologias da informação parecem ser o caminho para concretização deste arranjo, porém, ainda são pouco empregadas para este fim em muitos países (Hofmarcher et al, 2007).

Para Gervás et al (2006), de acordo com a situação, pode ser necessária coordenação horizontal (entre grupos e equipes, quando são multidisciplinares), vertical (entre níveis assistenciais) e intersetorial, sendo a coordenação entre níveis assistenciais fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados e o uso apropriado dos recursos de saúde.

Este tipo de coordenação pode ser definido como a articulação entre os serviços e ações de saúde que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam articulados e direcionados ao alcance de um objetivo comum (Nuñez et al, 2006).

Na América Latina, Connil, Fausto e Giovanella (2010) apontam que, apesar da existência de uma política continental com o objetivo de promover a renovação e o fortalecimento da APS, a situação encontrada demonstra que a integração e coordenação deste nível assistencial com os demais serviços que compõem as redes nos países analisados ainda é frágil.

As principais estratégias para integração e coordenação identificadas pelas autoras foram: territorialização com adscrição de clientela, equipes multidisciplinares, informatização de prontuários, centrais de marcação de consultas, equipes especializadas de apoio, consórcios para atenção especializada comitês de integração de serviços, criação de redes e estímulo à gestão regional (Connil, Fausto e Giovanella, 2010).

Nessa pesquisa será adotada a definição de Redes de Atenção à Saúde de Mendes (2011), a concepção de Shaw et al (2011) sobre integração e a de Nuñez et al (2006) sobre coordenação entre níveis assistenciais, além do pressuposto de que integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados, interdependentes e que se expressam em três dimensões. Assim,

a integração se expressa na organização do sistema de saúde, a coordenação se realiza no cuidado individual exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção articulando diferentes prestações e, se concretiza na continuidade da atenção, que deve ser centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada em tempo hábil (Giovanella et al, 2009a:9).

Desta forma, para avaliar a coordenação dos cuidados e a integração do sistema de saúde é necessário

investigar, portanto, diferentes dimensões desde distintos âmbitos. Exige um olhar sobre a organização do sistema de saúde para identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração do sistema de saúde; um olhar nos processos de trabalho da equipes de saúde quanto ao uso destes instrumentos de integração, à realização de atividades de coordenação dos cuidados e à articulação ao interior da própria equipe; uma avaliação, desde a perspectiva dos usuários, em sua experiência de recebimento de cuidado contínuo, adequado e oportuno com garantia de acesso aos outros níveis assistenciais (Giovanella, 2009a:16).

Nesta pesquisa, foi analisada a integração entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada na A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, a partir de um olhar sobre as estratégias e mecanismos de coordenação empregados para este fim. A investigação foi realizada desde a perspectiva do gestor municipal de saúde bucal da A.P. 3.1, dos gestores das OSS que atuam na região, gerentes dos CEO, odontólogos da atenção primária e secundária em saúde bucal e usuários dos CEO.

4. O CAMPO DA PESQUISA: A ÁREA DE PLANEJAMENTO

3.1 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

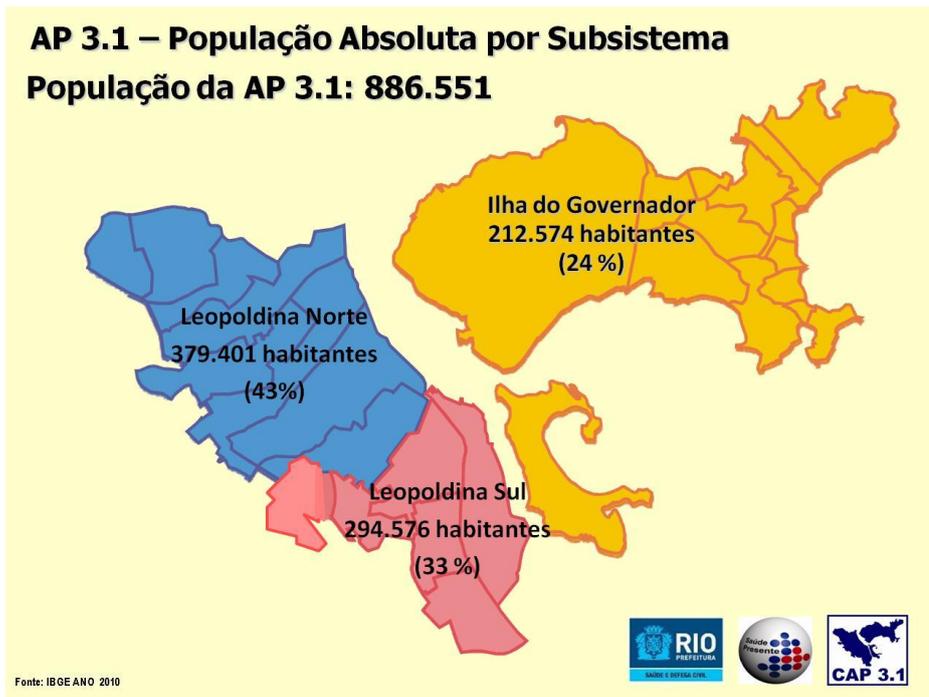
A cidade do Rio de Janeiro é a capital e maior cidade do estado homônimo e tem uma população de 6.323.037 habitantes em uma extensão de 1.224,56 km². Está dividida em trinta e três regiões administrativas que compreendem seus 160 bairros (IBGE, 2010).

Para a gestão e organização do sistema de saúde, a cidade se divide, desde 1993, em dez Áreas de Planejamento (A.P.), “cada uma delas com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenadorias de Áreas de Planejamento (C.A.P)” (Brasil, 2005: 43). As C.A.P são responsáveis pela administração das unidades de saúde municipais que integram o SUS em cada região da cidade

Devido às contingências existentes para realização de uma pesquisa de mestrado, dentre as quais as limitações logísticas, financeiras e de tempo, optou-se por desenvolver o estudo em uma das dez A.P da cidade do Rio de Janeiro, a A.P 3.1. Esta A.P foi selecionada por contar com uma das melhores coberturas por eSB, além de haver um conhecimento prévio sobre a região adquirido pelo mestrando durante os dois anos em que atuou como residente multiprofissional em saúde da família em uma unidade de APS na Ilha do Governador (abril de 2011 - abril de 2013).

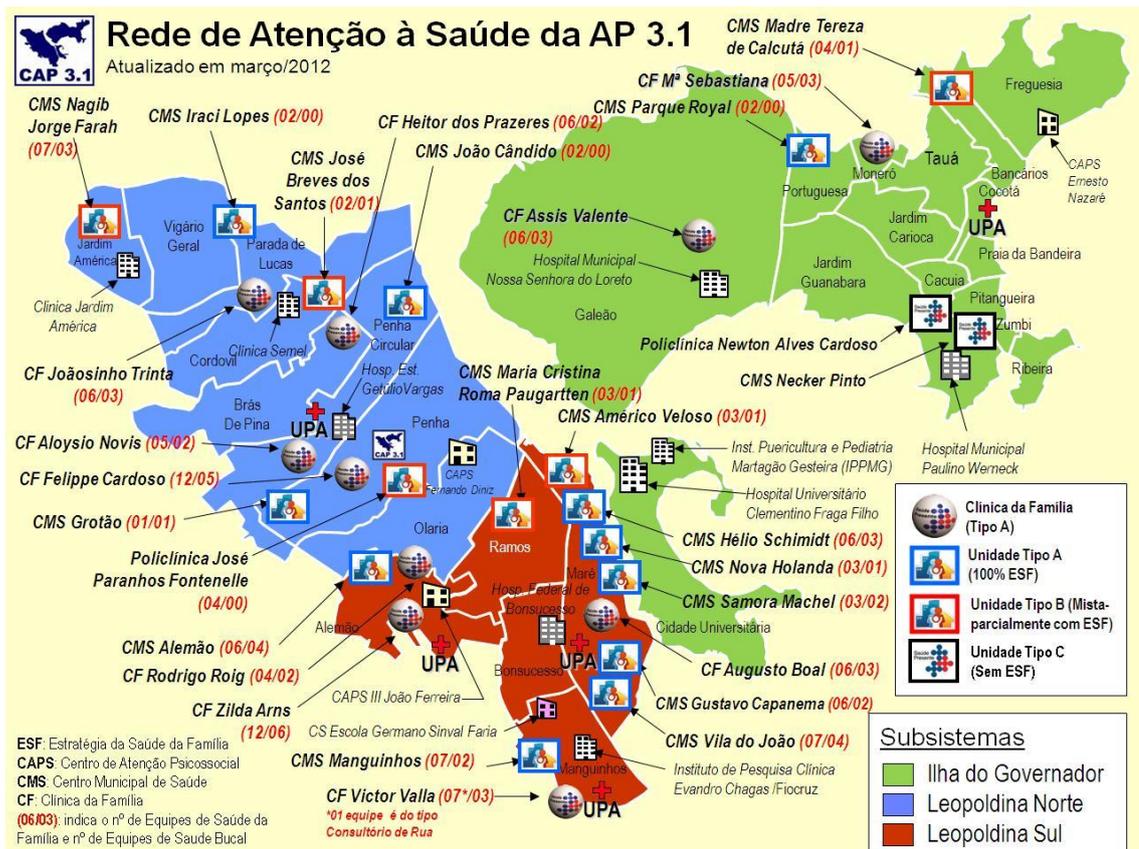
A A.P 3.1 possui uma população de 886.551 habitantes, compreende 28 bairros e está dividida para a saúde em três subsistemas: Ilha do Governador (212.574 habitantes), Leopoldina Norte (379.401 habitantes) e Leopoldina Sul (294.576 habitantes), como visto na Figura 1 (IBGE, 2010). Atualmente (2015), apresenta cobertura populacional de 50,4% por eSF e dispõe de 58 eSB em seu território.

Figura 1 - População por subsistema da A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2010. Fonte: CAP 3.1 Extraído de: <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>. Data do acesso: 12/10/2013.



A rede de estabelecimentos de saúde municipais da A.P. 3.1 é composta por 10 Clínicas da Família (CF), 18 Centros Municipais de Saúde (CMS), duas Policlínicas, duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dois hospitais municipais como pode ser visto na Figura 2.

Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. Fonte: CAP 3.1. Extraído de: <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>. Data do acesso: 12/10/2013.



O modelo “Equipe de saúde bucal” (eSB) é o atualmente proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal (2004) e conta com incentivos financeiros para sua implementação. Este arranjo pressupõe a integração das eSB às equipes de saúde da família (eSF) na perspectiva da interdisciplinaridade, com as ações de saúde bucal inseridas na estratégia planejada pela Equipe de Saúde da Família e inter-relacionadas permanentemente com as demais ações realizadas na unidade de saúde.

Nessa perspectiva, são responsabilidades da eSB: as ações de promoção e proteção da saúde, ações de educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, ações de recuperação (diagnóstico e tratamento de doenças), reabilitação (redução das incapacidades) e de referência para os CEO (Brasil, 2004).

Na cidade do Rio de Janeiro existem, atualmente, três tipos de unidades de APS: Clínicas da Família (Unidades A), Centros Municipais de Saúde com ESF e Atenção Primária à Saúde tradicional (unidades B) e Policlínicas ou Centro Municipais de Saúde sem ESF (unidades C). Essas unidades diferem entre si quanto aos modelos de atenção. Contudo, para saúde bucal há apenas dois modelos de atenção que aqui serão chamados de: “atenção odontológica tradicional em atenção primária à saúde” e “equipe de saúde bucal” (eSB).

Especificamente, a Rede de Atenção à Saúde Bucal da A.P 3.1 possui 58 eSB e três CEO (um em cada subsistema), além de outros serviços odontológicos que realizam APS em saúde bucal cuja configuração não corresponde ao arranjo de eSB. Esses serviços estão localizados nos Centros Municipais de Saúde.

As eSB atuam nas Unidades dos tipos A e B. Nesta modalidade, os dentistas são contratados por CLT e tem seu trabalho gerenciado pelas OSS que atuam no território: FIOTEC e Viva Rio. Por outro lado, os dentistas que compõem a “atenção odontológica tradicional em APS” são servidores públicos cujo trabalho está sob responsabilidade da administração pública direta e se distribuem nas unidades dos tipos B e C.

Na A.P 3.1 as 58 eSB estão distribuídas nos três subsistemas, sendo 13 na Leopoldina Norte, em Clínicas da Família (A) e quatro em unidades do tipo B. Na Leopoldina Sul, atuam 32 eSB em Clínicas da Família e duas em unidades B. Na Ilha do Governador, operam seis eSB em Clínicas da Família e uma em unidade do tipo B, como pode ser visto na Tabela 3. Os CEO existentes nessa região funcionam no interior de Policlínicas em que são oferecidas outras especialidades médicas. Cabe ressaltar que todos os CEO estão sob administração direta da SMSDC-RJ.

Tabela 3 - Unidades básicas de saúde e serviços odontológicos da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, 2013¹⁶.

Estabelecimentos	Nº. de unidades	Nº. de eSF	Nº. de unidades c/ 5 ou + ESF	Nº eSB	Presença de odontólogos do modelo tradicional
Leopoldina Norte					
Clínica da Família (Unidade A)	7	34	4	13	Não
CMS c/ ESF e Atenção Básica tradicional (Unidade B)	3	13	1	4	Sim
CMS tradicional (Unidade C)	0				
CEO	1				
LRPD	-				
UPA	1				
Total	12	47	5	17	
Leopoldina Sul					
Clínica da Família (Unidade A)	11	67	8	32	Não
CMS c/ ESF e Atenção Básica tradicional (Unidade B)	2	6	0	2	Sim
CMS tradicional (Unidade C)	0				
CEO	1				
LRPD	-				
UPA	3				
Total	17	73	8	34	
Ilha do Governador					
Clínica da Família (Unidade A)	3	13	2	6	Não
CMS c/ ESF e Atenção Básica tradicional (Unidade B)	1	4		1	Sim
CMS tradicional (Unidade C)	2				Sim
CEO	1				
LRPD	-				
UPA	1				
Total	8	17	2	7	
Total Geral	37	137	15	58	

Fonte: C.A.P 3.1. Extraído de: <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>. Data do acesso: 12/10/2013 (elaboração própria).

O gerenciamento de parte das unidades com ESF na região da Leopoldina Sul é realizada pela Organização Social de Saúde FIOTEC. A FIOTEC é uma fundação de apoio criada em 1998 com o objetivo de apoiar projetos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e demais unidades da Fiocruz. Atualmente, presta apoio logístico, administrativo e de gestão financeira aos projetos desenvolvidos pela Fiocruz em ciência, tecnologia e inovação. Além disso, a partir de dezembro de 1999 é

¹⁶ A existência de alguns campos em branco na Tabela 3 se deve a indisponibilidade das informações no período de elaboração da proposta de estudo.

qualificada como OSS e passa a atuar em projetos que abrangem prestação de serviços assistenciais, formação e gestão de serviços de saúde em parcerias firmadas entre Fiocruz e órgãos de Governo. Entre eles, destacamos o Território Integrado de Atenção à Saúde - Escola Manguinhos (TEIAS – Escola Manguinhos) (FIOTEC, 2013).

O TEIAS - Escola Manguinhos é uma iniciativa baseada no contrato firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-Fiocruz, por meio da FIOTEC (a partir de sua qualificação como organização social), em dezembro de 2009. A partir deste contrato, a FIOTEC, que já gerenciava a ESF do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (localizado na ENSP), torna-se responsável pela gestão da atenção primária à saúde na região de Manguinhos. O TEIAS-Manguinhos também integra o Programa Mais Saúde – Direito de Todos, do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na Saúde, que tem como metas a ampliação da atenção básica, da oferta de atenção hospitalar e a organização de redes assistenciais (FIOTEC,2013).

Com a implantação TEIAS - Escola Manguinhos, a expectativa seria a de transformar o local em um espaço que integre cuidado à saúde com ações em educação, cultura, assistência social, esporte e lazer. Um dos primeiros resultados desse programa foi a ampliação da cobertura da saúde da família para 100% da população residente em Manguinhos, favorecendo acesso humanizado e qualidade do cuidado à saúde (FIOTEC, 2013).

Em 2015, fazem parte do projeto duas unidades básicas de saúde que cobrem 100% da população residente na região:

- Clínica da Família Victor Valla que conta com seis eSF, uma eSF de consultório na rua e três eSB para o atendimento de 5.498 famílias cadastradas;
- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP/FIOCRUZ, com sete equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal para o atendimento de 4.926 famílias cadastradas.

As atividades desenvolvidas pelo TEIAS incluem ações de promoção, prevenção e assistência em saúde. Completam a rede de saúde da região de Manguinhos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF) e uma UPA (TEIAS, 2013).

A gestão da ESF na Leopoldina Norte, Ilha do Governador e nas outras áreas da Leopoldina Sul (exceto a região de Manguinhos) é feita pela OSS Viva Rio, que foi fundada em dezembro de 1993 por representantes de vários setores da sociedade civil e

atua em diversas áreas. Para a saúde, constitui-se numa organização social que gerencia 60 unidades de atenção primária à saúde em três das dez áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro: A.P 2.1, A.P 3.1 e A.P 3.3 (Viva Rio, 2013).

Na A.P 3.1, cenário desta pesquisa, a Viva Rio Saúde é responsável por gerenciar a ESF de 25 unidades de saúde que contém 124 equipes de saúde da família e 51 equipes de saúde bucal (Viva Rio, 2013).

Dois dos três CEO existentes na A.P 3.1 se localizam em unidades de saúde com ESF gerenciada pela Viva Rio, contudo, os três estão sob administração pública direta, são eles: Policlínica José Paranhos Fontenele, CMS Maria Cristina Roma Paugartten e Policlínica Newton Alves Cardoso

Foram estudados os dois modelos de odontologia em APS na A.P 3.1 no intuito de produzir comparações entre eles. Pressupôs-se que os odontólogos que compõem as eSB das unidades do tipo A e B, dispusessem de melhores condições de estrutura para realizar a coordenação assistencial e se integrarem à rede assistencial que os odontólogos do “modelo tradicional”, lotados nas unidades B, que não dispõem da mesma estrutura para realizar estas funções, todavia, atuam na rede há mais tempo, o que poderia facilitar a comunicação e coordenação com os serviços odontológicos especializados.

5. METODOLOGIA

Esta dissertação de mestrado é um estudo de caso sobre a organização da Rede de Atenção à saúde bucal da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva dos gestores da saúde bucal (setor público e OSS), odontólogos de eSB, CEO e usuários dos serviços da rede. Neste sentido, este estudo se insere, no campo das pesquisas avaliativas com abordagem qualitativa.

A pesquisa avaliativa demanda várias estratégias de pesquisa, deve considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção que será avaliada e resulta de análises obtidas por métodos e abordagens variados (Contandriopoulos et al, 1997).

Para Contandriopoulos et al (1997), avaliar é produzir um julgamento de valor, a partir da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou de procedimentos científicos (pesquisa avaliativa) sobre determinada intervenção ou qualquer um de seus componentes e suas relações, no intuito de contribuir para a tomada de decisões.

As práticas de saúde, como outras práticas sociais, podem ser avaliadas nas suas diversas dimensões, desde o cuidado individual, até níveis mais complexos de intervenção e organização dos sistemas de saúde, políticas, programas ou serviços. Assim, da mesma forma que as práticas de saúde se desenvolvem em diferentes níveis, os recortes possíveis para avaliação são os mais variados e apresentarão problemas metodológicos e teóricos condizentes com o nível da realidade que se pretende abordar (Silva & Formigli, 1994).

Na concepção de Donabedian (1988), o tipo de avaliação deve se adequar a cada situação particular que se pretende avaliar. O autor propõe três possíveis dimensões para a avaliação de qualidade da atenção à saúde: estrutura, processo e resultados.

A estrutura se relaciona aos atributos materiais e organizacionais mais estáveis dos locais em que se realiza a atenção à saúde. O termo processo, refere-se a tudo o que médicos e outros prestadores da assistência fazem pelos pacientes, assim como a habilidade com que conduzem as atividades assistenciais. Os resultados, mais especificamente, supõem uma mudança no estado de saúde atribuível à intervenção alvo do processo avaliativo, nível de satisfação do usuário, mudanças nas práticas assistenciais, entre outros (Donabedian, 1988).

Consideradas individualmente, estas dimensões apresentam limitações que podem ser superadas pela utilização de indicadores derivados dos três, pois a relação

entre eles é capaz de produzir julgamentos mais confiáveis e contribuir para elucidar problemas no desempenho da atenção à saúde, pois existem evidências, ou se supõe, que “uma boa estrutura aumenta as possibilidades de um bom processo, e um bom processo aumenta as possibilidades de um bom resultado” (Donabedian, 1988:21).

Contudo, Silva & Formigli (1994) destacam que este referencial sistêmico apresenta problemas para análise do real, pois algumas vezes, desconsidera a singularidade de certos fenômenos ao lhes agrupar a outros de natureza distinta, como por exemplo, ao enquadrar recursos materiais e humanos na categoria “estrutura”. Outro problema está relacionado à suposição de ordem, harmonia e direcionalidade funcionais entre as três dimensões da avaliação, fato que não pode ser observado na realidade dos serviços de saúde. Ou seja, a estrutura não necessariamente interfere no processo, e o processo nem sempre se relaciona com o resultado.

Uma outra limitação deste referencial é a baixa especificidade para o nível hierárquico do sistema considerado no processo avaliativo. Por este motivo, Silva & Formigli, (1994) recomendam que se explicita a estrutura, processo e resultados que serão considerados na avaliação.

Conill et al (2010), ao estudarem a fragmentação dos sistemas e serviços de saúde na América Latina, identificaram variáveis e propuseram um modelo explicativo com o objetivo de contribuir para a avaliação do desempenho de serviços orientados pela APS que articula três níveis de análise: macrossocial, mesossocial e microssocial.

Para as autoras, no nível macrossocial ocorrem decisões políticas sobre acesso, coberturas, financiamento e macrorregulação. No nível meso (ou de gestão) estão as atividades de suporte, necessárias ao desenvolvimento das práticas de saúde. Nesse nível, além das decisões tomadas pelos atores envolvidos, é importante atentar para o estabelecimento de mecanismos como fluxos assistenciais, suporte tecnológico, formação dos profissionais, comunicação, informação e regulação profissional. No nível microssocial, onde ocorre a prestação do cuidado, as relações interpessoais adquirem maior relevância e predominam questões relacionadas ao acesso, comunicação, informação e à efetividade da atenção (Conill et al, 2010).

A partir da literatura consultada, com o intuito de situar o objeto de estudo desta dissertação no debate sobre o tema da avaliação e justificar a escolha dos sujeitos da pesquisa, é possível agrupar os elementos que serão estudados na categoria estrutura, pelo fato de integração e coordenação da rede de atenção à saúde bucal se situarem

entre os aspectos organizacionais do sistema de saúde, como qualificado por Donabedian (1988).

Além disso, podemos situar também o objeto de estudo nos níveis mesossocial e microsocial de análise da organização do sistema de saúde propostos por Connil et al (2010), pois foram analisados os fatores que facilitam ou dificultam a integração entre os serviços odontológicos de atenção primária e atenção especializada, os mecanismos de integração e estratégias de coordenação assistencial em saúde bucal (situados no nível da organização do sistema de saúde municipal, ou seja, no nível mesossocial) e os aspectos da relação entre os odontólogos da atenção especializada (CEO), atenção primária (eSB e odontologia tradicional) e gestores da saúde bucal na A.P 3.1 (administração pública e de Organizações sociais da Saúde).

Além destes aspectos, foram estudadas as barreiras à acessibilidade decorrentes do desajuste entre as características dos serviços odontológicos da A.P 3.1 e as da população durante o processo de busca e obtenção de assistência à saúde bucal. Este desajuste pode se materializar como barreiras à acessibilidade de distintas naturezas que foram assinalados nas trajetórias assistenciais construídas na perspectiva de dentistas e gestores de saúde bucal e validadas pelos usuários dos CEO. Estes últimos elementos estão situados no nível de análise microsocial.

A dissertação se caracteriza ainda como um estudo de caso, pois se trata de uma investigação empírica que pretende averiguar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (Yin, 2010).

Para Veney & Kaluzny (1991) os estudos de caso permitem ampliar a quantidade e a densidade de informações que poderiam ser coletadas por meio de outras abordagens de avaliação. Ao mesmo tempo, este desenho de investigação limita os tipos de decisões e conclusões que podem ser tomadas. Os estudos de caso são qualitativos por natureza. Em geral, eles se caracterizam pela variedade de técnicas para coleta de dados e pela produção de informações para outras avaliações baseadas em metodologias quantitativas.

5.1 Dimensões de Análise

Para análise da integração e coordenação foram empregadas as seguintes dimensões de análise construídas a partir da adaptação daquelas utilizadas no estudo sobre integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos realizada por

Almeida et al (2010): Estrutura Organizacional de regulação assistencial da SMSDC e da A.P 3.1, Instrumentos de integração dos serviços de saúde, Organização dos fluxos para atenção especializada, acessibilidade aos CEO, Instrumentos para continuidade informacional e Participação das OSS na Integração. As categorias de análise, variáveis e indicadores relativos a cada uma das dimensões podem ser visualizadas no quadro a seguir.

Quadro 1 - Categorias de Análise, variáveis e indicadores da integração e coordenação entre serviços odontológicos de APS e CEO

Dimensões de Análise	Categorias de Análise	Variáveis e Indicadores
1. Estrutura organizacional de regulação assistencial da SMSDC e da A.P 3.1	1.1 Estrutura de regulação na SMSDC 1.2 Estrutura de regulação da A.P 3.1	Funcionamento de central de regulação de consultas e exames especializados Uso do SISREG
2. Instrumentos de integração dos serviços de saúde	2.1 Instrumentos de referência e contrarreferência para atenção especializada 2.2 Estratégias de comunicação entre níveis assistenciais	2.1.1 Existência e utilização de instrumentos de referência e contrarreferência pelos serviços odontológicos de APS e CEO 2.2.1 Existência de espaços de diálogo e de educação permanente com vistas à maior integração e coordenação entre APS e CEO 2.2.2 Educação permanente e Apoio clínico prestado pelos especialistas na discussão de casos complexos com os dentistas da APS 2.2.3 Formulação e execução compartilhada de projetos terapêuticos entre dentistas de APS e CEO
3. Organização dos fluxos para atenção especializada	3.1 Fluxo formalizado para acesso ao CEO 3.2 Trajetória mais comum do usuário ao CEO 3.3 Fluxograma descritor segundo dentistas e gestores 3.4 Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos dentistas de APS 3.4 Monitoramento de filas de espera para atenção especializada pela C.A.P, CEO e equipes odontológicas de APS 3.5 Protocolo de regulação assistencial 3.6 Monitoramento das faltas às consultas no CEO 3.6 Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços odontológicos especializados realizados pelos dentistas de APS 3.7 Comunicação do agendamento 3.8 Monitoramento das filas de espera para atenção especializada	3.1.1 Existência de um fluxo formalizado para acesso ao CEO, conhecimento e apropriação deste pelos gerentes, dentistas de APS e CEO 3.2.1 Trajetória do usuário desde o atendimento pelo dentista da APS até o atendimento no CEO 3.3.1 Avaliação periódica na APS em saúde bucal da necessidade de referência para o CEO 3.4.1 Monitoramento do tempo entre a solicitação e a consulta para os CEO 3.4.2 Existência de estratégias para redução dos tempos de espera 3.5.1 Definição de prioridades segundo risco / Existência de Fluxos especiais para casos urgentes (Ex: Suspeita de câncer bucal) 3.5.2 Protocolo para o regulador ¹⁷ 3.5.3 Confirmação da consulta pelo CEO 3.5.4 Procedimento para agendamento da consulta de retorno do CEO para o serviço odontológico de APS 3.5.5 Implantação de protocolos clínicos e utilização destes para realização dos encaminhamentos pelos dentistas da APS e CEO. 3.5.6 % de pacientes encaminhados para os CEO fora dos protocolos clínicos estabelecidos 3.6.1 % faltas às consultas especializadas nos CEO

¹⁷ O Protocolo para o regulador foi desenvolvido pela SMSDC do Rio de Janeiro e atualizado em Agosto de 2013 para servir como referência na tomada de decisões dos profissionais responsáveis pela regulação assistencial do sistema municipal de saúde. Em relação à regulação em saúde bucal, apresenta condutas para encaminhamentos em Cirurgia Oral Menor, Estomatologia e Periodontia (SMSDC-RJ, 2013).

Dimensões de Análise	Categorias de Análise	Variáveis e Indicadores
	pela C.A.P, CEO e dentistas de APS	3.6.2 Estratégias para redução das faltas às consultas no CEO
4. Acessibilidade aos CEO	4.1 Barreiras à acessibilidade entre serviços odontológicos de APS e CEO	4.1.1 Barreiras sócio-organizacionais à acessibilidade dos usuários existentes entre APS em saúde bucal e CEO 4.1.2 Barreiras geográficas à acessibilidade dos usuários 4.1.3 % de tratamentos concluídos no CEO 4.1.4 % de pacientes que abandonaram os tratamentos odontológicos especializados
5. Instrumentos para continuidade informacional	5.1 Prontuários eletrônicos	5.1.1 Existência de prontuários eletrônicos e disponibilidade das informações para utilização pelos dentistas da APS e CEO
6. Participação das OSS na Integração	6.1 Existência de Estratégias de integração e coordenação desenvolvidas especificamente pelas duas OSS que atuam na A.P 3.1 6.2 Iniciativas de regulação desenvolvidas pelas OSS 6.3 Indicadores de desempenho das OSS relacionados à integração, coordenação e acesso à atenção especializada. 6.4 Melhorias na acessibilidade à Atenção Especializada em saúde bucal promovidas pela ampliação da cobertura de APS 6.5 Aspectos positivos e negativos da atuação das OSS 6.6 Particularidades da gestão pela OSS FIOTEC	

5.2 Sujeitos da pesquisa

O estudo foi realizado considerando as perspectivas dos seguintes atores: Coordenador municipal de saúde bucal entre 2011 e 2013 (1), gerentes de saúde bucal da A.P 3.1 (3), gerentes dos CEO (3), dentistas da atenção especializada (3), dentistas de APS do modelo eSB de unidades do tipo A (3), dentistas de unidades do modelo eSB de unidades do tipo B(3), dentistas que atuam no modelo tradicional de APS (6) , além de dois usuários por CEO que participaram da validação das trajetórias assistenciais (6), como pode ser visto na tabela 4. As abreviaturas utilizadas para identificar os grupos de entrevistados também encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4: Total de sujeitos participantes da pesquisa e abreviaturas.

Sujeito da pesquisa	Abreviatura	Número
Coordenador Municipal de saúde bucal (2009-20113)	CMSB	1
Coordenador de saúde bucal da A.P 3.1	CSB	1
Assessores de OSS	AOSS	2
Cirurgião-dentista regulador da A.P 3.1	CDR	1
Gerentes dos CEO	GCEO	3
Cirurgiões-dentistas de CEO	CDCEO	6
Cirurgiões-dentistas de APS/eSB (Unidades A)	CDeSB	3
Cirurgiões-dentistas de APS/eSB (Unidades B)	CDeSB	3
Cirurgiões-dentistas de APS tradicional	CDT	6
Usuários eSB de CEO	U	6
Total		31

5.3 Fontes de informação e técnicas de investigação

Para realização deste estudo, utilizou-se como abordagem a análise qualitativa que, segundo Minayo (2010), melhor se aplica a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos.

No que se refere às fontes de informação e técnicas de investigação, a abordagem qualitativa permite utilizar vários recursos que possibilitam a compreensão de valores e representações sociais de um determinado grupo sobre um tema, além de permitirem compreender as relações entre os atores que atuam em uma realidade específica (Minayo, 2010).

Nesta dissertação, as fontes de informação primárias foram entrevistas realizadas com gestores, dentistas e usuários. As fontes secundárias utilizadas foram documentos elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro e dados sobre absentismo nos três CEO da A.P 3.1 extraídos do SISREG. Além disso, as observações realizadas nas visitas às unidades de APS e CEO foram anotadas como Registro de campo.

5.3.1 Entrevistas

Esta técnica pode contribuir para apreender fatos objetivos, como informações próprias sobre a realidade de implementação dos programas sob a perspectiva dos entrevistados (Minayo, 2010).

Foram realizadas entrevistas com gerentes de saúde bucal da A.P 3.1 (administração pública e organizações sociais da saúde), gerentes dos CEO, odontólogos da atenção primária e da atenção especializada a partir de roteiros semiestruturados (Anexo 1) com questões gerais e específicas para cada variável descrita na matriz de análise da integração entre Atenção Primária e Atenção Especializada em saúde bucal, além de conterem perguntas de avaliação geral. Os roteiros para entrevistas foram adaptados de acordo com o lugar de atuação do sujeito da pesquisa (gestão, AE ou APS).

Outro objetivo das entrevistas foi o de contribuir para a elaboração das trajetórias assistenciais segundo as perspectivas dos gestores da A.P 3.1 e cirurgiões dentistas.

5.3.2 Análise documental

Refere-se ao tratamento metodológico dos dados a partir de sua organização e interpretação segundo os objetivos da pesquisa (Pimentel, 2001). Neste estudo foram analisados os documentos formulados pela gestão da Rede de atenção à saúde bucal (direta e OSS) da A.P. 3.1 que tiveram como objetivo contribuir com a organização da rede no recorte temporal estabelecido para o estudo (janeiro de 2009 a dezembro de 2014), tais como:

- Plano municipal de saúde (2013-2016);
- Protocolo para o Regulador;
- Protocolos clínicos para as especialidades odontológicas oferecidas nos CEO da A.P 3.1;
- Programa de saúde bucal Carioca Rindo à toa;
- Carteira de serviços da atenção secundária;
- Carteira de serviços da atenção primária;
- Contratos de Gestão das OSS que atuam na A.P 3.1;
- Relatórios de gestão das OSS que atuam na A.P 3.1

As informações obtidas destes documentos foram organizadas de acordo com as categorias de análise do estudo e contribuíram para compreensão das normas formuladas pelos gestores para organização da rede de atenção à saúde bucal na A.P 3.1, além das principais estratégias implementados para integração e coordenação assistencial.

5.3.3 Dados administrativos

Para esta pesquisa, os dados administrativos utilizados foram aqueles referentes às informações contidas no SISREG sobre os três CEO da A.P 3.1 (vagas disponíveis, solicitações confirmadas e absenteísmo para especialidade de endodontia) para o recorte temporal dessa pesquisa (janeiro de 2009 a dezembro de 2014) e informações sobre as unidades de saúde participantes do estudo obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

5.4 Critérios para seleção das unidades e elegibilidade dos entrevistados

5.4.1 Seleção das unidades

Foram selecionadas para este estudo duas unidades de cada um dos três subsistemas da A.P 3.1, uma Clínica da Família (unidade do tipo A) e um Centro Municipal de Saúde (unidade do tipo B que comporta os dois modelos de atenção). Em cada unidade A selecionada foi entrevistado um cirurgião dentista de eSB, em cada unidade B foram entrevistados um cirurgião dentista de eSB e dois da “atenção odontológica tradicional em APS”.

Foi solicitado ao gestor de saúde bucal da C.A.P 3.1 a escolha de uma unidade A e uma unidade B em cada um dos três subsistemas da A.P 3.1. Estabeleceu-se como critérios de seleção ser um serviço odontológico de bom funcionamento, ter aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e contar, preferencialmente, com cinco ou mais eSF. Este critério está relacionado ao fato de as unidades grandes se configurarem como o padrão atual para o modelo assistencial proposto na política municipal de saúde vigente, dada a concentração populacional na cidade.

Para região da Leopoldina Sul, foi escolhida uma unidade de APS da FIOTEC para que se possa realizar comparações entre as duas OSS que atuam na A.P 3.1.

5.4.2 Seleção dos profissionais e unidades de saúde cenários da pesquisa

Em cada unidade A foi selecionado aleatoriamente um dos dentistas por sorteio totalizando três dentistas de eSB. Nas unidades B foram selecionados, pelo mesmo método, um dentista de eSB e dois do “modelo de odontologia tradicional em APS” totalizando seis dentistas desse tipo de unidade. Os três CEO existentes na A.P 3.1 fizeram parte da pesquisa e neles foi solicitado aos gerentes a indicação de dois dentistas com maior experiência de atuação na rede que poderiam fornecer uma visão longitudinal do processo de organização da regulação assistencial.

Como critério adicional para inclusão na pesquisa foi adotado o tempo mínimo de um ano de atuação profissional na mesma função ou na mesma unidade de saúde, válido para todos os profissionais de saúde participantes da pesquisa. Este critério foi desconsiderado quando não havia profissional com esta característica realizando a função de interesse para a pesquisa no seu período de realização. Os selecionados foram entrevistados com o auxílio de um roteiro semiestruturado previamente elaborado (Anexo 1).

Tais configurações foram selecionadas para a pesquisa com o interesse de visualizar as questões relacionadas à coordenação assistencial e integração para os dois modelos de APS em saúde bucal existentes na AP 3.1 na sua relação com os três CEO para os quais referenciam. Além disso, a comparação também tem o objetivo de compreender em que medida a gestão por OSS condiciona a integração das eSB ao sistema de saúde e interfere na função de coordenação assistencial que elas devem desenvolver, uma vez que na atenção tradicional, a gestão é direta da Secretaria Municipal de Saúde.

Nas unidades A, modelo proposto e estimulado pela gestão municipal atual, supõe-se existir maiores facilidades relacionadas à utilização das ferramentas de tecnologia da informação disponíveis para realização, tanto da coordenação assistencial (prontuários eletrônicos, por exemplo), quanto para integração com os demais serviços da rede de atenção à saúde bucal. Entretanto, a pouca experiência de seus odontólogos na rede poderia se configurar como um fator negativo para coordenação e integração.

Por sua vez, tem-se como pressuposto que os cirurgiões-dentistas da “atenção odontológica tradicional” que atuam nas unidades do tipo B não dispõem dos mesmos recursos de informática para realizar a coordenação assistencial em saúde bucal e integração com os demais serviços odontológicos da rede. Porém, em geral, os dentistas

deste modelo têm maior tempo de atuação no sistema municipal de saúde, o que pode lhes conferir maior conhecimento sobre a rede assistencial e dos profissionais que dela fazem parte. Isto pode se configurar como um facilitador para a integração, coordenação assistencial e comunicação. Além disso, estes profissionais podem dispor de maior conhecimento a respeito do processo de implementação do SISREG e de outros mecanismos de integração e coordenação anteriores à expansão da atenção primária em saúde bucal por meio das eSB. O mesmo pressuposto é válido para os cirurgiões-dentistas dos CEO.

Na Tabela 5, apresenta-se o perfil dos entrevistados, a maioria deles é cirurgião-dentista (96%), na faixa etária de 30 a 40 anos (44%) e do sexo feminino (72%). Com relação ao tempo de atuação, 80% dos entrevistados atua no sistema municipal de saúde há pelo menos 11 anos e a maioria atua na função atual há mais de 6 anos (72%). No que se refere ao vínculo trabalhista, 68% são trabalhadores estatutários municipais, 20% são celetistas contratados pelas OSS e 12% são estatutários federais.

Tabela 5. Perfil dos profissionais entrevistados das unidades básicas de saúde e serviços odontológicos da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, 2014

Característica	N	%
Profissão		
Cirurgião-Dentista	24	96
Médico	1	4
Total	25	100
Faixa etária		
30 – 40	11	44
41 – 50	9	36
51 – 60	3	12
61 – 70	2	8
Total	25	100
Sexo		
Feminino	18	72
Masculino	7	28
Total	25	100
Tempo de atuação (anos)		
Até 5	2	8
6 – 10	2	8
11 – 20	17	68
21 - 30	3	12
31 a mais	1	4
Total	25	100
Tempo de atuação na função atual (anos)		
1 a 2	3	12
3 a 5	4	16

Característica	N	%
6 a 10	11	44
11 a 20	6	24
21 a 25	1	4
Total	25	100
Vínculo trabalhista		
Estatutário federal	3	12
Estatutário municipal	17	68
CLT - OSS	5	20
Total	25	100

5.4.3 Seleção dos usuários

Para os usuários que participaram da validação da trajetória assistencial os critérios de inclusão na pesquisa foram: estar aguardando consulta especializada em um dos três CEO, ter sido encaminhado por eSB, ser maior de dezoito anos de idade ou estar acompanhando um menor em atendimento e apresentar interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

Dos seis entrevistados, 5 eram mulheres. Quanto à idade, todos os participantes estavam entre 35 e 68 anos. Os usuários referiram residir nos bairros de Ramos (2), Ilha do Governador (2), Brás de Pina (1) e Maré (1).

5.5 Estratégia de campo

O trabalho de campo foi iniciado após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e do CEP da SMSDC da cidade do Rio de Janeiro, entre os meses de agosto e setembro de 2014.

A estratégia de campo contemplou:

- Divulgação da pesquisa na C.A.P 3.1 pelo pesquisador e realização de convite oficial para participação aos gestores da administração pública (SMSDC e C.A.P 3.1) e das OSS (FIOTEC e Viva Rio). Nesta etapa também foi solicitada a indicação das unidades que participariam da pesquisa segundo os critérios de elegibilidade, solicitação dos endereços, contatos das unidades e dos sujeitos que foram entrevistados;
- Testes dos roteiros de entrevistas em uma unidade de saúde B da A.P 3.1 não participante do estudo que contava com eSB e odontologia do modelo tradicional. Foram realizadas entrevistas com um odontólogo de cada modelo e o gestor do serviço.

- Contato para agendamento prévio das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos da pesquisa;
- Entrevista com o Gestor de Saúde Bucal da A.P 3.1 que foi realizada em dois contatos de uma hora cada um devido à extensão do roteiro para entrevista.
- Entrevistas com os demais gestores da saúde bucal e formulação do Fluxograma descritor da trajetória assistencial para os usuários dos serviços de atenção primária e especializada em saúde bucal na perspectiva destes sujeitos;
- Entrevistas com os gerentes dos CEO;
- Entrevistas com os cirurgiões dentistas dos dois modelos assistenciais e formulação do fluxograma;
- Entrevistas com os cirurgiões-dentistas do CEO;
- Visitas aos CEO para validação do Fluxograma descritor das trajetórias assistenciais pelos usuários do serviço enquanto aguardam nas salas de espera.

5.6 Análise

5.6.1 Análise das informações

Os dados qualitativos coletados a partir das entrevistas foram tratados a partir dos fundamentos da análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). Este tipo de análise é caracterizado pela elaboração de categorias e indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo.

Para Bardin (2011: 135), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Na análise temática, o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças de tendências, entre outros. As respostas a questões abertas, em entrevistas individuais ou de grupos são frequentemente analisadas tendo os temas como base. Neste tipo de análise, a compreensão do contexto do qual a mensagem que se analisa faz parte também é fundamental (Minayo, 2010).

Os procedimentos metodológicos utilizados para a análise de conteúdo nesta pesquisa são os propostos por Minayo (2010) e Bardin (2011). As entrevistas com os roteiros semi-estruturados foram gravadas pelo pesquisador e transcritas por um

profissional especializado. Em seguida, as informações obtidas foram submetidas a seguinte sequência de procedimentos:

- 1) O material analisado foi decomposto em partes coerentes com as unidades de registro e contexto formuladas a partir do referencial teórico utilizado na pesquisa, cabe ressaltar que a categorização pode ocorrer previamente ou durante o procedimento analítico (Bardin, 2011; Minayo, 2010). Optou-se por selecionar as dimensões e categorias de análise (pré-definidas) a partir dos conceitos estruturantes da pesquisa (integração e coordenação entre níveis assistenciais), dos núcleos de sentido emergiram das entrevistas transcritas e demais documentos que foram analisados;
- 2) A redação dos achados foi realizada de modo a evidenciar o diálogo entre as impressões dos sujeitos da pesquisa sobre o tema;
- 3) Foi produzida uma síntese expositiva dos resultados da comparação, além de inferências e da interpretação dos resultados obtidos na perspectiva do referencial teórico adotado.

5.6.2 Análise das Trajetórias Assistenciais

O Fluxograma Descritor é uma representação gráfica cujo objetivo é permitir a visualização dos caminhos percorridos pelo usuário durante o processo de busca e obtenção, ou não, da assistência à saúde. Esta ferramenta possibilita analisar os fluxos assistenciais existentes e permite a detecção de seus problemas. É como se, ao construí-lo “[...] lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário” (Merhy, 2007:165).

Outro procedimento de análise da busca por cuidados é a formulação de itinerários terapêuticos. Trata-se de uma ferramenta que permite, a partir da análise dos esforços empreendidos pelos usuários e seus familiares em busca da assistência em saúde, investigar a interação entre a lógica dos usuários e a lógica do sistema de saúde nesse processo. Assim, a utilização dos itinerários terapêuticos permite avaliar: a experiência do adoecimento e busca por cuidados, as redes de apoio ao usuário e a organização formal dos serviços de saúde (Bellato et al, 2008).

No presente estudo não foram elaborados Itinerários Terapêuticos, contudo, apesar de o foco desta pesquisa não se encontrar na experiência de adoecimento dos usuários, entendemos que a compreensão desse referencial pode colaborar para a estruturação dos fluxogramas descritores das trajetórias assistenciais.

Assim, a partir das informações obtidas nas entrevistas com roteiro semi-estruturado dos gestores, odontólogos da APS e de atenção especializada, foram elaboradas três representações gráficas, que foram comparadas entre si com o objetivo de compreender as convergências e divergências sobre o percurso dos usuários. Após a comparação, os três Fluxogramas foram sintetizados em uma única representação gráfica correspondente à trajetória assistencial para os usuários da rede de atenção à saúde bucal da A.P 3.1 na perspectiva dos gestores e dentistas.

O procedimento de validação desta representação gráfica, isto é, o confronto dela com a experiência do usuário na rede de atenção à saúde bucal aconteceu na sala de espera de cada um dos três CEO com dois usuários (um por vez) enquanto aguardavam suas consultas.

Com a representação gráfica em mãos, o pesquisador realizou algumas perguntas relativas ao percurso do usuário pela rede e as observações dos usuários foram registradas no próprio fluxograma. O áudio do processo de validação da trajetória assistencial foi gravado e posteriormente transcrito. Este procedimento teve o objetivo de identificar possíveis barreiras à acessibilidade destes usuários para a consecução da assistência odontológica desde o acolhimento por uma eSB em uma unidade de APS, passando pelo atendimento nos CEO e retornando à eSB de origem.

Para descrever e analisar os percursos dos usuários de serviços odontológicos de Atenção Primária e Especializada foram utilizados Fluxogramas Descritores das Trajetórias Assistenciais. Este recurso tem sido empregado como parte da avaliação da acessibilidade de serviços de saúde (Hartz et al, 2004), e nesta pesquisa, também teve o objetivo de auxiliar na identificação de barreiras organizacionais à integração e coordenação assistencial entre os serviços estudados, além de permitir identificar barreiras à acessibilidade dos usuários a Atenção Especializada.

As barreiras à integração, coordenação e acessibilidade identificadas foram categorizadas em uma matriz de acordo com o referencial teórico adotado na pesquisa para estes conceitos. Em seguida, foi construída uma representação gráfica contendo as principais barreiras à integração/coordenação/acessibilidade, na perspectiva dos

usuários, existentes em cada um dos subsistemas da A.P 3.1 também no formato de fluxograma descritor.

A partir do conjunto de informações dos gestores, profissionais e usuários foi elaborado um Fluxograma descritor das trajetórias assistenciais dos usuários para acesso aos serviços de saúde bucal especializada.

5.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada em três de abril de 2014 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ através do parecer N°579.882 (CAAE: 26754414.7.0000.5240) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro.

Todos os informantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e dos riscos e benefícios relacionados à sua participação, da não obrigatoriedade de participação, sobre a possibilidade de se retirarem a qualquer momento da pesquisa e confidencialidade das informações obtidas. Aos informantes foi solicitada a participação voluntária e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado conforme a resolução nº 196/96 que diz respeito à ética em pesquisas que envolvem seres humanos (Anexo 2).

6. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados referentes à integração e coordenação assistencial entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada da A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. A apresentação e análise das informações obtidas de diferentes fontes será realizada a partir das dimensões, categorias de análise, variáveis e indicadores que compõem a matriz de análise dessa pesquisa.

6.1 Estrutura organizacional de regulação assistencial da SMSDC e da A.P 3.1

6.1.1 Regulação assistencial em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro

Como parte do processo de regulamentação do SUS, em 2006, o Pacto de Gestão consolidou a regulação como uma das diretrizes para gestão do sistema de saúde. Nesse documento, um dos componentes da regulação - a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial - foi definida como “o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (Brasil, 2006: 13).

A regulação assistencial deve ser operacionalizada a partir de complexos reguladores constituídos por uma central de regulação de consultas e exames, central de regulação de internações hospitalares e uma central de regulação de urgências. Essas estruturas devem contribuir para o estabelecimento de redes e fluxos assistenciais capazes de integrar ações e serviços de saúde acessíveis e adequados às necessidades dos cidadãos (Brasil, 2008).

Nessa perspectiva, para o gerenciamento do processo de regulação assistencial, foi desenvolvido o Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Este é um sistema on-line disponibilizado pelo Ministério da Saúde desde 2001 que também contribui para o manejo dos fluxos e melhor utilização dos recursos assistenciais disponíveis nas redes de atenção à saúde (<http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>).

Atualmente (2014), esse sistema está em sua terceira versão (SISREG III) e é utilizado por 1600 municípios brasileiros em 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar (<http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>). Na cidade do Rio de Janeiro, existe uma Central de Regulação Municipal e um Polo de Regulação Estadual.

Na atenção em saúde bucal no município do Rio de Janeiro o processo de regulação assistencial e de referência e acesso à atenção especializada, nos últimos anos, passou por reformulações.

Em 2004, no momento de implantação dos 18 CEO na cidade, os encaminhamentos para realização de tratamentos odontológicos especializados eram realizados em páginas de receituários pelos dentistas das unidades tradicionais de APS e os usuários deveriam comparecer aos centros de especialidades para realizarem o agendamento.

Em seguida, foi adotada a guia de referência e contrarreferência que, em um primeiro momento era levada pelo usuário para realização do agendamento e, posteriormente, passou a ser transmitida via fax ou email pelo serviço de saúde solicitante para os CEO, o que ocorria com dificuldades de comunicação entre essas unidades.

Encaminhamento via fax

Nós enviávamos o agendamento por fax. Era a maior dificuldade. Tinha linha, não tinha linha, tinha gente para receber, não tinha gente para receber essas pessoas por fax. O dentista do CEO mandava de volta o fax com o agendamento e nós, dentistas de APS, que procurávamos a pessoa. Não tinha nessa época a Saúde da Família. Nós mesmos [dentistas de APS] ligávamos para os pacientes” (CDR).

A partir de 2011, as vagas para consultas odontológicas especializadas e hospitalares passaram, gradativamente, a fazer parte do elenco disponível no SISREG. Naquele momento, o processo de regulação era realizado na Central de Regulação Municipal por um dentista que respondia pelos agendamentos para os 18 CEO existentes na cidade.

No mês de julho de 2012, após as mudanças em todo o sistema de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, a regulação das consultas odontológicas especializadas e hospitalares foi descentralizada para as dez coordenações de Área Programática da cidade, passando a ser uma das responsabilidades dos seus coordenadores de saúde bucal. Cabe ressaltar que a Central de Regulação Municipal continuou responsável pela regulação de alguns procedimentos e exames, como por exemplo, as radiografias panorâmicas.

Em 2013, foi criada a função de dentista regulador para as dez áreas programáticas. Este é um profissional que passa a atuar, em conjunto com os coordenadores de saúde bucal, no processo de regulação assistencial para os CEO

daqueles territórios, realizando a avaliação das solicitações de agendamento encaminhadas pelos dentistas via SISREG, a partir da análise dos dados cadastrais e da adequação dos procedimentos e especialidades propostos em relação aos protocolos clínicos de regulação estabelecidos.

Uma vez aprovada a solicitação e havendo vaga disponível, o dentista regulador realiza o agendamento. Outra atribuição desse profissional é a busca ativa, de dentistas e pacientes em caso de dúvidas sobre agendamentos e a devolução das solicitações inadequadas para os dentistas de APS quando incompatíveis com os protocolos clínicos de regulação estabelecidos. Para realização dessas atividades, o regulador utiliza os contatos telefônicos dos usuários disponibilizados no SISREG e para se comunicar com os dentistas o campo de “observações” existente nesse sistema (CSB; CDR e Registro de campo).

6.1.2 Regulação assistencial em saúde bucal na A.P 3.1

A regulação do acesso às vagas para consultas odontológicas especializadas na A.P 3.1 tem como marco inicial a implantação de três CEO no ano de 2004. Desde então, os encaminhamentos têm sido realizados de maneira análoga aos procedimentos descritos para toda a cidade do Rio de Janeiro. Em um primeiro momento, foram utilizados receituários que eram levados pelos pacientes para os centros de especialidades, em seguida substituídas pelas guias de referência e contrarreferência também levadas pelos pacientes e que depois passaram a ser transmitidas via fax ou email para os CEO até a implantação do SISREG em 2011 (CMSB; CSB; CDR).

Atualmente na A.P 3.1 (2014), praticamente todos os encaminhamentos e agendamentos são realizados pelo SISREG. Alguns dos agendamentos, em situações excepcionais, podem ser realizados pelo dentista regulador da A.P 3.1 em contato direto com o usuário proporcionando escolha do dia, horário e local da consulta mais adequados. Isso, segundo este profissional, refletiria o alto nível de organização alcançado com o modelo de regulação atualmente desenvolvido nessa região (CDR).

A solicitação da vaga no SISREG e o acompanhamento da realização do agendamento são etapas do processo de regulação assistencial realizadas na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro que apresenta diferenças conforme o tipo de unidade solicitante (A, B ou C). Estas ações também podem ser realizadas excepcionalmente pelos CEO, quando é necessário referenciar para especialidades não disponíveis naquela unidade (GCEO1 e 3).

Nas Clínicas da Família (unidades A), identificada a necessidade de encaminhamento, é realizado o preenchimento do formulário de encaminhamento pelos dentistas que dispõem de senha para acesso ao seu perfil de solicitante no SISREG. A solicitação da vaga nesse sistema é eventualmente realizada por técnicos ou auxiliares de saúde bucal sob orientação dos dentistas. Nesse caso, esses profissionais deverão transcrever para o sistema as informações contidas no formulário de encaminhamento (CDeSB1,3,4,5 e 6; Registro de campo).

Na maioria das unidades B, C e CEO (dentistas do modelo tradicional de APS também atuam nessas unidades), os formulários de encaminhamento são preenchidos pelos dentistas e seguem para o Núcleo Interno de Regulação (NIR), onde um profissional administrativo que possui senha de solicitante do SISREG, insere no sistema as informações do encaminhamento e acompanha o processo de aprovação do agendamento no sistema. Nenhum dos dentistas do modelo tradicional de APS entrevistados durante essa pesquisa relatou possuir senha para realização de solicitações no SISREG (CDeSB2, CDT 1,2,3,4,5 e 6).

A Coordenação de Saúde Bucal da A.P 3.1 tem empreendido esforços para que as solicitações sejam realizadas pelos próprios dentistas, inclusive, nas unidades que dispõem de NIR. Essa medida, segundo o coordenador de saúde bucal, tem o intuito de melhorar a qualidade dos encaminhamentos, registro das solicitações e favorecer a realização do atributo da coordenação assistencial pelos dentistas de APS (CSB).

Outra característica importante do processo de regulação assistencial em odontologia da A.P 3.1 é a ausência de limite para solicitações e agendamentos de consultas especializadas por unidade de APS, isto é, a não existência de cotas definidas para consultas nas especialidades odontológicas ofertadas.

Não há cotas de vagas para os CEO

Todos têm o mesmo acesso, não tem limite de vagas por unidade como eu vejo que tem na área médica. Por exemplo, “tal unidade só pode pedir 5 vagas de endodontia”, não tem esse limite. É o livre acesso, prioritário para todas as unidades. Não tem diferença nenhuma entre elas (CDR).

Em relação ao processo de regulação, os gerentes de CEO têm a responsabilidade de elaborar a agenda anual dos dentistas de suas unidades que atuam nas especialidades e disponibilizar a quantidade de vagas para pacientes novos que será oferecida no SISREG (considerando férias, licenças feriado e etc.). Outra atribuição é a

de disponibilizar mensalmente para cada um desses dentistas a lista com os novos agendamentos realizados no sistema (CSB; GCEO1, 2 e 3; Registro de campo)

Além disso, os gerentes de CEO devem confirmar o comparecimento dos usuários à primeira consulta odontológica especializada por meio da inserção no SISREG do número chave que consta no comprovante de agendamento. Essa confirmação é necessária pois as taxas de absenteísmo às consultas especializadas são contabilizadas pelos gestores de saúde bucal da A.P 3.1 a partir do total de pacientes não confirmados no sistema de regulação (Registro de campo).

Os entrevistados que possuíam senha para acesso ao SISREG apontaram sua experiência de utilização como positiva (CDeSB1,2,3,4,5 e 6; CMSB; CSB e CDR) apesar das dificuldades para utilização do sistema relacionadas a infraestrutura, como quantidade insuficiente e em boas condições de computadores para serem utilizados pelos dentistas nas unidades mistas (tipo B) (CDT3,4,5 e 6) e CEO (GCEO 1, 2 e 3; CDCEO 1,2,4 e 6), além da ausência, quedas do sinal ou baixa velocidade da internet nos serviços de saúde ou central de regulação da C.A.P (CDR).

Um aspecto positivo apontado foi o modelo atual de regulação operacionalizado pelo Dentista Regulador e, eventualmente, pelo Coordenador de Saúde Bucal da A.P 3.1¹⁸. Porém, este arranjo tem sido questionado pela SMSDC da cidade do Rio de Janeiro, que propõe modificá-lo para o vigente nos encaminhamentos para consultas médicas especializadas, que consiste na descentralização dessa atividade para os médicos responsáveis técnicos das unidades de APS. Para a saúde bucal, a avaliação e aprovação das solicitações para tratamentos odontológicos especializados passariam a ser realizadas por dentistas responsáveis técnicos nas unidades de APS, e gerentes de CEO quando necessário encaminhar usuários para especialidades não oferecida em sua unidade (Registro de campo).

A adoção desse modelo para a saúde bucal, contudo, é vista com ressalvas por um dos gerentes de CEO entrevistados, pois essas novas atribuições, na sua opinião, não deveriam ser realizadas por dentistas e sim por profissionais administrativos. Isto é, entende a regulação como procedimento meramente administrativo de agendamento das consultas.

Os agendamentos deveriam ser realizados por profissionais administrativos

¹⁸ Os coordenadores de saúde bucal dispõem de senha de regulador para acesso ao SISREG e, eventualmente, avaliam as solicitações dos dentistas de APS.

Mais uma atribuição que eu não tenho quem faça e eu não vou fazer. Eu acho o seguinte, nós somos pagos para fazer determinadas coisas. Isso não é determinação do dentista fazer, isso é papel de um administrativo (GCEO1).

O agendamento de usuários de outras áreas programáticas para os três CEO da A.P 3.1, enquanto medida para redução das filas de espera, foi mencionado como dificuldade para o processo de regulação assistencial. Segundo alguns entrevistados, essa iniciativa desconstruiria o arranjo regionalizado de um CEO para cada subsistema dessa A.P. Além disso, os resultados pretendidos não seriam alcançados devido às grandes distâncias existentes na cidade que se configurariam como obstáculos geográficos à acessibilidade dos usuários, aumentando a quantidade de faltas às consultas e provocando ociosidade de vagas nos CEO (Registro de campo).

6.2 Instrumentos de integração dos serviços de saúde

Instrumentos de referência, contrarreferência e o desenvolvimento de estratégias de comunicação entre os níveis assistenciais são fundamentais para integração entre os serviços que constituem a rede de atenção à saúde. Ademais, seu uso demonstra preocupação com a oferta de uma assistência integral às pessoas (Almeida et al, 2010).

Nesta seção, serão descritos os instrumentos utilizados para referência e contrarreferência entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada da A.P 3.1 e a maneira como ocorre a comunicação entre os gestores, gerentes e dentistas que nela atuam.

6.2.1 Instrumentos de referência e contrarreferência para atenção especializada

Na A.P 3.1, os encaminhamentos para os CEO ocorrem, via de regra, a partir de um fluxo organizado entre as unidades que constituem a rede municipal de saúde. Estas diretrizes foram formalizadas e publicadas apenas em junho de 2014 na Carteira de Serviços da Atenção Secundária (SMSDC,2014). Assim, os mecanismos formais mencionados por dentistas e gestores para realização desse processo foram o **Formulário de encaminhamento** (Anexo 3) e o **Comprovante de agendamento do SISREG**.

O Formulário de encaminhamento¹⁹ é um documento composto por duas partes. A primeira, destinada à referência, deve ser preenchida em duas vias na unidade solicitante pelo cirurgião dentista com dados do paciente, da especialidade para que se deseja encaminhar, do atendimento realizado e o motivo para realização do encaminhamento. Na segunda parte desse formulário deverão ser acrescentados pelo cirurgião dentista de CEO um parecer inicial, informações sobre exames complementares (ou o próprio exame, no caso das radiografias finais de tratamentos endodônticos) e descrição dos tratamentos realizados. No momento da alta, é necessário destacá-la e entregar ao paciente para que leve ao dentista de sua unidade de origem.

A parte destinada à contrarreferência desse formulário deve ser preenchida e entregue aos pacientes pelos dentistas de CEO no momento da conclusão, ainda que o tratamento solicitado não tenha sido realizado por inadequação aos protocolos clínicos de regulação para as especialidades ou interrompido por algum outro motivo (GCEO 1 e 2).

Os dentistas de APS entrevistados foram praticamente unânimes ao afirmarem que as contrarreferências realizadas nos CEO quase sempre chegam às suas mãos entregues pelos pacientes. Entretanto, quando isso não ocorre, a responsabilidade seria dos pacientes.

As contrarreferências frequentemente se efetivam

A contrarreferência normalmente acontece. Algumas são perdidas porque o paciente não retorna aqui para entregar (CDT 4).

Nós temos relatos de dentistas que não recebem. Achem que não enviamos a contrarreferência de volta. Mas isso acontece porque o paciente perde (...) O paciente não entrega a guia porque não dá muita importância (GCEO 2).

Os dentistas e gerentes de CEO também não apontaram dificuldades para realização da contrarreferência entre os serviços odontológicos. Porém, para o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, o principal problema relacionado a esse processo é a impossibilidade da gestão monitorar o retorno à APS para conclusão dos tratamentos de pacientes que obtiveram alta do CEO, pois nenhum sistema de informação disponível é capaz de fornecer esse dado (CSB). Cabe ressaltar a importância desse retorno para que o dentista de APS possa cumprir alguma etapa

¹⁹ Esse documento pode ser preenchido manualmente ou por meio do prontuário eletrônico nas unidades de APS em que essa ferramenta estiver disponível.

clínica conclusiva do plano de tratamento, como a restauração de dentes tratados endodonticamente, garantindo a continuidade do cuidado.

As opiniões dos dentistas dos dois níveis assistenciais sobre o formulário de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência) utilizado atualmente na cidade do Rio de Janeiro são positivas. Para eles, os campos disponíveis nesse documento, se preenchidos corretamente, são suficientes para realização dos encaminhamentos com qualidade (CDCEO1 e 4; CDeSB3 e 5; CDT1,3 e 4).

A guia de referência e contrarreferência funciona satisfatoriamente desde que bem preenchida

Nós fazemos a guia completa. Ela tem que estar completa, com CID, dados pessoais, telefone e tudo. Quando solicitamos a vaga do CEO, o dentista regulador costuma avaliar com certa rapidez (CDT1).

Acho que a guia de contrarreferência bem preenchida, seguindo com o raio x final, já serve para que o dentista da atenção básica tenha um bom panorama de como o tratamento foi feito (CDCEO1).

A guia funciona bem a partir do momento que seja preenchida corretamente com os dados. Se o dentista não põe nem qual é o posto que o paciente está vindo, não põe nem o nome do dentista, não põe o diagnóstico para o dente, só põe, por exemplo, endodontia do 46, por exemplo, fica difícil da coisa funcionar (CDCEO4).

O Comprovante de agendamento do SISREG/Autorização de procedimentos ambulatoriais é gerado nesse sistema após a aprovação pelo dentista regulador da A.P 3.1 da solicitação de encaminhamento realizada pelos dentistas de APS ou profissional administrativo do NIR. Esse documento deve ser impresso na unidade básica de origem e entregue ao usuário para apresentar no CEO juntamente com documento de identificação e o Formulário de encaminhamento. Nele estão registrados a data, horário, local e nome do profissional que executará o tratamento odontológico especializado, além do número chave para confirmação do atendimento no SISREG (GCEO3; Registro de campo).

É importante destacar que, nesse contexto, os usuários são os garantidores da continuidade informacional entre os serviços odontológicos de APS e CEO, uma vez que são os responsáveis pela circulação do formulário de encaminhamento, o instrumento de comunicação mais mencionado pelos dentistas dessas unidades para compartilhar informações sobre os casos como poderá ser visto na Figura 3.

6.2.2 Estratégias de comunicação entre níveis assistenciais

O Formulário de encaminhamento, em que são compartilhadas informações sobre pacientes referenciados mencionado na seção anterior, foi a estratégia de comunicação entre níveis assistenciais utilizada na A.P 3.1 mais citada durante as entrevistas. Além desse documento, os dentistas mencionaram, raramente, telefonemas e emails para consultas aos especialistas em caso de dúvidas ou quando há necessidade de encaminhar algum paciente cujo caso não se adeque ao protocolo clínico da especialidade (CSB; GCEO1, 2 e 3).

Cabe ressaltar que essas vias de comunicação e outras, como aplicativos de mensagens para celular, não estão formalizadas nos protocolos. A comunicação por esses meios é realizada por iniciativa dos dentistas que disponibilizam seus contatos pessoais. Além disso, um dos CEO não dispõe de ramal telefônico em suas instalações o que dificulta sobremaneira a comunicação (GCEO1; CDCEO1 e 2; CDeSB2; Registro de campo).

A comunicação entre dentistas de APS e reguladores também pode ser realizada via SISREG pela utilização do campo “observações” no processo de avaliação das solicitações. Nele, são registradas dúvidas ou questionamentos do regulador sobre os encaminhamentos realizados, ficando sua aprovação condicionada a resposta do profissional solicitante no sistema (Registro de campo).

Sobre outros espaços para trocas de experiências entre os dentistas da A.P 3.1, os entrevistados afirmaram que são quase inexistentes e aconteceram numa frequência ainda menor durante o ano de 2014 (CSB; GCEO1 e 3; CDeSB1,2,4 e 6; CDT1, 4,5 e 6).

Houve referências à realização de um fórum de redes em anos anteriores. Essa atividade acontecia a cada dois meses nos três subsistemas da região, e contava com a participação de especialistas, gestores, alguns dentistas de APS e outros profissionais convidados. Os temas eram definidos pela coordenação de saúde bucal da A.P, que os identificava no contato com os dentistas da rede. A realização de encaminhamentos para o CEO, discussões sobre o processo de encaminhamento de usuários entre as unidades e a discussão de casos eram assuntos frequentes (CSB; GCEO1 e 2; CDeSB 1).

As iniciativas de educação permanente que envolvem profissionais dos dois níveis assistenciais são esporádicas. Um exemplo, foi a atividade de formação voltada à realização de encaminhamentos para tratamento das disfunções têmporo mandibulares,

especialidade recentemente implantada em um dos CEO da A.P 3.1 que servirá de referência para toda a cidade do Rio de Janeiro (CDeSB1, CDT1, GCEO1, CDCEO1 e 2).

Além dessas também foram citados o Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro (em que foram disponibilizadas inscrições para alguns dentistas da rede), reuniões entre gerentes de CEO e dentistas de APS e o ciclo de debates da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) que disponibiliza uma data anual para discussões sobre saúde bucal entre representantes das dez áreas de planejamento e em 2014 teve o tema “Saúde Bucal: Modos de organização e qualificação do acesso e análise dos indicadores” (CSB; GCEO1 e 2).

A maior parte dos dentistas de APS e CEO entrevistados afirmaram desconhecer a realização de qualquer encontro entre dentistas de diferentes níveis assistenciais promovidos pela coordenação do A.P 3.1 ou pela gestão municipal. Isso aconteceria por falhas na divulgação das datas dessas reuniões ou por problemas no repasse de informações pelos representantes dos dentistas daquela unidade presentes naquelas regiões regionais (CDeSB2,3,4,5 e 6; CDT2,3,4,5 e 6; GCEO3,4,5 e 6).

Sobre o compartilhamento de atendimentos, realização de interconsultas ou formulação de projetos terapêuticos de maneira compartilhada entre dentistas de CEO e APS, não houve relato de experiências. Apenas dois dentistas afirmaram que essas estratégias seriam factíveis, apesar de não serem práticas preconizadas nos protocolos clínicos de regulação para as especialidades odontológicas (GCEO2, CDT 5).

Em caso de dúvidas relacionadas a diagnósticos, alguns entrevistados mencionaram a possibilidade de entrar em contato por telefone ou email (inclusive com o envio de fotos dos casos) com os gerentes de CEO, especialistas, coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 ou dentista regulador, todavia, essas práticas são raras e também não estão formalizadas (GCEO1 e 2; CDeSB5 e 6; CDT 6). Isto é, os dentistas de CEO não têm a realização de consultoria para os dentistas de APS como uma de suas atribuições registradas nos protocolos clínicos de regulação assistencial ou carteira de serviços para a atenção especializada. Além disso, cabe lembrar que em um dos CEO da A.P 3.1 não há sequer linha telefônica disponível e, em dois deles, não existe acesso à internet (GCEO1, 2 e 3; CD CEO1 e 2; CDT5; Registro de campo).

Também foi mencionada por um dentista e um gerente a possibilidade de recorrer ao especialista durante intercorrências em procedimentos cirúrgicos. Este foi o caso de unidade de APS que funciona no mesmo edifício do CEO (CDeSB3; GCEO2).

Todavia, mesmo nessa unidade, a dinâmica de trabalho atual nas unidades de APS dificulta o esclarecimento de dúvidas com os especialistas do CEO (CDeSB3).

A sobrecarga de trabalho dificulta o esclarecimento de dúvidas com os especialistas

É difícil ter tempo para esclarecer dúvidas por causa da sobrecarga de trabalho, porém, existe a possibilidade de ajuda dos especialistas em algumas intercorrências durante procedimentos na APS, por exemplo, durante procedimentos cirúrgicos: exodontias e etc (CDeSB3).

Não houve referência a atividades de educação permanente com o objetivo de melhorar a qualidade do registro das informações voltadas para os dentistas da A.P. 3.1. Apenas treinamentos para utilização dos prontuários eletrônicos realizados para os dentistas que atuam em Equipes de Saúde da Família. Sobre atividades de educação permanente que contassem com a participação dos dentistas de CEO e de APS simultaneamente, os entrevistados citaram reuniões pouco frequentes em que participaram apenas os gerentes ou dentistas de CEO especialistas no tema abordado, além de representantes dos dentistas de APS (CSB; GCEO2; CDeSB3 e 4; CD T6).

Atividades que reúnam dentistas de APS e CEO são pouco frequentes

As reuniões, quando aconteciam, tinham seus temas definidos a partir das necessidades que eram levantadas durante as próprias reuniões. Eu lembro bem de duas: a primeira quando havia problemas nos encaminhamentos de endodontia e a segunda de estomatologia. (GCEO 2).

Os entrevistados foram unânimes ao afirmar que nunca houve atividade educativa específica sobre redes de atenção à saúde, porém, alguns temas relacionados são discutidos nas reuniões da coordenação de saúde bucal da A.P 3.1 com os representantes das unidades de saúde localizadas nos três subsistemas (CSB; GCEO 2 e 3).

No entanto, a frequência e meios utilizados para se comunicar com os gerentes de CEO, dentistas de Atenção Primária e especializada e assessores das Organizações Sociais, foram consideradas satisfatórias pelo gestor de saúde bucal da A.P 3.1 (CSB).

Comunicação entre o gestor de saúde bucal e dentistas da rede

De alguma forma essa comunicação acontece diariamente. Não me lembro de um dia aqui que isso não aconteça. [...] Eu acredito que seja suficiente. Telefone, e-mail e agora *whatsapp*. Inclusive, este último estamos usando cada vez mais. Além disso, lógico, as reuniões. Por vezes nós temos reuniões com públicos distintos, com os gerentes dos CEOs, por exemplo. Esses são os meios que mais utilizamos. (CSB).

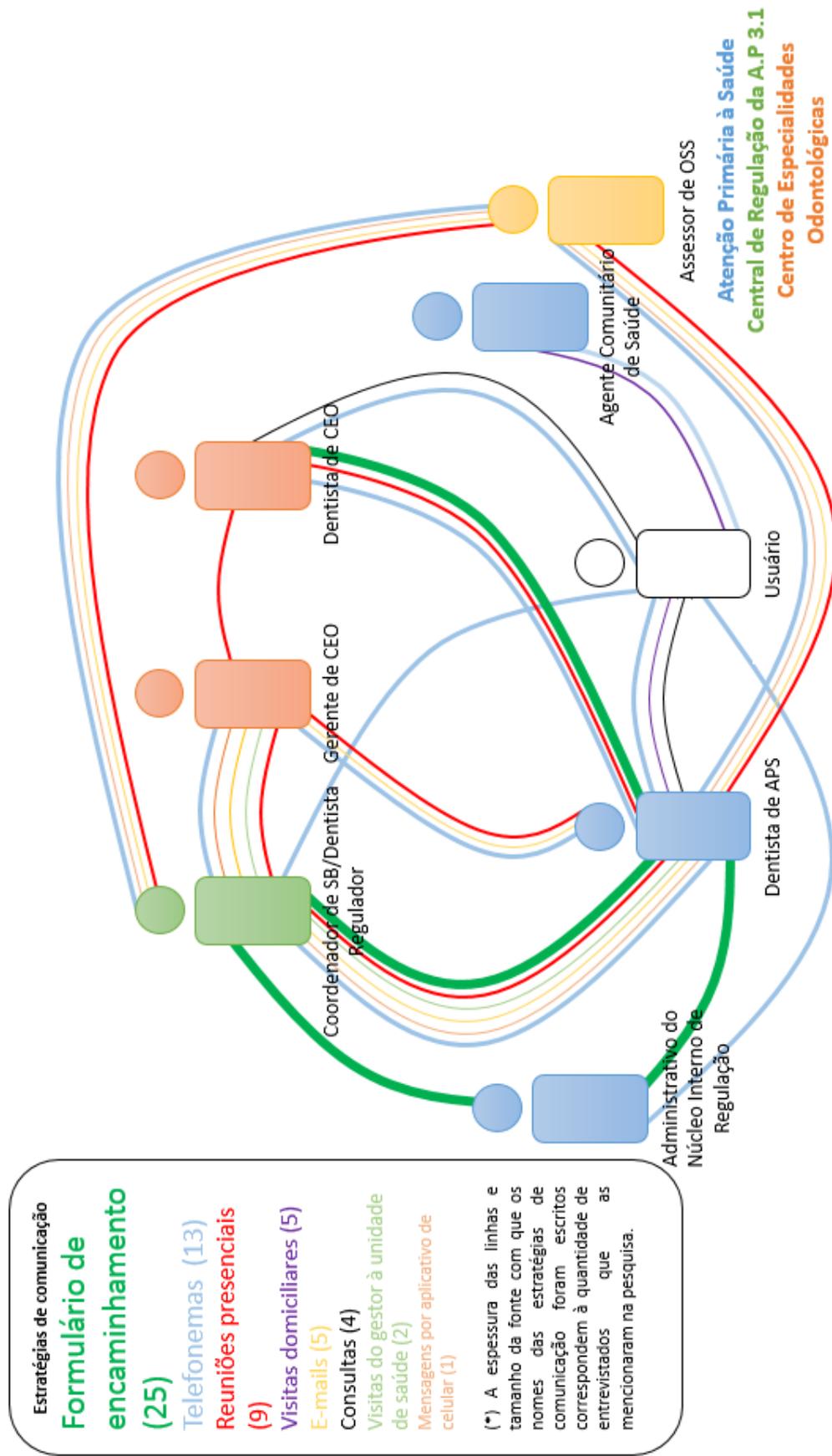
Porém, é importante ressaltar que atualmente (2014) trabalham 58 dentistas apenas em eSB na A.P 3.1, e o contato diário a que se refere o gestor, é realizado somente com alguns deles, principalmente, os responsáveis técnicos pela odontologia nessas unidades de saúde. Os demais dentistas são contatados esporadicamente.

Todas as estratégias/instrumentos de comunicação entre níveis assistenciais mencionados pelos entrevistados encontram-se sistematizados na Figura 3. A espessura das linhas e tamanho da fonte com que os nomes dessas estratégias foram escritos correspondem à quantidade de entrevistados que as mencionaram. Nesse sentido, pode-se observar que o formulário de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência) foi mencionada por todos os profissionais entrevistados como a principal estratégia de comunicação utilizada na rede. Telefonemas, consultas e visitas domiciliares foram os meios mais referidos para comunicação com os usuários. Estes, afirmaram se comunicarem mais frequentemente com os agentes comunitários de saúde (ACS) que agendaram suas consultas com o dentista na APS e informaram sobre as consultas no CEO por meio de telefonemas (U3 e 5) ou visitas domiciliares (U1, 2 e 6).

É importante frisar que apesar da diversidade de meios de comunicação mencionados pelos dentistas e gestores das unidades de APS e CEO da A.P 3.1, os contatos entre esses profissionais são pouco frequentes e se restringem quase que exclusivamente ao formulário de encaminhamento.

A inspiração para construção desse mapa vem do estudo realizado por um médico de família estadunidense que visava demonstrar sua capacidade de coordenar a assistência à saúde de um de seus pacientes que havia sido diagnosticado com câncer (Press, 2014).

Figura 3: Diagrama das Possibilidades de comunicação entre APS e AE para a coordenação dos cuidados dos usuários em saúde bucal. Fonte: Elaboração própria.



6.3 Organização dos fluxos para atenção especializada

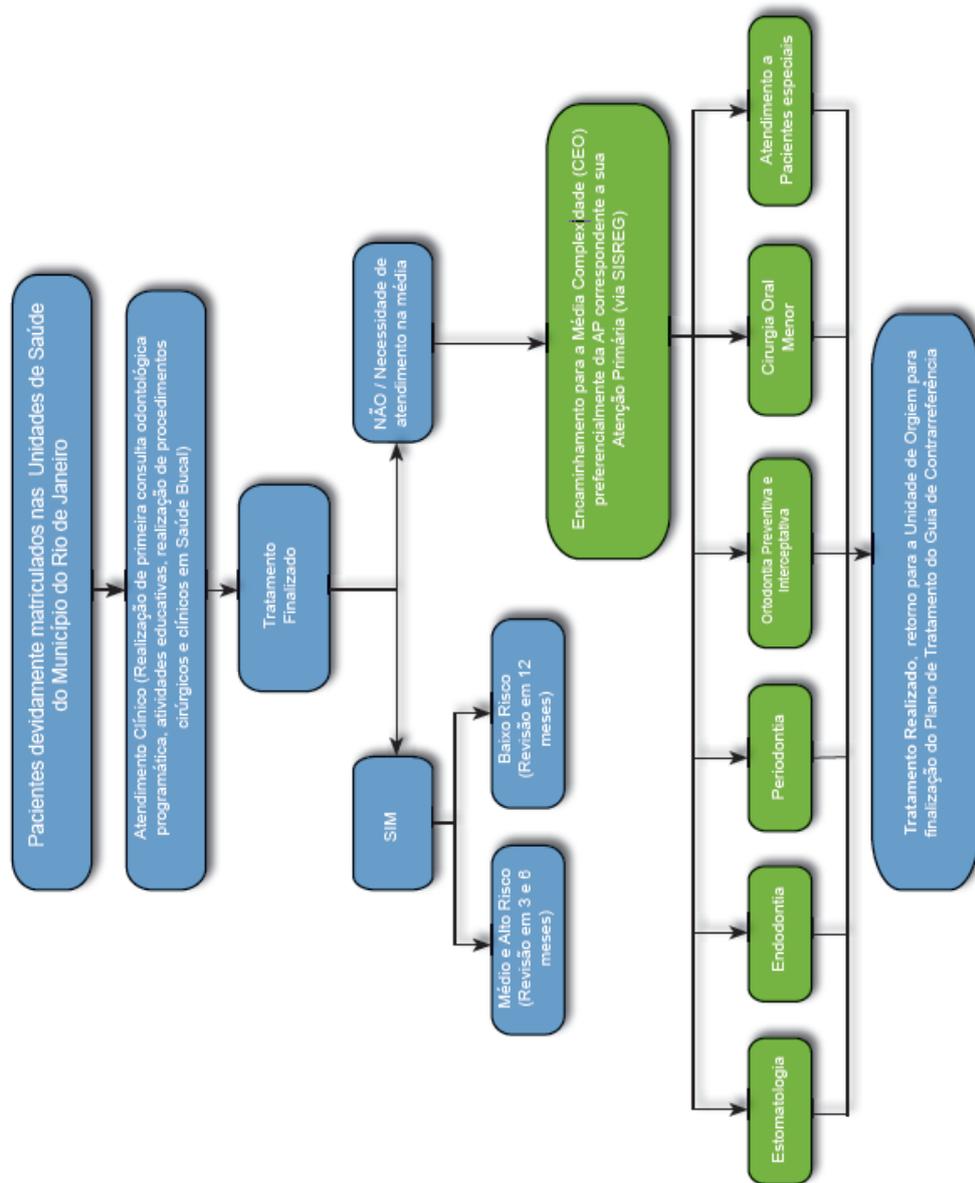
6.3.1 Fluxo formalizado para acesso ao CEO

O fluxo formalizado para acesso aos CEO a partir dos serviços odontológicos de APS, que pode ser visto na Figura 4, está registrado apenas na Carteira de serviços para atenção especializada publicada pela SMSDC da cidade do Rio de Janeiro em junho de 2014 (SMSDC, 2014). Nele, está descrito o trajeto dos usuários que, após serem matriculados no programa de odontologia das unidades de APS por responderem aos seus critérios de seleção, passarão por atendimentos clínicos e atividades de educação/promoção da saúde. Quando necessário, esses usuários deverão ser, preferencialmente, encaminhados aos CEO de sua A.P de origem para realização de tratamentos odontológicos especializados nas seguintes especialidades: estomatologia, endodontia, periodontia, ortodontia preventiva e interceptativa, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes especiais.

Após conclusão do tratamento no CEO, os pacientes deverão retornar para sua unidade de APS de origem para finalização do plano de tratamento. Além disso, conforme seu risco para desenvolver doenças bucais, poderão ser submetidos a consultas de revisão nessas unidades em um período de três ou seis meses (alto risco de adoecimento) e 12 meses (baixo risco) (SMSDC, 2014).

As diretrizes para realização da classificação de risco para as consultas de retorno na APS não estão expressas nessa carteira de serviços ou em qualquer outra publicação da secretaria municipal de saúde a que se teve acesso durante o trabalho de campo e pesquisa bibliográfica dessa dissertação.

Figura 4: Fluxo dos pacientes encaminhados para as especialidades odontológicas oferecidas no sistema municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Fonte: SMSDC-RJ. Extraído de: Carteira de serviços da atenção especializada, pág.98.



É importante ressaltar que o documento da carteira de serviços para a atenção especializada não foi mencionado por nenhum dos dentistas e gestores durante as entrevistas. Ainda assim, o fluxo nele descrito é, em geral, realizado na prática.

Os protocolos clínicos para as especialidades odontológicas (SMSDCRJ, 2002) foram citados pelo coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 como os documentos que contém algumas diretrizes para realização dos encaminhamentos entre serviços de APS e CEO (CSB).

Protocolos clínicos de regulação assistencial

Existem os protocolos de especialidades, mas não o fluxo no sentido de formação de rede estabelecida num documento. O protocolo clínico traz isso, os momentos da atenção ao usuário na rede. Porque esse fluxo é uma prática mas não está formalizado oficialmente. Inclusive, é trabalhado e rediscutido em todos os fóruns de rede (CSB A.P 3.1).

As unidades de saúde dispõem de uma cópia dos protocolos nos computadores localizados nos consultórios odontológicos, esse documento também está disponível para download no blog da coordenação municipal de saúde bucal (<http://saudebucalrj.blogspot.com.br/p/protocolos.html>) e além disso, essas diretrizes são frequentemente repassadas aos recém-contratados pelos dentistas que atuam na unidade a mais tempo (CSB A.P. 3.1; CDeSB2; CDeSB4; CDT1; CDT5; Registros de campo).

Transmissão das informações contidas nos protocolos clínicos pelos dentistas mais antigos para os recém-contratados

Quando chega um dentista novo a gente explica: “Olha, funciona desse jeito”. Quando fui contratada a dentista que estava antes de mim me passou o protocolo, a que estava antes dela passou para ela e, às vezes, o protocolo era repassado nessas reuniões que aconteciam com o CSB A.P. 3.1 (CDeSB3).

6.3.2 Trajetória mais comum dos usuários ao CEO

Para o registro da trajetória mais comum dos usuários ao CEO, a partir da elaboração dos fluxogramas descritores das trajetórias assistenciais desse estudo, foi solicitado aos dentistas e gestores que descrevessem qual seria o percurso na rede de serviços odontológicos da A.P 3.1 de um paciente com necessidade de tratamento endodôntico²⁰, desde a entrada na APS até a alta após conclusão do seu tratamento.

²⁰ O encaminhamento para tratamento endodôntico foi escolhido como condição traçadora para construção dos fluxogramas pelo fato de ser aquele realizado com maior frequência pelos dentistas de APS da A.P 3.1 e demandar coordenação entre os serviços odontológicos de APS e CEO, dada a

Além da descrição desse percurso, o objetivo desses fluxogramas foi o de representar as barreiras à integração entre os serviços de APS em saúde bucal e CEO, e os obstáculos à acessibilidade enfrentados pelos usuários desses serviços. Para este último objetivo, foi realizado o procedimento de validação das representações gráficas por meio do confronto com a experiência do usuário na rede de atenção à saúde bucal.

A trajetória do usuário na rede de serviços odontológicos da A.P 3.1 inicia com sua busca espontânea pelo tratamento odontológico de rotina em uma unidade de APS (tipo A ou B), em situações de urgência (dor ou traumatismo), ou por identificação da necessidade pelo dentista, Agente Comunitário de Saúde, Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal durante visitas domiciliares ou atividades de educação em saúde realizadas nessas unidades de APS ou equipamentos sociais existentes nos seus territórios de atuação.

Durante a pesquisa, foram identificadas diferentes maneiras de organizar o acesso aos serviços odontológicos de APS na A.P 3.1, o que demonstra certa autonomia dos dentistas de APS na organização da demanda por atenção à saúde bucal nas unidades de saúde participantes desse estudo. Não existem diretrizes específicas da Coordenação Municipal de Saúde Bucal ou da A.P 3.1 para organização da porta de entrada dos serviços odontológicos de Atenção Primária à Saúde, apenas recomendações para que se utilize algum dos critérios que serão descritos a seguir.

Nas Clínicas da Família pesquisadas, o acesso aos serviços odontológicos acontece preferencialmente pela utilização de algum critério de risco/vulnerabilidade social das famílias cadastradas. A Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Rio de Janeiro disponibiliza para os dentistas de APS um conjunto de quatro fichas (risco social, biológico, levantamento epidemiológico e de eleição de prioridades pelas famílias) para realização dessa classificação, que podem ser visualizadas no Anexo 4, Anexo 5, Anexo 6 e Anexo 7. As informações utilizadas são obtidas a partir das Fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e validadas pelos ACS.

As famílias mais vulneráveis, segundo esse instrumento ou alguma outra estratégia desenvolvida pelos dentistas para definir vulnerabilidade, por exemplo, famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família, são convidadas a participar de uma atividade de grupo em que recebem informações sobre higiene oral, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor (nas situações recomendadas), e entrega dos

necessidade de realização do procedimento restaurador na Atenção Primária após a conclusão do tratamento do sistema de canais radiculares na Atenção Especializada.

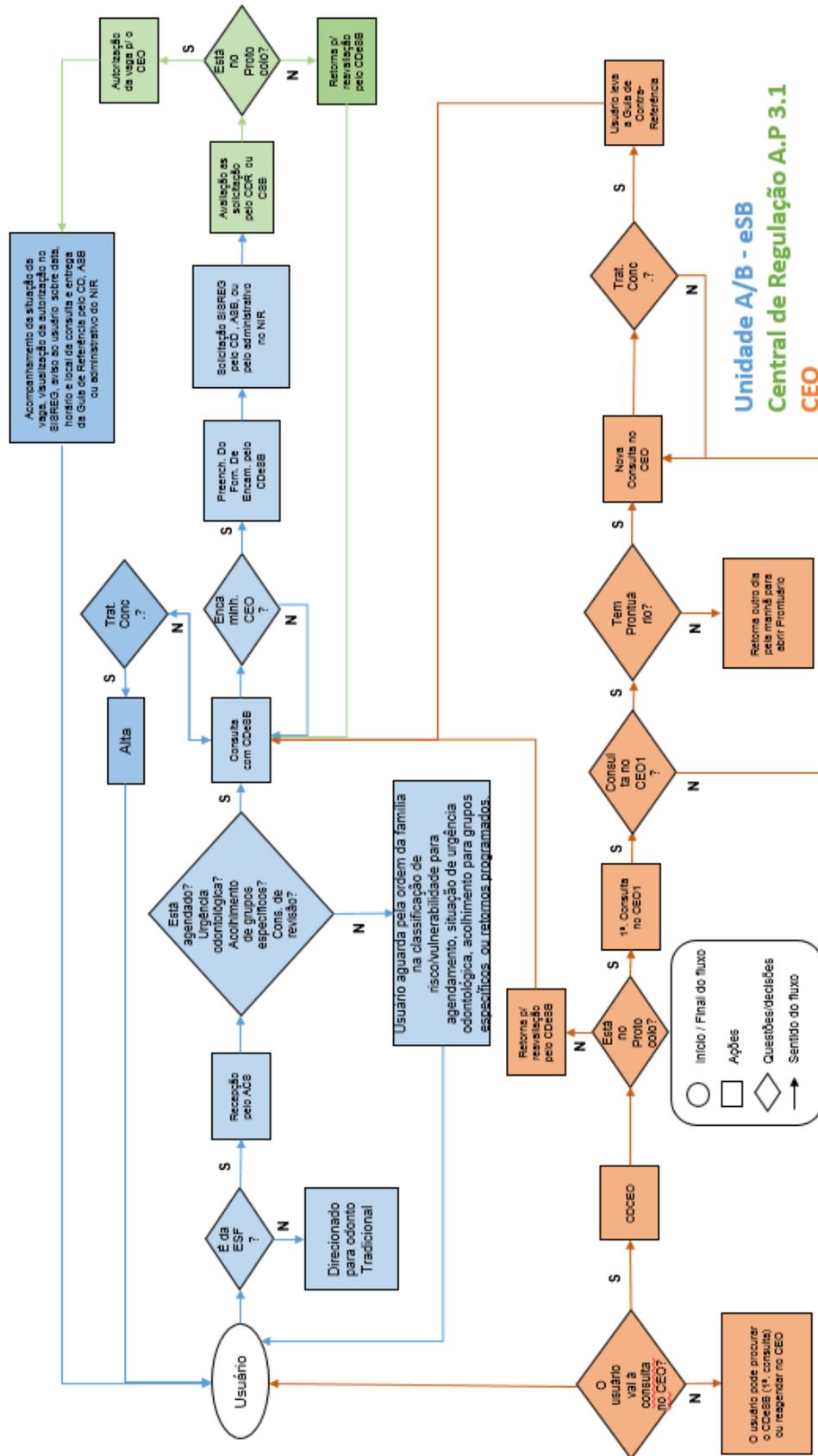
kits contendo escova, creme e fio dental, para todos os membros da família. Nesse encontro, também são agendadas as consultas odontológicas para cada família, que fica responsável por eleger o seu componente que iniciará o tratamento na data marcada. As altas serão dadas por família, assim que todos os membros tiverem o tratamento concluído, dando lugar à outra família que passará por todo esse processo.

Além dessa maneira de acessar o serviço, ocorre nas clínicas da família o acolhimento diário para grupos prioritários como: idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos de idade. Todavia, não foi possível observar esse processo durante a etapa de trabalho de campo dessa pesquisa e visualizar se as pessoas desses grupos são agendadas para consultas com dentista e têm a conclusão de seus planos de tratamento garantida.

Uma outra possibilidade, é o acesso em situações de urgências odontológicas como dores decorrentes de doenças da polpa e periápice, doenças agudas do periodonto e traumatismos alvéolo-dentários, como poderá ser visualizado no fluxograma a seguir.

É importante destacar que aqueles usuários que não se enquadram nas condições priorizadas pelas unidades de APS ou não têm disponibilidade para participar das atividades educativas em saúde bucal, em geral não conseguem acessar ou tem acesso extremamente difícil ao tratamento clínico com os dentistas.

Figura 5: Fluxograma descritor das trajetórias assistenciais dos usuários oriundos das eSB na perspectiva dos dentistas de APS, CEO, CEO e gestores de saúde bucal



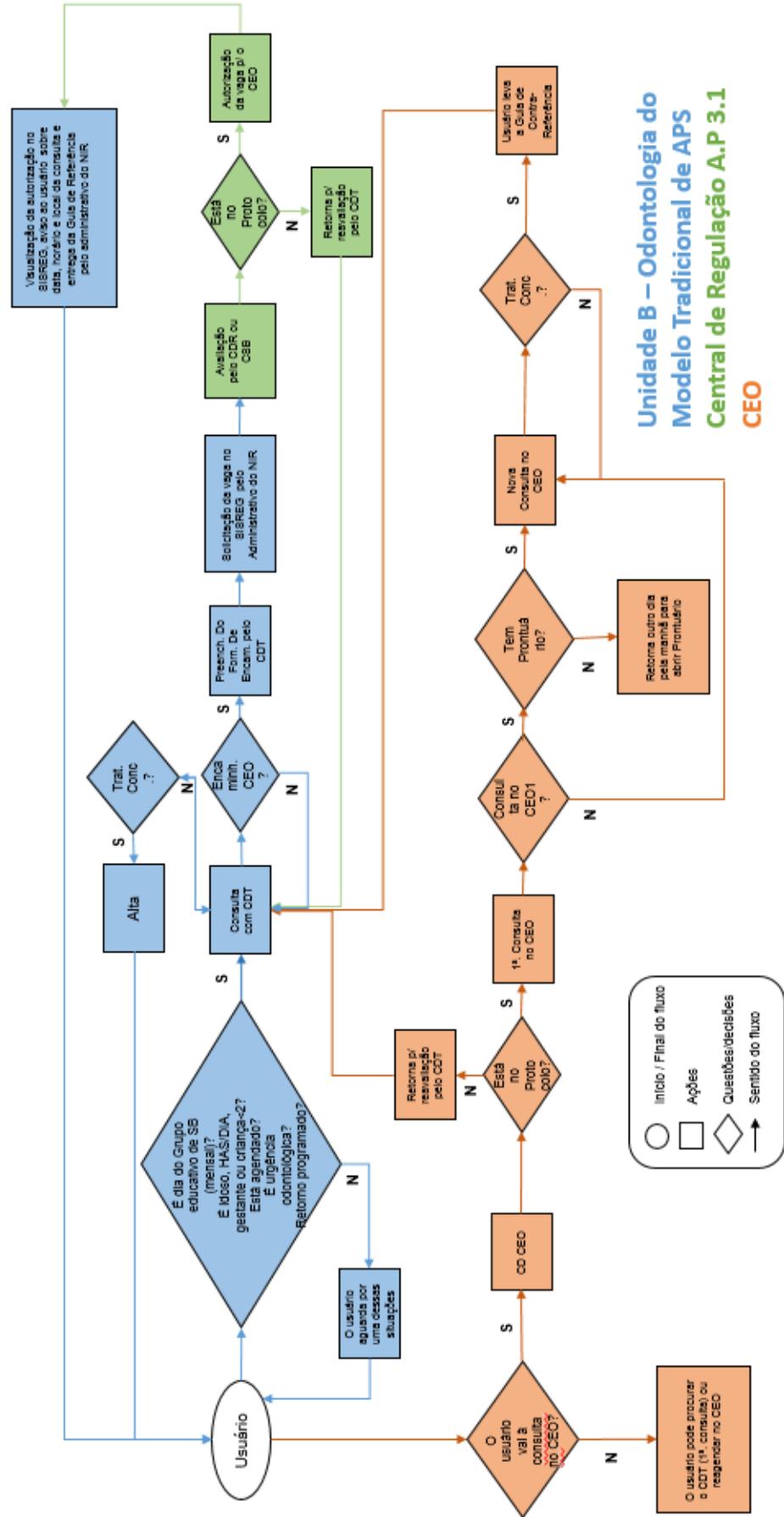
Nas unidades mistas (do tipo B), as formas de organizar o acesso dos usuários desenvolvidas nas unidades do tipo A pelas eSB, convivem com aquelas realizadas pelos odontólogos do modelo tradicional de APS. Assim, além do acolhimento diário para grupos prioritários e da utilização de critério de risco/vulnerabilidade familiar realizados pelos dentistas de eSB, é disponibilizado mensalmente um número limitado de vagas para realização de uma espécie de triagem de pacientes que são obrigados a participar em atividades educativas de saúde bucal para posterior formulação de plano de tratamento/projeto terapêutico e acesso ao tratamento clínico odontológico. O pronto-atendimento às urgências odontológicas também é realizado nessas unidades de saúde, como pode ser visto no próximo fluxograma.

É importante ressaltar que os CEO, por estarem situados em policlínicas, também dispõem de vagas para atendimento odontológico básico às pessoas não adscritas por ESF que residam na área de cobertura dessas unidades. As maneiras de acessar esses serviços odontológicos são bastante semelhantes às aquelas realizadas nas unidades do tipo B.

Ao acessar o serviço odontológico em uma unidade A por eSB ou em uma unidade B por eSB ou dentista do modelo tradicional de APS, caso seja verificada a necessidade de realização do tratamento especializado, o dentista ou Auxiliar de Saúde Bucal (supervisionado pelo dentista) preencherá o formulário de encaminhamento manualmente (cópia impressa) ou no portal da SUBPAV com as Informações cadastrais do usuário, “Dados do encaminhamento” (especialidade encaminhada, profissional e unidade sugeridos) e “Dados de atendimento” (que inclui informações clínicas, motivo e data do encaminhamento, CID 10 e exames solicitados).

O passo seguinte para a realização do encaminhamento é a solicitação da vaga no SISREG. Para isso, o profissional solicitante deve acessar a plataforma online do Sistema com seu *login* e senha, inserir os dados do paciente e após isso, acrescentar os dados da solicitação, Procedimento ambulatorial proposto, CID, profissional, central e unidade executante do procedimento. Além disso, deverá ser descrito no campo “observações” os motivos do encaminhamento.

Figura 6: Fluxograma descritor das trajetórias assistenciais dos usuários oriundos das unidades B atendidos por dentistas do modelo tradicional na perspectiva dos dentistas de APS, CEO e gestores de saúde bucal.



Na maioria das unidades de APS participantes da pesquisa os dentistas de APS realizam a solicitação da vaga no sistema de regulação, porém, em duas unidades B, as guias de referência são preenchidas pelos dentistas e levadas pelos pacientes para o Núcleo Interno de Regulação dessas unidades. Neste setor, um profissional administrativo insere as informações da guia no SISREG e faz a solicitação da vaga no CEO.

Após a solicitação, os encaminhamentos são avaliados na central de regulação da A.P 3.1 pelo dentista regulador ou coordenador de saúde bucal da A.P, no que diz respeito ao correto preenchimento dos dados e sua adequação aos protocolos clínicos estabelecidos para as especialidades odontológicas oferecidas na rede. Em caso de inadequação, as solicitações podem ser negadas ou devolvidas para reavaliação pelos dentistas solicitantes.

A situação de inadequação ao protocolo clínico mais frequentemente referida pelos dentistas entrevistados foi o encaminhamento de pacientes cujos elementos dentários, por apresentarem comprometimento estrutural relevante, teriam dificuldades para serem restaurados com o uso das técnicas e materiais disponíveis nos serviços odontológicos de APS (restaurações diretas), depois de tratados endodonticamente. É importante ressaltar que as reabilitações protéticas por meio de próteses fixas ou removíveis ainda não são oferecidas nos CEO da cidade do Rio de Janeiro.

Contudo, existe alguma possibilidade de concretização do encaminhamento com aprovação da solicitação para casos que não se adéquam plenamente aos protocolos. Em situações assim, os dentistas têm a possibilidade de contatar o coordenador ou o dentista regulador para justificar o encaminhamento e afirmar o seu compromisso de buscar a melhor alternativa com os meios disponíveis na APS ou a disponibilidade do usuário de realizar a reabilitação protética em um consultório privado, clínica-escola de universidade ou curso de pós-graduação para odontologia (locais em que os atendimentos são gratuitos ou se paga pequenas taxas para sua realização).

Aprovada a solicitação, o agendamento dos usuários é realizado preferencialmente para o CEO mais próximo de sua residência. Isso apenas não ocorre quando não há vaga disponível ou a especialidade não é oferecida no CEO. Um exemplo, é o tratamento das Disfunções Têmporo mandibulares, oferecido somente em um dos CEO da A.P 3.1, que se configura como referência para toda cidade do Rio de Janeiro nessa especialidade.

Segundo o dentista regulador, a proximidade da residência do usuário é um critério determinante para escolha da unidade em que será agendada a consulta especializada.

Proximidade da residência do usuário como critério para agendamento no CEO

A gente tenta obedecer essa regionalização mesmo da área, que aqui é Leopoldina Norte, Leopoldina Sul e Ilha por conta até do financeiro de cada usuário para o deslocamento pois, às vezes, é com criança. E quando a gente acha que está um pouco distante, a pessoa vai precisar pegar 2 ônibus, mas tem vaga mais cedo [menor tempo], eu costumo telefonar e perguntar se a pessoa aceita (CDR A.P. 3.1).

Após a autorização da solicitação de vaga para atendimento no CEO, ela fica disponível para visualização no SISREG pelo CD, ASB ou por algum profissional administrativo do Núcleo Interno de Regulação da unidade de saúde. As informações sobre o agendamento que são disponibilizadas no sistema (data, horário, local, especialidade e nome do profissional que realizará o atendimento) devem ser impressas pelo solicitante e entregues ao usuário junto com a guia de referência.

O aviso aos pacientes sobre o agendamento para a consulta no CEO é responsabilidade da unidade de APS e as estratégias utilizadas para isso variaram conforme a organização da regulação assistencial nesses serviços. Nas unidades que não dispõem de NIR, os usuários são, preferencialmente, avisados por telefone pelo dentista solicitante ou Auxiliar de Saúde Bucal. Quando esse contato não é bem sucedido, alguns dentistas de eSB afirmaram realizar visitas domiciliares para busca ativa dos usuários agendados ou solicitar que os ACS o façam. Nas unidades que possuem NIR, os profissionais administrativos desse setor realizam o contato telefônico com as pessoas agendadas para consulta no CEO.

O CEO não tem responsabilidade de contatar o paciente, informar ou lembrar (*reminder*) a data de sua consulta. O usuário deve comparecer à consulta portando a guia de referência preenchida e o comprovante de agendamento no SISREG.

Durante a observação do funcionamento do CEO, percebeu-se que os usuários costumam chegar a essas unidades com pequena antecedência em relação ao horário para o qual foram agendados. Nos turnos em que se realizou a observação do funcionamento dos três CEO pesquisados, não houve formação de filas. Os usuários marcados são recepcionados por um profissional administrativo ou Auxiliar de Saúde Bucal que conferem as informações do agendamento e esclarecem algumas dúvidas. Os atendimentos normalmente iniciam no horário de agendamento (Registros de Campo).

São poucas as variações existentes na forma como se dá o atendimento pelos dentistas aos usuários que comparecem às consultas no CEO. A primeira consulta não tem recomendação de tempo para sua duração e, em geral, é destinada à realização de anamnese, solicitação de exames complementares e avaliação da adequação do encaminhamento ao protocolo clínico estabelecido para a especialidade. Em caso de inadequação, os dentistas de CEO estão orientados a reencaminhar os pacientes para unidade de origem com a guia de contrarreferência preenchida justificando essa conduta. Ao final da primeira consulta, o usuário recebe um cartão em que constam a data e horário da próxima consulta além do nome do profissional que irá atendê-lo.

Uma possível barreira organizacional à acessibilidade dos usuários que precisa ser ressaltada, é a necessidade de abertura de prontuário além daquele necessário para atendimento no serviço odontológico após a primeira consulta em um dos CEO da A.P 3.1. Isso faz com que o usuário tenha de comparecer à essa unidade de saúde no turno da manhã apenas para cumprir com essa exigência em uma data anterior à sua segunda consulta no CEO, único turno em que esse serviço é disponibilizado²¹.

Na segunda consulta é iniciado o tratamento propriamente dito e, em algumas situações, sua conclusão. Para endodontia, cada consulta tem previstos 60 minutos de tempo operatório e recomenda-se que os dentistas realizem a técnica de “Sessão única”, ou seja, preparo biomecânico e obturação do sistema de canais radiculares na mesma consulta.

Assim, após o término do tratamento especializado, o dentista responsável por sua realização preenche a guia de contrarreferência que deverá ser entregue pelo usuário ao dentista que solicitou o encaminhamento para o atendimento no CEO. Nela devem constar informações sobre o tratamento realizado além de poderem ser anexados resultados de exames complementares. Por exemplo, em caso de conclusão do tratamento endodôntico, devem ser realizadas duas tomadas radiográficas finais, uma para ser arquivada no CEO e outra para ser anexada à guia de contrarreferência.

No retorno à unidade de APS, deverá ser realizado o procedimento restaurador necessário à reabilitação do paciente e posterior alta com acompanhamento longitudinal a partir de consultas periódicas de revisão realizadas pelos dentistas de APS após seis meses ou um ano após a conclusão do tratamento. Essas consultas podem ser agendadas

²¹ Este pode ser outro fato que contribui para o elevado absenteísmo observado nesse CEO.

ou não no momento em que o usuário comparece ao serviço odontológico de APS para entregar a contrarreferência.

No item dos resultados sobre as barreiras à acessibilidade o fluxograma descritor será retomado para descrição dos obstáculos organizacionais à acessibilidade dos usuários de serviços odontológicos especializados da A.P 3.1.

6.3.3 Protocolos clínicos e de regulação assistencial

Os protocolos e rotinas para funcionamento dos serviços odontológicos que constituem a rede municipal de atenção à saúde bucal estão definidos no programa “Carioca rindo à toa”, estabelecido pela secretaria municipal de saúde em 2001 e revisto no ano de 2004 em virtude do lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004). Antes da implantação desses protocolos e rotinas, não havia norma expressa para realização dos encaminhamentos desde os serviços odontológicos de atenção básica para os polos onde se realizavam alguns tratamentos especializados (CSB A.P. 3.1; CDCEO3).

Os protocolos clínicos para regulação assistencial das especialidades de **Endodontia, Estomatologia e Periodontia** utilizados atualmente, foram elaborados por grupos de trabalho constituídos por dentistas especialistas da rede e a coordenação municipal de saúde bucal. A revisão mais recente desses protocolos aconteceu em 2006 e, no momento atual, estão sendo construídos de maneira semelhante os protocolos para as especialidades de prótese dentária e tratamento das disfunções têmporo-mandibulares (SMSDCRJ, 2002; CMSB; CSB A.P.3.1; CDeSB2; outros).

Nesses documentos também está definido que os processos de referência e contrarreferência serão realizados via SISREG, estruturados de acordo com os fluxos instituídos pelas coordenações de cada área de planejamento e as diretrizes próprias de cada especialidade odontológica oferecida nos serviços de referência (SMSDCRJ, 2002).

Se alguém bater agora na porta e disser: “Vim tirar um siso”, por exemplo, “vim fazer um canal desse incisivo aqui”. Não vai acontecer. Só com guia de referência e contrarreferência (CDCEO2).

É importante ressaltar a existência de um fluxo especial para pessoas que necessitem de encaminhamento urgente para os CEO decorrente de suspeita de câncer de boca. Nestes casos, a unidade básica entra em contato direto com o CEO e não existe a necessidade de realizar a solicitação e aguardar aprovação pelo SISREG, apenas o

preenchimento do Formulário de encaminhamento que será levado pelo usuário à unidade executante (guia de referência e contrarreferência) (SMSDC, 2002; CMSB; CSB e CDR A.P. 3.1; GCEO1 e 2; CDeSB3 e CDT6).

Todavia, segundo um dentista de APS entrevistado, existe demora para início do tratamento do câncer, pois a referência para o sistema municipal de saúde é um serviço federal cujas vagas não são reguladas pelo SISREG.

É bom falar sobre isso porque, às vezes, é possível obter o diagnóstico em 15 dias: “Câncer bucal”. Mas para tratar é outra história. Não depende da gente, nem do processo da CAP 3.1. O tratamento [do câncer bucal] que é o nó (CDeSB3).

6.3.4 Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos dentistas da A.P 3.1

A avaliação da necessidade de encaminhamento de pacientes da APS em saúde bucal para o CEO é realizada, prioritariamente, pelo dentista regulador e o coordenador de SB da A.P. 3.1 durante a análise das solicitações de encaminhamento feitas no SISREG. Essa prática também é desenvolvida pelos dentistas de CEO durante a primeira consulta odontológica especializada (CSB e CDR A.P. 3.1; CDCEO1 e 2; Registro de campo). De certa forma, essa avaliação na APS ocorre no ato da realização da solicitação. Se houver a necessidade de flexibilizar o protocolo, o dentista de APS tem a possibilidade de justificar isso na solicitação (CDeSB4).

Entre as diretrizes do programa Carioca Rindo à Toa (2002), é reiterada a necessidade de obedecer os protocolos clínicos para regulação assistencial “para um bom funcionamento dos Serviços e para que não fiquem dúvidas sobre o fluxo dos pacientes dentro da rede de saúde, reforçamos a necessidade de que estas normas sejam rigorosamente cumpridas” (SMSDC, 2002: 3), pois “os Serviços de Referência estão organizados para realizar os tratamentos de pacientes com necessidade já diagnosticada e não para avaliar a pertinência do procedimento” (SMSDC, 2002: 8). Isto é, os profissionais desses serviços não devem realizar o trabalho de consultoria para os dentistas de APS.

Em caso de inadequação ao protocolo visualizada pelo regulador no SISREG, a solicitação pode ser “negada” ou marcada como “pendente” até que o dentista solicitante visualize as dúvidas do regulador sobre o encaminhamento e as esclareça em um campo disponível para preenchimento no próprio sistema de regulação.

Nos CEO, os dentistas são orientados a preencher a parte destinada à contrarreferência do formulário de encaminhamento expondo a inadequação e orientar o paciente a retornar para sua unidade de saúde de origem (Carioca rindo à toa- SMSDC, 2002). Além disso, alguns dos dentistas de CEO informaram anexar à contrarreferência uma cópia do protocolo clínico de sua especialidade para o dentista de APS (GCEO2; CDCEO3 e 4).

Conduta dos dentistas de CEO em caso de inadequação dos casos encaminhados aos protocolos clínicos

Devolvo, não tem mais nada a fazer. Em alguns casos, quando percebo que o paciente está totalmente fora do protocolo, eu mando uma cópia do protocolo pro colega que encaminhou (CDCEO4).

Em toda reunião se discute sobre os protocolos. Inclusive, quando o caso vem muito fora, nós grampeamos o protocolo e enviamos junto com a guia de contrarreferência. (GCEO2).

Na APS, apenas uma dentista entrevistada afirmou desenvolver estratégia específica para avaliação da pertinência dos encaminhamentos que realiza. Trata-se do agendamento de uma rápida consulta quando a vaga no CEO é disponibilizada no sistema para verificar as condições do paciente antes de entregar o formulário de encaminhamento e comprovante de agendamento. Caso a situação do paciente não esteja mais de acordo com as diretrizes expressas no protocolo para a especialidade encaminhada, a entrevistada afirmou cancelar o agendamento.

Consulta de revisão na APS antes da consulta no CEO

Assim que sai a vaga, eu peço que o paciente venha aqui porque gosto de ver se ainda está com curativo. Não está demorando para sair a vaga. Mas às vezes o paciente come alguma coisa, cai o curativo e vai lá no CEO com o dente aberto e sujo. Por isso eu peço que ele venha para eu ver se está tudo certo (...) Já aconteceu, em outra unidade que trabalhei, do paciente chegar com o dente fraturado. O que eu pude fazer foi entrar em contato com quem regulava e falar: “Olha, não vai poder ir”. Enviei até um e-mail (CDeSB1).

De acordo com os entrevistados, apesar de ainda ser uma questão relevante, a quantidade de encaminhamentos realizados em desacordo com os protocolos clínicos tem diminuído nos últimos anos (CSB A.P.3.1; GCEO2; CDCEO3 e 4;). Quando questionados sobre os possíveis motivos para realização de encaminhamentos fora da norma por alguns dentistas de APS, os dentistas de CEO se referiram a orientações anteriores da C.A.P 3.1 para flexibilização dos protocolos (GCEO1), pouca responsabilização dos dentistas de APS em relação à resolução dos casos (CDCEO1; GCEO3), rotatividade de dentistas nas unidades de básicas de saúde (CDCEO4) e a

demora entre a solicitação e a data agendada para a consulta especializada (GCEO1).
Sobre este último,

O elevado tempo de espera produz inadequações aos protocolos clínicos

Por exemplo, o paciente veio, mas ele demorou uns 2 ou 3 meses para conseguir a vaga. Assim, quando ele chegou aqui, o dente estava todo quebrado, cheio de cárie. Não quer dizer que o dentista de APS fez a indicação errada, apenas naquele momento a indicação já não serve mais (CDCEO1).

Alguns especialistas do CEO se declararam insatisfeitos por as regras dos protocolos não estarem sendo cumpridas e afirmaram formas distintas de lidar com essa questão. Alguns se recusam sistematicamente a realizar o tratamento solicitado, devolvendo os pacientes para, frequentemente, sofrerem exodontias nas unidades de APS solicitantes.

Insatisfação dos dentistas de CEO com o não cumprimento dos protocolos clínicos

Eu lido com isso explicando para o paciente o que é o tratamento endodôntico, explicando a necessidade e a importância de fazer uma restauração adequada para que o tratamento funcione e não traga problemas no futuro. Eu pergunto: “Você pode fazer essa restauração protética?” Se o paciente fala que pode, eu faço. Se fala que não pode, eu faço uma radiografia para mostrar ao dentista solicitante, escrevo porque o paciente está retornando, explico que é um paciente que não tem condições de fazer uma restauração e reencaminho ao posto de saúde de origem. Tudo o que eu escrevo na contrarreferência, anoto no prontuário (CDCEO5).

Não estou dizendo que está errado, pode ser até idealismo da pessoa, mas estão querendo salvar dentes que não tem condições de salvar. Não tem como. Às vezes, nem o paciente quer salvar o dente. (GCEO2)

Outros especialistas buscam construir alternativas para resolução dos problemas dos pacientes, sendo mais flexíveis com relação aos protocolos clínicos para regulação estabelecidos.

Flexibilização dos protocolos por alguns especialistas

Eu sou um pouco elástico. Tem colegas que são um pouco mais rígidos. Não é que está errado, mas eu acho que temos que entender um pouco também a população (CDCEO2).

Não conta para minha produção, mas eu acabo fazendo. São poucos casos. Deveria mandar de volta o paciente, mas como não gosto de fazer isso com as pessoas, eu procuro resolver logo de uma vez (CDCEO3).

A gente faz um pouquinho além do que o protocolo clínico preconiza, por causa da experiência clínica adquirida nesses anos de atuação (CDCEO6).

Entre os dentistas de APS, foram frequentes as queixas sobre a rigidez na aplicação dos protocolos clínicos para aprovação das solicitações e realização dos tratamentos especializados. Os entrevistados destacaram em suas falas casos de crianças e adolescentes com necessidade de tratamento endodôntico em dentes permanentes negados por terem sido inelegíveis segundo os critérios clínicos estabelecidos para endodontia (CDeSB3, 4, 5 e 6).

Queixas dos dentistas de APS sobre a rigidez na aplicação dos protocolos clínicos

Nós temos muita dificuldade com isso. Inclusive, dois pacientes de endodontia que foram devolvidos. Eram crianças com dentes permanentes que por um pedaço da parede dental fraturada retornaram para fazermos exodontia. É muito difícil você condenar um dente permanente numa criança de 10, 11 anos por causa de um pedaço de parede do dente (CDeSB5).

É importante ressaltar que, até a conclusão do período de realização dessa pesquisa em 2015, não era oferecida qualquer alternativa de reabilitação protética pela rede de serviços odontológicos da A.P 3.1, e a maior parte das inadequações aos protocolos relatadas pelos dentistas entrevistados, são atribuíveis a casos em que não seria o mais adequado reabilitar o paciente a partir das técnicas e materiais restauradores disponíveis nos serviços odontológicos de APS (procedimentos odontológicos básicos).

Indisponibilidade de próteses dentárias

Não adianta querer exigir mais se não tem prótese e uma série de outras coisas. Isso para mim é balela porque o paciente não vai ter condições de fazer uma restauração satisfatória para o dente na rede. Eu também trabalho com prótese e tenho uma noção boa do que é restaurar um dente com sucesso. Não adianta fazer um protocolo desse e depois chegar na rede e botar uma resina que não é de boa qualidade. Você vai acabar perdendo o dente, com certeza (CDCEO4).

Além disso, é importante destacar que alguns dentistas da A.P 3.1 condicionam a realização dos encaminhamentos e tratamentos ao compromisso do paciente buscar uma clínica privada para realizar a reabilitação protética, inclusive, elaborando termos de compromisso para serem assinados. Essa conduta não é recomendada em nenhum dos protocolos clínicos para regulação assistencial estabelecidos pela SMSDC.

Exigência de compromisso do paciente com a realização da reabilitação protética

[...] por exemplo, se eu tenho uma criança de 12 anos com o primeiro molar permanente inferior que tem que tratar endodôntico, mas tem que fazer uma prótese, a própria saúde bucal também me dá essa flexibilidade. Na guia explicando isso que eu já expliquei que tem que fazer o tratamento protético e aí se a pessoa concordar a gente vai fazer um termo aqui, dizendo que ela foi orientada, direitinho, para não ter problema. Porque aí o prejuízo da criança é muito maior. Né? (CDeSB4).

Eu vejo que os especialistas ficam descontentes de não estarem aplicando os protocolos. Então começamos a trabalhar de forma que o paciente e o dentista de atenção básica também dividissem a responsabilidade: OK, O dente está fora do protocolo, mas a gente pode fazer mediante você se comprometer em colocar uma restauração protética. Nesses casos, temos abertos exceções. Quando existe o interesse do paciente buscar uma restauração fora do que a rede oferece (GCEO3).

Às vezes, um paciente chega aqui com um dente que só tem uma raiz, que tem que colocar um pino, tem que fazer uma coroa. Pela prefeitura, esse dente não se enquadra no protocolo. Eu não tenho que fazer. Só que aí vai a questão do bom senso. Se aquele paciente chega para você e fala: “Olha só, eu vou fazer ali na clínica particular. Já vi que está 100 reais e vou parcelar em 10 vezes”. Eu faço. Porque eu não vou deixar o cara com o dente quebrado só porque a prefeitura também não vai dar a prótese, porque não vai dar nada para ele (CDCEO1).

Para o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, os protocolos clínicos, implantados em 2001 e modificados em 2006, precisam ser novamente revistos, principalmente, pelas transformações ocorridas no modelo assistencial com a expansão dos serviços odontológicos de APS na cidade a partir da ESF. Todavia, não há previsão para que essas modificações aconteçam.

6.3.5 Comunicação ao usuário do agendamento da consulta no CEO

A responsabilidade de avisar os usuários sobre o agendamento para as consultas especializadas é da unidade de APS solicitante e as maneiras como esse procedimento ocorre, variam conforme o tipo de unidade de APS.

Nas clínicas da família, a recomendação existente é a de que os dentistas de eSB verifiquem a aprovação de suas solicitações no SISREG e disponibilizem os formulários de encaminhamento e comprovantes de agendamento das consultas no CEO para que os Agentes Comunitários de Saúde comuniquem os usuários e entreguem esses documentos em visitas domiciliares ou solicitando o comparecimento dos usuários aos serviços de saúde para buscá-los (CSB e CDR; CDCEO1; CDeSB4; CDeSB5). Porém,

após estudo realizado pela coordenação de saúde bucal da A.P 3.1 foram percebidas falhas nessa comunicação. Verificou-se que os pacientes não eram comunicados a tempo de comparecer à consulta agendada, fato que potencializava a quantidade de faltas no CEO (CSB; CDR; GCEO2).

Problemas na comunicação sobre os agendamentos aos usuários pelos ACS

Tem um problema em algumas unidades. O agente comunitário não avisa ao paciente. Não entrega ou não acessa o sistema. Diz que às vezes deixou debaixo da porta, ou deixa na véspera (GCEO2).

Desde então, as eSB passaram a ser estimuladas a comunicarem diretamente seus pacientes sobre os agendamentos, o que foi observado nas clínicas da família (lembrando que estas unidades foram escolhidas pelo coordenador de saúde bucal para participarem dessa pesquisa). Nelas, os dentistas de eSB afirmaram que o contato com os pacientes tem sido realizado por um dos integrantes da eSB (dentista, ASB ou TSB) via telefone.

Comunicação do agendamento no CEO pela eSB

[...] Olha, saiu a sua vaga para o dia tal, você vai ter que vir aqui buscar. Apareça aqui para pegar esse papelzinho”. Nós entregamos os papezinhos (comprovante de agendamento e formulário de encaminhamento) e, dali em diante, fazemos o controle no nosso livro. (CDeSB3).

Nas unidades mistas (do tipo B), o Núcleo Interno de Regulação é o responsável por comunicar o paciente e, em geral, esse contato ocorre por telefone. Mas as unidades têm autonomia para se organizarem da melhor maneira (CDT2). Um exemplo, são as eSB que entram em contato direto com o paciente por telefone, outras preferem que isso seja feito pelo ACS nas visitas domiciliares.

Todos os seis usuários entrevistados para o procedimento de validação das trajetórias assistenciais realizado nessa pesquisa relataram terem sido avisados sobre o agendamento de suas consultas no CEO por Agentes Comunitários de Saúde, indicando que é possível para os ACS realizarem esse aviso, e que talvez esta seja a forma mais efetiva.

Entre os problemas apontados pelos entrevistados na realização dessa comunicação estão as dificuldades dos ACS para comunicar os pacientes (CSB A.P.3.1; GCEO1), para realizar contatos telefônicos a partir dos números disponibilizados pelos usuários em seus cadastros (CSB A.P.3.1;) e pouco tempo para comunicar as datas de consultas para os pacientes (GCEO1; CDeSB2).

Ressalta-se que não há um sistema de *reminder* para lembrar a data da consulta especializada um ou dois dias antes de sua realização. Isto poderia contribuir para a diminuição do absenteísmo e redução da ociosidade. O tempo mínimo para que o dentista regulador disponibilize vagas no sistema para as unidades de APS é de uma semana, exceto quando é possível entrar em contato direto com o paciente para oferecer vagas ociosas por falta de procura em datas mais próximas (CSB e CDR A.P.3.1).

Sempre quando aparece uma solicitação a gente costuma dar uma semana. A não ser que eu ligue pra a pessoa e pergunte: “Tem para depois de amanhã. Quer ir? Tem que ir amanhã na unidade buscar”. Fica um pouco corrido. As pessoas, às vezes, preferem esperar um pouquinho mais pra se organizar (CDR A.P.3.1.).

A partir do comparecimento na primeira consulta odontológica especializada, os agendamentos para as consultas de retorno ou de revisão dos tratamentos passam a ser responsabilidade dos dentistas de CEO na gestão de suas agendas pessoais. Os pacientes, salvo situações imprevistas, são marcados sempre para o mesmo dentista até a conclusão do tratamento (CSB; GCEO1, 2 e 3; CDCEO 1,2,3,4,5 e 6).

Apesar de existirem recomendações nos protocolos clínicos do “Carioca Rindo à Toa” (SMSDC, 2002) sobre duração e número máximo de consultas de retorno para as especialidades de endodontia e periodontia, os dentistas de CEO disseram ter autonomia para construir os planos de tratamento para seus pacientes conforme a necessidade apresentada. “Nós também temos liberdade para marcar quantas consultas quisermos. Não tem aquela obrigação de terminar em uma, duas, ou três sessões” (CDCEO1).

6.3.6 Monitoramento de filas de espera para atenção especializada pela C.A.P, CEO e equipes odontológicas de APS

O monitoramento das listas de espera para as especialidades odontológicas oferecidas nos três CEO da A.P 3.1 é realizado via SISREG e a responsabilidade por esta atividade pode ser compartilhada entre os profissionais reguladores (regulador de nível central de saúde bucal, coordenador de saúde bucal e dentista regulador da A.P 3.1) e os gerentes de cada CEO (CSB e CDR A.P.3.1; GCEO1, 2 e 3; Registro de campo).

No período em que foi realizado o trabalho de campo dessa pesquisa, não havia solicitações aguardando agendamento para consultas odontológicas especializadas no SISREG. Isto é, todos os pacientes cujas solicitações foram aprovadas durante o processo de regulação haviam sido agendados para um período de espera de até três

meses. Além disso, havia vagas ociosas para as especialidades oferecidas, que caracteriza oferta de vagas maior que o número de solicitações realizadas pelos dentistas de APS (CSB; CDR; Registro de campo; SISREG).

Para zerar as listas de espera para as especialidades odontológicas, as estratégias desenvolvidas na A.P 3.1 mencionadas pelos entrevistados foram:

- Melhor controle pelos gerentes de CEO do quantitativo de vagas para pacientes novos disponibilizadas pelos especialistas (CSB e CDR A.P.3.1;
- Redução da carga horária para realização de procedimentos odontológicos básicos por dentistas lotados no CEO para maior dedicação a atendimentos especializados – aumento da oferta de vagas pelo CEO por meio da ampliação de carga horária destinada para atendimentos especializados por alguns dentistas que antes realizavam procedimentos odontológicos básicos (CSB);
- Regionalização dos agendamentos – prioridade para realização dos agendamentos para os CEO situados nos subsistemas de origem das unidades de APS (CSB; CDR);
- Em uma das unidades de APS visitadas durante a pesquisa, o encaminhamento de pacientes da rede municipal para a rede pública federal;

“A endodontia tem diminuído bastante o tempo de espera, a média é de dois meses. Para exodontia já está demorando mais e infelizmente a gente encaminha para o hospital federal. Lá tem sido mais rápido” (CDT3).

- Discussão sobre os protocolos clínicos para regulação assistencial nos Fóruns de rede reunindo representantes dos dentistas de APS, gerentes e dentistas de CEO e gestores de saúde bucal da A.P 3.1 (CSB; CDR)
- Maior rigidez no cumprimento dos protocolos clínicos de regulação para avaliação das solicitações pelos reguladores e realização dos atendimentos nos CEO (GCEO1; CDCEO1, 3 e 4).

Nós ficamos mais criteriosos em relação ao cumprimento do protocolo, para não perder o nosso tempo e deixar de atender um paciente que tem maiores chances de sucesso no tratamento. É isso que temos feito: Excluímos aqueles pacientes que não se enquadravam exatamente no que está no protocolo (CDCEO1).

- Incorporação de tecnologias e técnicas mais modernas, capazes de otimizar o tempo clínico dos tratamentos especializados como instrumentos rotatórios²² para endodontia;

Dois fatores: Primeiro, selecionar de uma maneira mais adequada aos protocolos, os pacientes a serem encaminhados. Segundo, o aparelho rotatório. Agora, o outro endodontista que trabalha aqui e eu trabalhamos mais rápido. Após duas horas de tratamento endodôntico em um molar já damos alta (CDCEO4).

Expansão do período máximo para agendamento de consultas no SISREG para três meses por determinação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) (CDR; GCEO3);

Quando a gente abre a agenda para três meses por ordem do Secretário de saúde é porque quer “limpar a tela”. Só que ainda temos vagas disponíveis sem paciente para ser encaminhado. Hoje a fila da Endodontia não chega a dois meses a partir do momento em que o paciente é inserido no sistema. Para periodontia, nós temos ociosidade de vagas, então a data agendada é quase imediata. Para ortodontia, a última informação era entre 20 dias e um mês (GCEO3).

Na perspectiva dos entrevistados essas iniciativas têm sido bem sucedidas, uma vez que as solicitações inadequadas, os casos encaminhados devolvidos pelos CEO para a APS diminuíram e, conseqüentemente, reduziram-se as filas de espera por diminuição da demanda.

O tempo de espera, ou seja, período que decorre entre a aprovação da solicitação pelo regulador e a data agendada para realização da consulta odontológica especializada, também foi reduzido a partir da implementação dessas medidas com destaque, segundo alguns entrevistados, para a regionalização dos agendamentos e maior rigidez no cumprimento dos protocolos clínicos de regulação (CSB; CDR; GCEO1, 2 e 3; CDCEO; CDeSB; CDT).

Os tempos de espera para uma consulta especializada estimados pelos dentista regulador e coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 com base em relatórios do SISREG foram três meses para cirurgia oral menor, dois meses para endodontia, vinte dias para ortodontia, dez dias para estomatologia, uma semana para periodontia e atendimento de pacientes com necessidades especiais menores de idade (para maiores de idade a unidade de referência encontrava-se fechada) (CDR; CSB; Registro de campo).

²² Instrumentos de alta rotação que substituem os instrumentos manuais e reduzem o tempo clínico de preparo dos canais radiculares em tratamentos endodônticos.

Trata-se de um cenário bastante distinto daquele descrito na introdução dessa pesquisa em que, no ano de 2012, a espera por uma vaga para endodontia poderia chegar a cinco meses. Assim, em algumas especialidades, passou-se da espera que durava meses para a existência de vagas sem procura.

Redução dos tempos de espera para consultas nos CEO

No final de 2012 já com a lógica da regulação descentralizada para a coordenadoria de A.P., chegamos a ter oito meses de espera para a especialidade de endodontia, por exemplo. Hoje o máximo que se espera para endodontia são dois meses, com pequenas variações entre os CEO (CSB).

Diminuiu bastante. Houve uma época, se não me falha a memória, em que o tempo de espera por uma vaga chegava a cinco meses. Hoje em dia já caiu para cerca de dois meses. Graças a redução das filas de espera (CDCEO4).

No começo do ano passado [2013], a fila estava bem longa. Mas agora, eu não considero uma fila de dois meses longa porque eu já vi essa coisa bem pior. Pacientes que chegavam aqui (no CEO) para serem atendidos cujo dente para o qual foi solicitado o tratamento especializado já havia quebrado. Não dava para fazer o tratamento endodôntico devido ao tempo de espera que os pacientes enfrentavam (CDCEO4).

Chama atenção a situação da periodontia, a especialidade odontológica menos solicitada pelos dentistas de APS. Um dos entrevistados atribui esse quadro a problemas no diagnóstico das doenças periodontais e pouca valorização da especialidade pelos dentistas de APS (GCEO3). Cabe ressaltar que a dificuldade enfrentada pelos usuários para acessarem os serviços odontológicos de APS pode ter influência sobre essa situação, uma vez que as doenças periodontais frequentemente não configuram urgências odontológicas.

Pequena quantidade de encaminhamentos para a especialidade de Periodontia

Os dentistas de APS não estão diagnosticando as doenças periodontais e por isso o protocolo dessa especialidade não é muito colocado em prática. Por exemplo, deveriam ser encaminhados apenas dentes com bolsas periodontais acima de seis milímetros, porém, nós aceitamos com bolsas de três mm por não ter demanda. Deixamos o protocolo na gaveta (GCEO3).

Como mencionado, os agendamentos para todas as especialidades são realizados com um mínimo de sete dias para a data da consulta, tempo considerado hábil pela coordenação de saúde bucal para que o paciente possa ser avisado pela unidade de APS de origem e comparecer à consulta especializada no CEO. As exceções ocorrem quando

é possível para o dentista regulador entrar em contato com os pacientes agendados para oferecer uma vaga disponível em um período menor (vagas ociosas no sistema) (CDR).

Os efeitos da expansão dos serviços odontológicos de APS ocorrida entre 2009 e 2013 sobre os tempos de espera não foram percebidos por dois dos dentistas especialistas (CDCEO1 e CDCEO). Para os demais dentistas, gerentes de CEO e gestores de saúde bucal da A.P 3.1 em um primeiro momento, os tempos de espera aumentaram, em seguida, com as medidas anteriormente citadas para redução desses tempos e estabilização do número de equipes de saúde bucal, eles se reduziram significativamente (CSB; CDCEO4; GCEO1 e 3; CDeSB1).

Efeitos para os tempos de espera da expansão das eSB na A.P 3.1

No final de 2012, vínhamos de um momento de franca expansão dos serviços odontológicos de APS e isso, certamente, teve impacto no aumento dos tempos de espera. Por exemplo, chegamos a ter um tempo de espera oito meses para endodontia. De 2012 até hoje, a rede da A.P 3.1 ficou praticamente estabilizada em expansão de equipes. O número de equipes de 2012 pra 2014 é praticamente o mesmo. Mas conhecendo melhor a demanda, conseguimos adequar a nossa oferta (CSB).

Houve sobrecarga de trabalho porque houve expansão e aumento da demanda (GCEO 1).

Ampliou-se a rede básica, mas não foi ampliado o número de CEO. Então continuamos com praticamente o mesmo número de profissionais de cinco anos atrás (GCEO3).

No início demorava bastante porque era muita gente, e acho que não havia tantos profissionais também nos CEO. Mas agora está muito mais tranquilo” (CDeSB1).

6.3.7 Monitoramento das faltas às consultas programadas nos CEO

O monitoramento das faltas dos usuários às consultas especializadas pode ser realizado via SISREG pelos reguladores ou pelos gerentes e dentistas nos CEO por meio de relatórios produzidos a partir das agendas.

Quando o paciente não comparece à primeira consulta na data agendada, o número chave no comprovante de agendamento não é inserido no sistema que interpreta esse evento como falta (CSB; CDR; GCEO1, 2 e 3; CDCEO3). Todavia, este registro não é feito sistematicamente por não haver computadores disponíveis para utilização dos gerentes nos CEO da A.P 3.1. Para o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, a não confirmação do comparecimento de pacientes às primeiras consultas no CEO por meio da inscrição do número chave pelos gerentes de CEO no sistema de regulação, em um

determinado período, pode ter contribuído para que a quantidade de usuários faltosos se apresentasse superestimada no SISREG.

Isso já foi um problema aqui na A.P 3.1, hoje não é mais. Por exemplo, um usuário ter sido atendido e por algum motivo não ter sido prontamente registrada no sistema a confirmação da consulta dele. Isso produzia um número excessivo de faltas (CSB).

O monitoramento das faltas pelos gerentes e dentistas de CEO pode ocorrer tanto para ausência dos usuários às primeiras consultas quanto nas faltas ocorridas em consultas posteriores durante a realização dos tratamentos. No primeiro caso, o número de chave não é confirmado pelos gerentes no SISREG, no segundo, os dentistas acompanham a frequência dos pacientes a partir de suas agendas individuais (CSB; CDR).

Para o monitoramento das faltas em consultas posteriores, por vezes, é solicitado aos gerentes de CEO que produzam relatórios para serem enviados à coordenação de saúde bucal da A.P 3.1, uma vez que essa informação não pode ser visualizada no SISREG. Essas informações têm subsidiado algumas intervenções da gestão de nível local junto aos dentistas de APS (GCEO1, 2 e 3).

Foi realizado um levantamento pelos CEO em que foram identificadas as unidades de APS solicitantes com o maior número de pacientes faltosos. Esse relatório foi encaminhado para a coordenação de saúde bucal da A.P 3.1 que identificou e investigou os profissionais responsáveis por estas solicitações (GCEO3).

Nos CEO, as informações sobre os pacientes que faltam às primeiras consultas ficam registradas na relação de agendados para as especialidades odontológicas. Caso a falta seja de uma consulta no decorrer do tratamento, os dentistas ou gerentes de CEO podem entrar em contato com o paciente para o agendamento de uma nova data. Porém, é importante ressaltar que não existem diretrizes registradas nos protocolos clínicos de regulação assistencial sobre o número de faltas permitidas aos pacientes ou a quantidade de tentativas de contato que devem ser realizadas pelos dentistas ou gerentes para reagendá-los. Os critérios utilizados para isso são individuais (CSB; CDCEO2; SMSDC, 2002).

Nos serviços odontológicos de APS não é possível monitorar as faltas às consultas no CEO. Para os dentistas desse nível assistencial, só é possível saber se o paciente faltou à consulta especializada se ele retornar para fazer uma nova solicitação (CDeSB2 e 3; CDT1, 5 e 6). Os motivos e possíveis obstáculos à acessibilidade que

podem influenciar nas faltas às consultas odontológicas programadas, tanto na APS quanto nos CEO, serão apresentados no item “Acessibilidade aos serviços odontológicos de APS e CEO” dos resultados dessa pesquisa.

Na tabela a seguir, é possível observar o percentual de usuários agendados para endodontia cujo número de chave não foi confirmado no SISRREG nos três CEO entre os anos de 2010 e 2014. É importante lembrar que esse procedimento de confirmação é realizado pelos gerentes dessas unidades e os pacientes cujos números não foram confirmados são considerados faltosos.

Tabela 6: Número de agendamentos, confirmações e porcentagem de usuários agendados não confirmados para consultas de Endodontia nos CEO da A.P. 3.1, entre 2010 e 2014, Rio de Janeiro/RJ

	Ano	Número de agendamentos	Número de confirmações	% de não confirmados
CEO1	2010	255	118	53,7
	2011	88	19	78,4
	2012	338	174	48,6
	2013	409	206	49,6
	2014	151	76	49,7
CEO2	2010	220	111	49,5
	2011	454	240	47,1
	2012	413	202	51,1
	2013	424	237	44,1
	2014	391	252	35,6
CEO3	2010	117	0	100
	2011	363	0	100
	2012	209	74	64,6
	2013	295	156	47,1
	2014	503	254	49,5

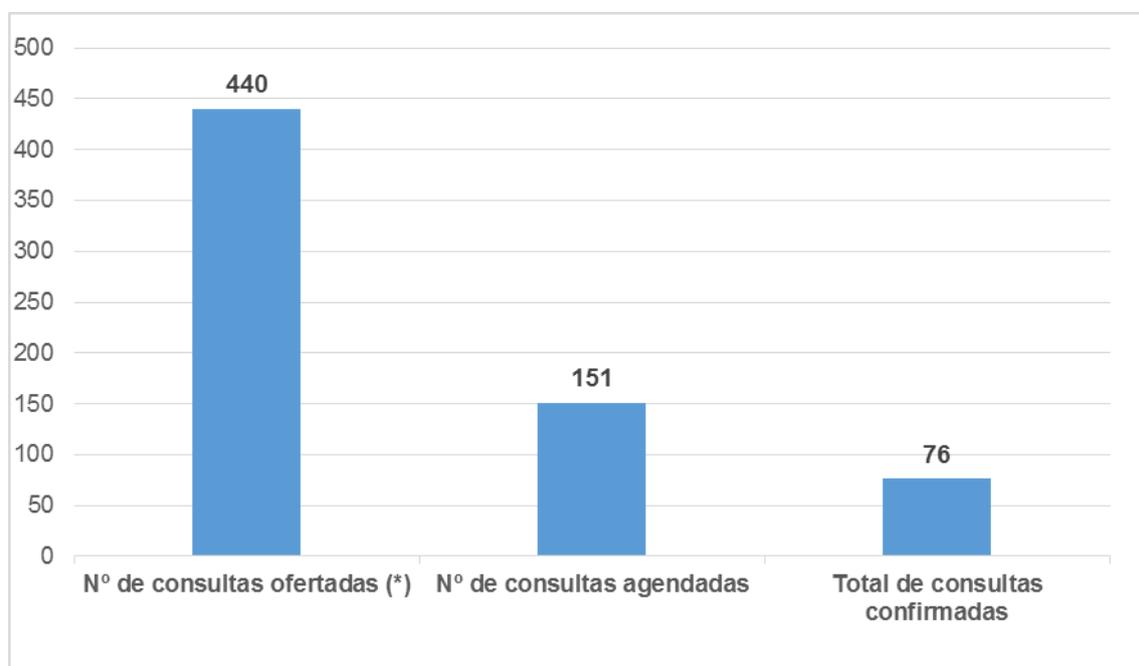
Fonte: SISREG, 15/01/2015.

O maior percentual de faltas às consultas de endodontia para os três CEO da A.P. 3.1 foi registrado em 2011 para o CEO1 (78,4%), período em que a prática de confirmação da realização das consultas ainda não estava bem implementada e o menor percentual para o CEO2 em 2014 (35,6%). Em 2014, todos os CEO conseguiram ficar abaixo da meta de 50% de faltas estabelecida pela coordenação de saúde bucal da C.A.P. 3.1 para a especialidade de endodontia²³. No entanto, esses valores foram considerados ainda elevados por todos os profissionais de saúde entrevistados.

²³ A meta estabelecida de 50% é um forte indicativo da magnitude do problema que o absenteísmo às consultas especializadas em endodontia possui. Indica que as faltas são avaliadas pela gestão como muito mais elevadas.

No CEO1 trabalham dois endodontistas oferecendo 40 vagas para consultas de primeira vez por mês. Pode-se estimar que em um ano de trabalho, são ofertadas pelas dois endodontistas 440 vagas, descontando-se um mês de férias. No ano de 2014, foram agendados apenas 151 usuários para consultas de endodontia nesse CEO, o que representa 34% do total de vagas oferecidas. Dos 151 agendados, apenas 76 foram confirmados nesse CEO, o que representa 17% do total de vagas ofertadas e 49,5% das vagas agendadas. Essas informações sugerem uma elevada ociosidade de vagas nesse CEO, como pode ser visto no Gráfico 1.

Gráfico 1: Número de consultas, ofertadas, agendadas e confirmadas em Endodontia no CEO1 da A.P. 3.1, no ano de 2014. Rio de Janeiro/RJ



Fonte: Para o número de consultas ofertadas, estimativa elaborada a partir de relatório sobre absentismo do CEO1 de Abril de 2014. Para o número de consultas agendadas e o total de consultas confirmadas, SISREG, 2015. Data do acesso: 15/01/2015.

Para um dos gerentes, apesar da redução em relação a períodos anteriores, os números de faltas dos usuários às consultas odontológicas nos três CEO da A.P. 3.1 ainda estão elevados e teriam demonstrado, recentemente, tendência de aumento. Impressão que se confirma ao visualizar a Tabela 6 para os CEO3 em que o percentual de consultas não confirmadas voltou a apresentar leve aumento em 2014, se comparado ao ano de 2013.

Nós vínhamos monitorando esses índices de faltas e eles eram muito altos. Com as medidas implementadas sofreram redução, porém agora eles estão voltando a aumentar (GCEO3).

As faltas às consultas odontológicas programadas de APS e CEO foram consideradas como uma questão relevante para a rede de atenção à saúde da A.P 3.1 por todos os profissionais entrevistados. Para um dos especialistas, essas ausências comprometem a dinâmica de trabalho realizada nos serviços odontológicos por provocarem ociosidade.

São problemas relevantes. Porque eu marco um tempo de acordo com a complexidade do procedimento cirúrgico. Quando o paciente eu perco aquele tempo (CDCEO3).

Outros especialistas afirmaram desenvolver estratégias para otimização desse tempo, como por exemplo, atuar em duas especialidades odontológicas ou utilizar esse tempo, quando possível, para concluir outros casos em um número menor de sessões. Porém, a produção de procedimentos especializados é comprometida (CDCEO2, 3 e 4).

Estratégias para otimização do tempo que ficaria ocioso por causa das faltas às consultas nos CEO

Não fico ocioso porque existe demanda, principalmente, para cirurgia oral menor. Se um paciente falta, faço dois procedimentos em outro paciente que compareceu para compensar o tempo. Apesar disso, eu poderia ter uma produção maior. As faltas comprometem a minha produção no GIL (Gerenciador de Informações Locais) (CDCEO2).

São dois pacientes marcados para mim no turno da manhã. Quando um deles falta é bom porque eu pego aquele de oito horas, ponho na cadeira e só vou receber paciente às dez horas. Com esse tempo, eu já dou alta para ele. Semana que vem se os dois vierem, dou alta ao primeiro, pego o outro que vai ocupar o lugar do retorno e também dou alta. Agora se os dois faltam aí o tempo fica ocioso. Hoje, por exemplo, eu cheguei às 7:30h e os dois pacientes faltaram. Arrumei tudo e fiquei esperando pelos dois (CDCEO 4).

Durante as entrevistas, foram mencionadas diversas estratégias para redução das faltas às consultas nos CEO desenvolvidas nos diferentes níveis assistenciais e de gestão como pode ser visto no Quadro 2. É importante destacar que a maior parte delas têm sido propostas para serem executadas pelos dentistas das unidades de APS da A.P 3.1, reflexo do diagnóstico feito pelos gestores de saúde bucal sobre os problemas desse nível assistencial em comunicar os usuários sobre as datas agendadas para suas consultas no CEO. Algumas outras estratégias têm sido realizadas por iniciativa individual dos dentistas de APS.

Quadro 2: Estratégias desenvolvidas para redução das faltas às consultas agendadas no CEO segundo o lugar de execução

APS	CEO	Gestão da C.A.P 3.1
<p>Entrega do formulário de encaminhamento e comprovante de agendamento no SISREG com 10-15 dias de antecedência (CDeSB1 e 5) / mais próximo da consulta;</p> <p>Destinar um momento no acolhimento dos pacientes de APS para discutir a importância de comparecer às consultas no CEO para o sucesso dos tratamentos (CDT1);</p> <p>Visitas aos pacientes faltosos pelos agentes comunitários de saúde e eSB (CDeSB1 e 3)</p> <p>Registro dos encaminhamentos realizados em um livro e busca pelos pacientes que não retornam com a contrarreferência (CDeSB3)</p>	<p>Envio de relatório sobre faltas para a coordenação de saúde bucal da A.P. 3.1 com identificação dos dentistas solicitantes cujos pacientes encaminhados apresentam maior número de faltas ((GCEO3; CDCEO4)</p> <p>Não agendar pacientes oriundos de uma mesma unidade de APS para um mesmo turno dos CEO (GCEO1; CDCEO1)</p> <p>Excluir o paciente faltoso do tratamento especializado no CEO (CDCEO5);</p>	<p>Cobrar maior rigidez na adequação aos protocolos (CSB; CDR).</p> <p>Realização de estudos para identificação de dentistas solicitantes cujos pacientes encaminhados apresentam maior número de faltas (CSB; CDR; GCEO2).</p> <p>Estimular os dentistas de APS a esclarecerem melhor os pacientes encaminhados sobre a importância do tratamento odontológico especializado e de comparecer à consulta agendada no CEO (CSB; CDR).</p>

As sugestões apresentadas por dentistas e gestores entrevistados para reduzir as faltas às consultas programadas nos CEO, que permanecem elevadas, apesar das tentativas e estratégias para redução foram:

- Qualificar e intensificar as ações que já têm sido desenvolvidas na A.P 3.1. Uma delas é a qualificação dos gerentes ou diretores das unidades de APS para compartilharem o monitoramento das faltas às consultas odontológicas especializadas com os gestores da C.A.P 3.1 (CDR; CSB);

Mais do que trazer medidas novas, nós temos de qualificar e intensificar as ações que já têm sido desenvolvidas na A.P 3.1. Uma estratégia que deverá ser intensificada é a qualificação da gestão no nível local para que o monitoramento dessas condições não seja de responsabilidade quase que exclusiva da gestão da C.A.P. 3.1. (CSB).

- Fortalecer o arranjo regionalizado em que cada um dos três CEO atende exclusivamente o subsistema em que se localiza (CDCEO1; CDeSB3);

Acho que a gente poderia tentar quando sai vagas pra Ilha não encaminhar pra Ilha. Encaminhar sempre dentro do mesmo subsistema (CDeSB3).

A minha sugestão é deixar o nosso CEO para atender somente os pacientes desse subsistema (CDCEO1).

- Maior aproximação dos dentistas de APS das unidades B dos profissionais do Núcleo Interno de Regulação que realizam as solicitações de encaminhamento e acompanhamento dos agendamentos no SISREG (CDT1);

Como a regulação não está em nossas mãos, nós acabamos perdendo um pouco do controle dela. Isso fica como uma crítica a nós dentistas mesmo. Então a estratégia que eu penso hoje seria essa: Uma maior aproximação do profissional administrativo que faz as solicitações no SISREG. Até por conta das constantes mudanças no quadro de pessoal, é importante conhecer e acompanhar o trabalho desses profissionais de perto (CDT1).

- Definição de um profissional administrativo para lembrar os usuários sobre as datas de suas consultas no CEO (CDCEO4);

Deveria existir um profissional administrativo para entrar em contato com esses pacientes alguns dias antes da data para qual foi agendada sua consulta no CEO (CDCEO4)

- Repasse sistemático das informações sobre faltas às consultas especializadas no CEO aos dentistas de APS para que possam procurar os pacientes e analisar os motivos da ausência (CDeSB1);

Eu não sei de que forma, mas a gente poderia saber quando faltou e quem faltou, né? Isso seria importante. Até para a gente, a partir daí, começar a analisar o perfil dessa pessoa que está faltando, porque está faltando (CDeSB1).

- Criar estratégias para substituição dos pacientes que sabidamente irão faltar à consulta no CEO em tempo hábil (CDeSB2; CDCEO3);

Se você já soubesse de antemão sobre a falta, poderia criar uma estratégia para enviar alguém no lugar. Poderíamos agendar alguém naquela vaga que sabidamente a pessoa não compareceria. Isso nunca se discutiu (CDeSB2).

- Melhor seleção dos casos a serem encaminhados, levando-se em conta também a motivação do paciente para se submeter ao tratamento especializado (CDCEO4 e 5);

Eu acho que os dentistas de APS deveriam selecionar melhor os casos. Inclusive, levando em conta o valor que o paciente dá ao seu elemento dentário. Se esse paciente não valoriza nada, você vê pelo estado da boca, é possível perceber se ele é um paciente cuidadoso. Se não tiver higiene, se não dá valor pros dentes você vai ficar fazendo canal para que? Vai ficar enxugando gelo? Não vai dar certo. (CDCEO4).

Ou a prefeitura viabiliza prótese para esses pacientes, ou a gente realmente, na minha opinião, deveria trabalhar mais dentro desse regulamento instituído inicialmente para que o serviço flua mais rápido. Eu particularmente ainda continuo achando que a gente não deveria fazer Porque a gente não sabe se esse paciente vai ter uma restauração adequada (CDCEO5).

- Disponibilizar próteses dentárias para os casos em que houver indicação (CDCEO5);

Assim como nós temos que dar importância a encaminhar o paciente, também é importante que ele receba uma resposta adequada à sua necessidade. Eu acho que ainda hoje se fala muito coisas do tipo: “Eu faria uma restauração extensa em amálgama ou em resina. Na verdade, nós sabemos que são improvisações que não atendem a necessidade dos pacientes. Existem restauração metálicas fundidas ou próteses fixas por uma determinada razão. O improviso não é uma alternativa de reabilitação adequada e de eficiência comprovada cientificamente para a necessidade de saúde apresentada pelos usuários encaminhados (CDCEO5).

6.4 Acessibilidade aos serviços odontológicos de APS e CEO

Antes da implantação dos 18 CEO na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2004, não havia serviço odontológico especializado na rede pública da cidade, apenas iniciativas pontuais de dentistas que realizavam tratamentos endodônticos, periodontais ou cirúrgicos em algumas unidades de APS. Para realização de exames radiográficos odontológicos, a rede contava com algumas unidades de referência (CMSB; CSB).

Os critérios para acesso e o número de vagas disponibilizadas para o atendimento odontológico especializado eram definidos pelas próprias unidades de saúde executantes, porém, os dentistas das unidades básicas frequentemente precisavam recorrer a outras instituições em que esses tratamentos eram realizados para encaminhar pacientes (CMSB; CSB; GCEO1 e 3; CDCEO1, 2 e 5).

Atenção odontológica especializada antes dos CEO

Já havia alguns serviços mas não era política pública. Um profissional de unidade básica que fazia muito bem o procedimento odontológico especializado: tratamento endodôntico, algumas cirurgias, entre outros. Isso acontecia em uma unidade ou outra em meados dos anos 2000 (CMSB).

Antes do CEO, praticamente não existia a atenção especializada em odontologia na A.P 3.1. Havia experiências pontuais. Os polos de endodontia. Também havia serviço de radiologia de referência para as unidades básicas. Nada muito além disso. A estruturação das especialidades se deu mesmo a partir dos CEO (CSB).

Aqui se fazia atenção básica mas nós tínhamos um Periodontista e um dentista que fazia cirurgias de siso. Não era uma coisa referenciada via sistema de regulação. Apesar de na época já existir a C.A.P, as outras unidades básicas mandavam os pacientes virem direto para cá (CDCEO2).

Antes do CEO, se eu estivesse com um paciente com exposição pulpar, tentava fazer um capeamento. Quando não tinha jeito, ou encaminhava esse paciente para tentar fazer um tratamento numa faculdade, SESC, SESI, ou em algum outro lugar em que a gente pudesse ter acesso. Mas era uma situação que não tinha retorno (CDCEO5).

Os três CEO existentes na A.P 3.1 foram implantados em serviços de saúde que anteriormente funcionavam como Postos de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e que, por concentrarem algumas especialidades médicas, haviam sido convertidos em Policlínicas com perfis assistenciais variados. Uma característica comum entre essas unidades era a presença de um serviço odontológico com dentistas generalistas ofertando procedimentos básicos à população residente nas proximidades.

Implantação dos CEO na A.P 3.1

Primeiro, existiam os PAM que se transformaram depois em policlínicas que atendiam pessoas acima dos 14 anos, por isso que aqui se tornou referência em adultos. Agora, temos o CEO (GCEO1).

No caso da A.P 3.1 eram 3 unidades de atenção secundária que ofereciam APS em saúde bucal. Naquele primeiro momento, apenas isso, pois essas unidades anteriormente eram PAM. Os dentistas que atuavam nessas unidades eram clínicos gerais (CSB).

Quando começamos aqui, só havia atenção básica. Mas antes disso, isso aqui era um PAM. Tínhamos plantões de 12 horas com escala. As pessoas vinham para arrancar dentes, medicar abscessos, apenas urgências odontológicas. Nessa época não oferecíamos outros tratamentos (CDCEO2).

Para compor o quadro de dentistas necessário ao funcionamento dos CEO, foram convidados alguns profissionais que já atuavam na rede municipal vinculados ao serviço público federal, estadual ou municipal e demonstravam interesse em exercer as especialidades odontológicas. Cabe ressaltar que o primeiro concurso público com vagas destinadas à contratação de dentistas especialistas na cidade do Rio de Janeiro foi realizado apenas em 2008.

Convite a dentistas que já estavam na rede da A.P 3.1 para atuarem como especialistas nos CEO

Eu sou funcionário do Ministério da saúde e fui emprestado para o município. O que ocorre é que na época começaram a ser implantados os CEO. Apesar de eu não ser especialista em cirurgia Bucomaxilo-facial, fazia há muitos anos cirurgias mais complexas. Tinha prática nisso. O único dentista que tinha mais experiência no assunto era eu. Para ninguém ser mandado embora para vir outro, eu me propus a fazer a parte de cirurgia. Há oito anos eu só faço isso (CDCEO3).

Até porque, o município até o ano de 2008 nunca havia realizado um concurso para seleção de dentistas especialistas. A primeira e última vez que isso aconteceu foi no concurso público de 2008. Isso foi consequência de um programa de organização da rede. Num concurso anterior, a gente teve a lotação de alguns profissionais especialistas em determinadas unidades já pensando na construção de polos de especialidades, anteriores aos CEOs. Por isso, logo que se implantou os CEO, todos esses profissionais que foram atuar no CEO já estavam nessas unidades da rede, alguns deles vinculados a rede municipal e outros cedidos pelo Ministério da Saúde que atuavam nos PAM (CSB).

Desde a implantação os três CEO da A.P 3.1 passaram por reformas e adequações. Atualmente (2014), estão em funcionamento nessa região dois CEO do tipo 2 (CEO 1 e 3) e um CEO do tipo 3 (CEO 2) (Registro de campo).

Este CEO é de 2004. Antes, não tínhamos nada parecido na rede. Os CEO desde a implantação passaram por algumas reformas para ampliação e adequação do setor. Recebemos equipamentos e aparelhos novos. Depois da última, esse CEO passou a contar com 6 cadeiras, treze dentistas, três auxiliares e um administrativo, todos estatutários. Ainda estamos longe do ideal, mas nesses dez anos evoluímos bastante. (GCEO3).

Segundo alguns entrevistados, a implantação dos CEO melhorou a acessibilidade à atenção especializada odontológica na A.P 3.1 por ter aumentado a possibilidade de pessoas em toda a região serem encaminhadas para as unidades de referência, ampliado a oferta de vagas para tratamentos odontológicos especializados, além de ter contribuído para qualificar os profissionais da rede.

A implantação dos CEO ampliou a acessibilidade aos tratamentos odontológicos especializados

Bom, eu acho que melhorou. Embora antes nós fôssemos referência para apenas sete ou oito unidades de saúde. Por isso o CEO hoje é mais concorrido. Mas de certa forma ele está mais acessível. Antes, só quem tinha acesso a essa unidade eram aquelas pessoas que estavam dentro da nossa área de cobertura. Hoje somos mais abertos. Por isso eu acho que melhorou bastante (CSB).

Depois dos CEO sim. Como melhorou! Nossa! Não tem comparação. Além disso, houve uma melhoria técnica fenomenal, incomparável. Porque a existência dos CEO contribuiu para qualificar os profissionais da rede como um todo (GCEO1).

A integração entre os dentistas de atenção primária e especializada melhorou com os CEO, apesar de ainda estar distante do ideal e necessitar de maior responsabilização, pois essa relação sequer existia antes (CSB; GCEO1; CDCEO1).

Todavia, para um dos dentistas de CEO, não houve mudanças significativas nessa relação após a implantação dos três centros de especialidades (CDCEO3).

A implantação dos CEO contribuiu para melhor integração entre os serviços odontológicos da rede

A integração entre os CEO e as unidades básicas melhorou, mas ainda está longe do ideal (CSB).

Como antes não havia nada, pode-se dizer que existe alguma cooperação hoje. Mas que ainda está longe do ideal, está. Porque eu frequentemente vejo acontecer situações como: “Vou mandar para o CEO e lá eles se viram com o paciente”. Ou, “Mas ele não falou? “Não falou nada sobre como seria o tratamento?”. Por isso eu acredito que nós ainda não estejamos trabalhando juntos (CDCEO1).

Não houve mudanças significativas para Integração

Vou te falar que o entrosamento não mudou muita coisa. Ainda é distante, quase inexistente (CDCEO2).

Dentistas e gerentes de CEO entrevistados afirmaram não ter percebido qualquer efeito para o acesso às suas unidades de saúde decorrente da ampliação das eSB nas clínicas da família. Contudo, para o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, essa expansão de serviços de APS ampliou o acesso e evidenciou uma demanda por tratamentos odontológicos especializados que anteriormente não era recebida nos CEO. Por este motivo, foram necessárias medidas organizacionais, já apresentadas no item 3 para responder a esse novo contexto.

Ampliação da demanda por tratamentos odontológicos especializados

Aumentou o acesso, mas por outro lado, trouxe um complicador que é uma demanda que até então não tínhamos. Por causa disso, precisamos adequar cada vez mais protocolos e outros dispositivos para organização dessa demanda (CSB).

6.4.1 Barreiras à acessibilidade dos usuários de CEO da A.P 3.1

Travassos e Martins (2004) em um artigo de revisão, afirmam que o termo acessibilidade é preferido pelos autores que trabalham com o tema do acesso compreendido como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população. Donabedian (1973) se insere nesse grupo de autores ao apontar que o conceito de acessibilidade compreende um conjunto maior de significados do que o de acesso, por se referir à oferta de serviços de maneira a responder às necessidades da população para além da simples disponibilidade de recursos em um determinado tempo e espaço.

Baseando-se na definição para acessibilidade de Donabedian (1973), Fekete (1996) descreve este conceito como “(...) a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las” (Fekete, 1996: 116). Para a autora, o foco de uma avaliação no desajuste entre as necessidades de saúde da população e a oferta de recursos assistenciais para satisfazê-las pode contribuir para identificação dos elementos que favorecem ou comprometem a obtenção da assistência (Fekete, 1996).

Nessa perspectiva, este estudo partiu do pressuposto de que as faltas às consultas programadas nos CEO podem ser decorrentes do desajuste entre as características dos serviços odontológicos da A.P 3.1 e as da população durante o processo de busca e obtenção de assistência à saúde bucal. Este desajuste entre oferta e necessidades da população, pode se materializar como absenteísmo e sugere barreiras à acessibilidade de natureza geográfica e sócio organizacional.

Assim, foi perguntado a dentistas de APS e CEO, gerentes de CEO e gestores de saúde bucal quais seriam os motivos das faltas às consultas odontológicas especializadas. Além disso, buscou-se reconstruir a trajetória dos usuários dos serviços odontológicos de APS (Clínicas da Família e unidades mistas) na perspectiva dos dentistas e gestores e sistematizá-la nos dois fluxogramas descritores anteriormente apresentados no item 3.

Um dos motivos de faltas mais citados por dentistas e gestores foi a distância percorrida pelos usuários para comparecerem às consultas nos CEO (CSB; GCEO1 e 3; AOSS2; CDCEO1; CDeSB2 e 5). A possibilidade de realizar agendamentos de pacientes oriundos de outras Áreas Programáticas também foi apontada como algo que pode contribuir para os elevados índices de absenteísmo registrados nessas unidades de saúde (CDCEO5).

Barreiras geográficas à acessibilidade

Nós temos algumas dificuldades, principalmente, em relação à acessibilidade para algumas especialidades que não temos em todos os CEO. A Ortodontia, por exemplo, ainda funciona no modelo de “polo de ortodontia”. Também é o caso da especialidade de Tratamento das disfunções Têmporo-mandibulares. Um serviço que atende a todo o município do Rio e, logicamente, teremos usuários se deslocando dos mais diversos locais para uma unidade que fica dentro de uma Ilha [...] Essa distância faz com que alguns pacientes não queiram vir às consultas (CSB).

A distância para nós é um problema. A maioria reclama muito da distância. Isso foi uma coisa que eu observei nessa entrevista que fiz

com uma usuária daqui que foi encaminhada para o CEO. Tem usuário que se falar que vai ser encaminhado para Ilha do Governador, não quer ir. Então a distância é um grande problema (CDeSB5).

Não, agora que nós estamos escutando mais sobre isso porque eles [os usuários] estão vindo de outras áreas. Mas, antigamente, a gente não escutava isso não. Agora que nós abrimos para outras áreas que não só a A.P 3.1, eu acho que aumentou o número de faltas (CDCEO5).

É importante lembrar que os agendamentos são prioritariamente realizados para o CEO mais próximo da residência do usuário. Todavia, agendamentos para outras regiões podem acontecer quando há procura por vagas ociosas de outras A.P no SISREG ou o encaminhamento é realizado para uma especialidade em que os CEO da A.P 3.1 servem de referência para todo o município, como por exemplo, o tratamento das disfunções têmporo mandibulares (Registro de campo).

Algumas questões relacionadas à organização da rede e dos serviços odontológicos da A.P 3.1 também foram apontadas como motivos de faltas dos usuários por dentistas e gestores. O funcionamento apenas em horário comercial dos CEO e as opções de horários para agendamento das consultas, frequentemente não são compatíveis com a disponibilidade das pessoas que possuem um emprego e buscam por assistência à saúde bucal (CDT1). Cabe ressaltar que no momento da realização da solicitação no SISREG, os usuários podem manifestar preferência por um turno para agendamento de sua consulta no CEO, porém não podem escolher o horário para atendimento. Além disso, nesses serviços odontológicos especializados não há atendimento noturno.

Impossibilidade de escolha dos horários pelos usuários e incompatibilidade com aqueles disponíveis nos CEO

Muitas vezes o horário de trabalho do adulto, não é compatível com o que horário eles disponibilizam. Muitas vezes nós [dentistas] temos o horário fechado e não disponibilizamos essa escolha. A disponibilidade dos horários, é um problema, principalmente para aqueles que trabalham fora. O homem e a mulher, hoje em dia, têm os horários muito fechados (CDT1).

Outro possível motivo para faltas às consultas em um dos CEO da A.P 3.1 é a necessidade de comparecer ao setor de registros da policlínica onde ele se situa para realizar a abertura do prontuário. Apenas após isso, o usuário poderá dar prosseguimento ao tratamento odontológico especializado em uma nova data a ser agendada. Essa prática, frequentemente, é motivo de reclamação por parte dos usuários desse serviço (GCEO1; CDCEO1).

Abertura de prontuário na policlínica

Eles [os usuários] reclamam da questão da abertura do prontuário porque vão ter de perder mais um dia [...] Por exemplo, se ele trabalha de manhã, ele só pode vir ao CEO para ser atendido à tarde. Ele vai ter que faltar um dia de trabalho para vir aqui de manhã abrir o prontuário. Ele não vai ser atendido nesse dia, vem só para fazer o prontuário depois volta para fazer o canal (GCEO1).

1ª. Consulta não resolutiva

Aí é aquela coisa: “Ah, mas a senhora não vai fazer nada hoje?” “Não, mas eu já fiz a sua anamnese, já fiz o seu exame, fiz a solicitação de abertura de prontuário”. Mas eles não querem saber, eles querem agilizar o tempo deles. [...] reclamam que têm que voltar para abrir prontuário (CDCEO1).

O principal problema de acessibilidade aos CEO na A.P 3.1 está no acesso aos serviços odontológicos de APS. Apesar da recente ampliação, a cobertura por eSB na cidade do Rio de Janeiro ainda pode ser considerada baixa e configura-se como uma importante barreira à acessibilidade dos usuários aos cuidados primários e especializados. Neste sentido, o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 pontua que as restrições para acesso na APS podem repercutir também para o acesso aos CEO. É importante lembrar que todas as vagas para os CEO são disponibilizadas no SISREG e apenas as unidades de APS podem realizar solicitações de agendamentos nesse sistema.

Baixa cobertura de APS em saúde bucal

Eu também acho que a dificuldade de acesso também passa necessariamente pela APS. Uma vez que nós ainda temos uma relação de profissionais por usuários cadastrados que não é a mais favorável para o acesso dessas pessoas. Em consequência disso, pode haver dificuldades para acessar a atenção especializada (CSB).

Por outro lado, a prioridade para cobertura da população mais vulnerável pelas eSB pode influenciar no absenteísmo aos CEO. Os serviços odontológicos de APS contam com certa autonomia para organizarem a porta de entrada para seus usuários, todavia, um aspecto comum é a utilização de algum critério de vulnerabilidade para eleição dos indivíduos (unidade B) ou famílias prioritárias (Clínicas da Família) para o atendimento clínico odontológico. Pessoas ou famílias em condição de maior vulnerabilidade teriam maiores dificuldades para comparecerem às consultas especializadas agendadas nos CEO por estarem mais sujeitas aos imprevistos decorrentes de uma dinâmica de vida menos estável (AOSS2).

Dinâmica de vida menos estável dos pacientes encaminhados

As pessoas que conseguem acessar o serviço (de APS em saúde bucal), em geral, são aquelas mais vulneráveis, ou seja, sujeitas a uma dinâmica de vida pouco estável e, por este motivo, mais sujeitas ao não comparecimento às consultas agendadas (AOSS2).

A falta de esclarecimento dos usuários pelos dentistas de APS sobre os tratamentos especializados a que serão submetidos no CEO também foi mencionada como motivo para faltas às consultas nas três unidades desse tipo existentes na A.P 3.1 (CSB; CDT1; AOSS; GCEO3). Um dos entrevistados ressaltou a responsabilidade dos dentistas de APS com a coordenação assistencial e propôs que seja melhor explicado aos usuários, por exemplo, as repercussões da perda de um elemento dentário como consequência da não realização de um tratamento endodôntico (AOSS2)

Esclarecimentos sobre a importância dos tratamentos odontológicos especializados para o restabelecimento da saúde oral

Porque, às vezes, o dentista diz ao usuário: “você tem uma consulta com o especialista(...)” Não explica mais nada. É preciso falar com o usuário sobre a importância de fazer esse canal, senão ele vai perder o dente e isso vai ter vários outros desdobramentos [...] A equipe de saúde bucal deve se responsabilizar mesmo pelo usuário[...] Não é isso que tem acontecido, poucos têm a visão de que é a atenção primária que tem que ver essa questão da coordenação (AOSS2).

Após estudo realizado pela coordenação de saúde bucal da A.P 3.1 verificou-se que havia falhas na comunicação do agendamento no CEO para os usuários, isto é, os pacientes não eram avisados ou não eram comunicados a tempo de se organizarem para comparecer à consulta odontológica especializada (CSB; CDR; GCEO1; GCEO3). Além disso, frequentemente não havia um telefone para contato com os usuários nas solicitações de agendamento realizadas no SISREG. Estes são fatores que também pode contribuir para que ocorram faltas às consultas nos CEO (CSB; CDR; GCEO1; GCEO3).

Falha na comunicação do agendamento para o CEO

Nós já fizemos aqui na CAP uma auditoria em que ligamos para os pacientes: “Vem cá, você foi avisado da consulta que seria realizada no dia tal?”. O paciente: “Não”. Não foi avisado ou avisaram em cima da hora: “Você tem uma consulta marcada para amanhã”, “É impossível, eu não tenho como ir amanhã” [...] Outra coisa que identificamos é a falta de contato telefônico da unidade de APS para avisar sobre o agendamento (CSB)

A região do Complexo do Alemão, apesar de ocupada por policiais militares das Unidades de Polícia Pacificadoras e tropas do exército brasileiro, frequentemente vivencia conflitos armados que impedem a população de comparecer às consultas em

dois do CEO que fizeram parte dessa pesquisa. Essa condição do território também foi mencionada durante as entrevistas como motivo de faltas dos usuários (GCEO3; CDeSB3).

Violência nos territórios

Muitas faltas se dão porque estava acontecendo tiroteio e os pacientes não conseguiam chegar. Isso é uma fala que nós já escutamos e ainda continuamos a escutar (GCEO3).

Nós estamos dentro de uma comunidade supostamente pacificada. Mas a pacificação não está completa. Vez por outra, nós sabemos de tiroteios. A população, às vezes, não vai por falta de coragem de sair de casa por causa dos tiroteios (CDeSB3).

As falas de alguns dentistas e gestores durante as entrevistas apontaram questões relacionadas aos usuários que poderiam contribuir para o elevado número de faltas às consultas nos CEO. Algumas dessas questões foram a desvalorização dos tratamentos odontológicos especializados atribuída à desinformação sobre os custos que estes procedimentos representam para o SUS (CDeSB4), o desinteresse dos usuários em se submeterem ao tratamento especializado após atendimento de urgência odontológica em uma unidade de APS (CDT4) e a desmotivação para dar continuidade ao tratamento no CEO (AOSS2; GCEO3; CDT1).

Valor do cuidado em saúde bucal para os pacientes e motivação para se submeter a um tratamento odontológico especializado

Eu acho que eles [os usuários] não têm noção de quanto custa o tratamento endodôntico. Não têm noção do quanto custa uma exodontia cirúrgica ou uma exodontia simples. Eles não têm noção [...] Eles banalizam a saúde oral. Isso eu vejo há dez anos (CDeSB4).

O problema é que esses caras [os usuários] procuram a unidade de saúde quando dói. Você vai e faz o acesso, aí tira a dor ou passa um remédio e eles somem. (CDT4)

Eu acho que a primeira coisa é explicar para o paciente o valor do tratamento, a importância de se manter o dente na boca, de fazer um tratamento de gengiva, ou de fazer o tratamento de canal. Eu acho que começa por aí no momento em que você dá as devidas orientações para o paciente. Se você sentir que o paciente não está interessado, ele vai ser um paciente que vai faltar à consulta (GCEO3).

Outras questões relacionadas aos usuários que podem contribuir para as faltas nos CEO são a perda do formulário de encaminhamento e comprovante de agendamento e esquecimento da data para qual foi agendada a consulta especializada quando a confirmação do agendamento é realizada com muita antecedência pelo profissional

administrativo do NIR, ACS ou algum componente da eSB (CDeSB1 e 5; CDCEO5; CDT3).

Esquecimento da data agendada para consulta no CEO

E um outro motivo é que muita gente esquece. A gente tenta fazer isso de entregar só dez dias ou duas semanas antes para diminuir essa possibilidade de falta, mas ainda assim eles esquecem (CDeSB5).

Perda do formulário de encaminhamento pelo usuário

[...] alguns pacientes faltaram porque eu entreguei a vaga [Guia de referência e contrarreferência e comprovante de agendamento do SISREG] com antecedência e eles perderam: “Ah, eu perdi aí eu não sabia qual era o dia”. Tem paciente que perdeu e veio aqui pedir uma nova guia (CDeSB1).

Também foram mencionados como possíveis motivos para faltas às consultas nos CEO: os problemas financeiros enfrentados pelos usuários (AOSS2; CDR; CDT1; CDeSB3), as dificuldades para conseguir liberação do empregador nos dias agendados para consultas (CDeSB3; CDCEO6) e problemas de saúde do usuário agendado ou de seu acompanhante (menores de idade) (GCEO3; CDCEO6; CDT5)

Como parte do procedimento de validação das trajetórias assistenciais, para visualização e avaliação das barreiras à acessibilidade dos usuários de serviços odontológicos da A.P 3.1, participaram seis usuários encaminhados por eSB nas salas de espera dos três CEO da região (dois por unidade). Durante a validação, todos os usuários entrevistados afirmaram ter enfrentado maiores dificuldades para agendar consultas nas unidades de APS do que nos CEO. Foram frequentes falas sobre os critérios rígidos de seleção dos pacientes na APS e a exigência de participação em atividades de grupo de educação em saúde bucal como pré-requisito para agendamento do tratamento odontológico (U1,2,3,4,5 e 6).

Dificuldades no acesso aos serviços de APS em saúde bucal

Eu insisti muito, mas lá [na clínica da família] diziam que nunca podia, nunca tinha vaga. Sabe? (U1)

[...] Foi difícil. Eu entrei na inscrição, participei da palestra, fiz avaliação e foi marcada a cirurgia (U2)

O acesso à odontologia na A.P 3.1 configura-se como burocratizado no local onde deveria ser mais fácil. As dificuldades mencionadas pelos usuários refletem questões relacionadas à organização dos serviços de APS que se configuram como barreiras à acessibilidade naquele nível assistencial, pois no primeiro contato com a eSB são grandes as chances de os usuários obterem uma resposta negativa às suas demandas.

Para acessar os tratamentos odontológicos é necessário estar entre as famílias mais vulneráveis do território segundo os instrumentos e critérios utilizados para realização dessa classificação (fichas, programa bolsa-família), fazer parte de um dos grupos prioritários para atendimento (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc) ou aguardar o acontecimento de uma urgência odontológica, o que não garante a formulação e conclusão de um plano de tratamento que pode incluir o encaminhamento para um dos CEO da A.P 3.1.

Caso não se enquadre nas situações anteriormente descritas, o usuário deverá aguardar pela ordem de sua família na escala de risco e vulnerabilidade para participar do processo de seleção das famílias a serem atendidas, que inclui a participação em atividades de grupo de educação em saúde e posterior escolha pela família de um dos seus membros para iniciar o tratamento. Todos os componentes da família deverão ser atendidos até a conclusão de seus tratamentos e, apenas após isso, uma nova família será convocada.

Ainda que os seis usuários entrevistados não tenham apontado outras barreiras à acessibilidade em sua trajetória pela rede de serviços odontológicos da A.P 3.1., a pesquisa de campo em seu conjunto permitiu identificar diversos pontos de estrangulamento no acesso à atenção à saúde bucal e na continuidade assistencial na região estudada.

O quadro a seguir lista as principais barreiras sócio-organizacionais para o acesso e continuidade assistencial nos serviços odontológicos da A.P 3.1.

Quadro 3: Barreiras para o acesso e continuidade assistencial nos serviços odontológicos da A.P 3.1

B1	Baixa cobertura de APS em SB – Exclui a maior parte da população
B2	Critérios rígidos de seleção dos grupos vulneráveis (por vezes, em populações em que a maioria é vulnerável)
B3	Rigidez dos protocolos de encaminhamento para AE
B4	Inexistência de reabilitação protética odontológica na rede municipal
B5	Falha na comunicação do agendamento na AE para o usuário
B6	Insuficiente informação ao paciente sobre a necessidade do tratamento especializado
B7	Desresponsabilização do CEO quanto ao <i>reminder</i> do agendamento dos pacientes
B8	Não participação das OSS no processo de regulação assistencial
B9	Distância para acesso a algumas especialidades selecionadas (ortodontia,

	tratamento das disfunções têmporo-mandibulares)
B10	Inexistência de auxílio transporte para acesso a AE para população de baixa renda
B11	Horários de agendamento inoportunos e turnos de funcionamento dos CEO (apenas em horário comercial).
B12	Violência nos territórios impede o deslocamento até os CEO
B13	1ª. Consulta não resolutiva
B14	Ida ao serviço de saúde exclusivamente para abertura de prontuário
B15	Necessidades de diversas sessões para conclusão de alguns tratamentos especializado
B16	Inexistência de monitoramento da trajetória assistencial dos usuários (comparecimento à consulta no CEO, desistências e retorno para conclusão do tratamento na APS)

No fluxograma a seguir estão assinalados os momentos do processo de busca e obtenção da assistência odontológica em que se encontram as barreiras à acessibilidade dos usuários de serviços odontológicos da A.P 3.1, citadas no quadro anterior.

Quanto ao abandono de tratamentos nos CEO, não é possível para os gestores de saúde bucal da C.A.P 3.1 realizarem o monitoramento via SISREG. Esse acompanhamento só é possível a partir do cruzamento das informações obtidas nesse sistema com os dados de produção do Gerenciador de Informações Locais (GIL). O acompanhamento dos abandonos de tratamentos odontológicos especializados é realizado nos CEO por seus gerentes. É importante ressaltar que não há um indicador ou informação para monitoramento do acesso de pacientes que retornam às unidades de APS de origem após tratamentos no CEO (CSB; CDR).

Dificuldades da gestão para monitorar os abandonos de tratamentos nos CEO

Eu não tenho retorno do que foi concluído. Não chega via sistema [SISREG]. O que eu consigo ver no SISREG é o que foi confirmado [...] O absenteísmo que a gente controla é esse, o confirmado ou pendente no sistema. Não tenho como controlar porque a gente não tem um contato com as consultas sucessivas da pessoa dentro do CEO. Quem detém essa informação é a chefia do CEO. A não ser que nós peçamos pra a chefia (CDR).

A partir de sua experiência, a maioria dos dentistas e gerentes de CEO entrevistados afirmaram que os usuários ao iniciarem tratamentos odontológicos especializados na A.P 3.1 o concluem, isto é, há poucos abandonos (GCEO1,2 e 3; CDCEO1,2,3 e 4). Todavia, uma característica peculiar dos tratamentos endodônticos realizados segundo técnicas operatórias mais antigas, é a necessidade de várias sessões, em um curto período, para a conclusão desse tratamento pode motivar a desistência de alguns usuários.

Tempo de tratamento e quantidade de sessões até a alta

[...] Se ele [o usuário] vai uma ou duas vezes e resolve, tudo bem. Mas se ele vai uma, duas, três, quatro vezes, ele acaba não comparecendo [...] Canal de molar às vezes demora 4 ou 5 sessões. Então eu não sei se a pessoa desiste ou se tem alguma outra dificuldade para ir (CDT1).

Também merecem registro os relatos de dentistas de APS sobre a quantidade de faltas às consultas odontológicas programadas em suas unidades de saúde. Para eles, estes índices estão elevados e questões como a violência nos territórios, demora para agendamento nos CEO, baixa relação de eSB por eSF são desajustes que se configuram como obstáculos à acessibilidade dos usuários a esses serviços odontológicos (CDeSB3 e 5)

6.5 Instrumentos para continuidade informacional

6.5.1 Prontuários eletrônicos

Os prontuários eletrônicos são ferramentas que podem favorecer a continuidade informacional por permitirem que se disponibilize informações clínicas dos pacientes para os diferentes profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado (Dias & Giovanella, 2013). Nesse sentido, podem contribuir para ampliar a capacidade dos dentistas de APS coordenarem os cuidados prestados aos usuários, além de colaborarem para maior integração entre os serviços odontológicos que constituem a Rede de Atenção à Saúde

A implantação dos prontuários eletrônicos teve início nas unidades de APS da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2009. Em 2010, as discussões sobre esses prontuários foram intensificadas nos serviços municipais de saúde com a diversificação de prestadores e ampliação de sua utilização.

Atualmente (2015), funcionam quatro tipos diferentes de prontuários eletrônicos na cidade: Medicine one, Alert, Vitacare e Prime saúde (CMSB; CSB; CDeSB1,2,3 e 4; Registro de campo). É importante frisar que esses prontuários, além das informações clínicas e cadastrais de usuários da ESF, também registram dados de produção ambulatorial e outras atividades realizadas pelas eSF pactuadas nos contratos de gestão com as OSS (Registro de campo). Ao mesmo tempo, esta diversidade de prontuários eletrônicos impede o compartilhamento de informações entre a Atenção Primária à saúde e Atenção Especializada.

Na A.P 3.1, os prontuários eletrônicos foram implantados no ano de 2011. Inicialmente, o programa utilizado era o Alert, desenvolvido por uma empresa multinacional portuguesa da área de software clínico que atua em 13 países²⁴. Em março de 2013, esse sistema foi substituído nas unidades gerenciadas pela Viva Rio Saúde pelo “Prime Saúde” e passou a ser utilizado apenas nas duas unidades de APS sob responsabilidade do TEIAS - Escola Manguinhos/ Fiocruz (Viva Rio Saúde, 2014; CMSB; CSB; CDeSB1,2,3 e 4; Registro de campo).

O “Prime saúde” é o software voltado para a Atenção Primária à Saúde desenvolvido pela Eco Sistemas, uma empresa brasileira de tecnologia da informação que também atuou no desenvolvimento e implantação de prontuários eletrônicos nas

²⁴ <http://www.alert-online.com/br/customers?page=5>

UPA 24h em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Esse sistema traz funções como a aplicação de um protocolo de classificação de risco, armazenamento do prontuário eletrônico do paciente, registro dos dados de produção para o monitoramento dos indicadores de desempenho das eSF e eSB pelos gestores, organização de agenda, entre outros recursos²⁵.

Na A.P 3.1, os dois prontuários eletrônicos diferentes em operação prometem contribuir para integração das unidades de APS aos demais serviços de saúde da Rede Municipal. Porém estas ferramentas não estão disponíveis nos CEO, pois estes serviços sequer estão informatizados. Desta forma, os dentistas especialistas não têm a possibilidade de acessar as informações registradas sobre os pacientes encaminhados.

Além disso, os dois programas não possibilitam a interoperabilidade entre si, isto é, não são capazes de se comunicarem e compartilharem informações. Assim, caso um usuário cadastrado em uma unidade de saúde que utilize o “Alert – SAS” necessite se mudar para uma área coberta por uma unidade que utilize o “Prime saúde”, deverá realizar um novo registro de suas informações clínicas (Registros de campo). Cabe ressaltar que os prontuários eletrônicos não estão disponíveis para os dentistas de APS do modelo tradicional (unidades B e C) e de CEO, apenas para os dentistas de eSB.

A existência de mais de um tipo de prontuário eletrônico nas áreas de planejamento (A.P) é justificada pelos benefícios que a concorrência entre prestadores poderia trazer para a qualidade destas ferramentas.

O Prime saúde é muito burocrático então o Alert tem sido mais procurado. Mas o secretário de saúde queria que houvesse mais concorrência. Daí vem a proposta de mais de um tipo de prontuário eletrônico numa mesma área de planejamento. Para que não fiquemos reféns de um único prestador (CMSB).

Outra estratégia desenvolvida pela gestão municipal para aperfeiçoamento desses softwares são as “Comissões de prontuários eletrônicos” estabelecidas nas unidades de APS. Essas comissões são compostas por técnicos das empresas responsáveis pelos prontuários, gestores e profissionais de saúde, e têm como objetivos acompanhar o funcionamento, produção de relatórios, solicitações de customização e o desenvolvimento de novas funcionalidades para esses programas (Viva Rio Saúde, 2014).

²⁵ http://www.ecosistemas.com.br/noticia_simposiocientifico.php

No primeiro trimestre de 2014, todas as unidades de APS gerenciadas pela Viva Rio apresentavam comissões de revisão dos prontuários eletrônicos implantadas e realizando reuniões regulares, conforme pactuado no contrato de gestão celebrado entre esta Organização social e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Viva Rio, 2014).

As informações obtidas a partir da utilização destes prontuários subsidiam relatórios de atividades trimestrais publicados pelas Organizações Sociais de Saúde sobre o cumprimento do contrato de gestão, identificação de demandas e realização do planejamento para a saúde bucal. Os gestores entrevistados também citaram o painel de gestão das OSS como fonte de informações que podem nortear essas atividades (CMSB; CSB).

Para os profissionais recém-contratados, são realizados treinamentos nas unidades de APS pelas empresas responsáveis (Alert e Eco sistemas) em parceria com as Organizações Sociais de Saúde (Viva Rio Saúde e TEIAS-escola Manguinhos/Fiocruz) que atuam na A.P 3.1. Todos os dentistas de eSB entrevistados afirmaram ter participado dessa atividade (CSB; CDeSB1,2,3,4,5 e 6; Registro de campo). Em caso de dúvidas ou problemas no funcionamento, os profissionais de saúde podem entrar em contato por email ou telefone com o suporte técnico para agendar uma visita da equipe de facilitadores (Viva Rio Saúde, 2014; Registro de campo; CSB; CDeSB1,2,3,4,5 e 6).

A formação para utilização dos prontuários eletrônicos é de responsabilidade conjunta da organização social e da empresa de prontuário eletrônico que é contratada pela organização social (CSB).

Nós participamos. Houve uma capacitação lá na Viva Rio Saúde (CDeSB2).

Sim, a nós tivemos um curso para isso. Depois da implantação que não houve mais (CDeSB3).

Passei pelo curso. Aqui na unidade mesmo (CdeSB5).

Apesar da utilização dos prontuários eletrônicos na A.P 3.1, as informações sobre os pacientes continuam sendo registradas também em prontuários de papel (CSB; CDeSB1,2,3 e 4). A principal justificativa para isso são situações anteriores em que houve perda de informações sobre pacientes e procedimentos realizados, inclusive, na transição do “Alert” para o “Prime saúde” em 2013.

Fazemos os dois porque as informações às vezes se perdem. Por exemplo, na transição de Alert para o Prime muitas informações

foram perdidas apesar de existir o compromisso das empresas de que nada se perderia. (CDeSB4).

Você sempre faz os dois, porque nem sempre as informações são fidedignas. Você tem que registrar no manual, porque você tem que comparar e a gente vê sempre nunca bate. Sempre tem uma disparidade (CDeSB2).

Avaliação positiva sobre o uso dos prontuários

Pro prontuário de papel e pra guia de referência e aí era um grande problema porque as pessoas... Às vezes existia problema das pessoas perderem a guia de referência. Isso aconteceu inúmeras vezes. Ficavam... Você entrega na administração, ficava numa pasta aquele bando de guia de referência e um belo dia sumia aquela pasta com tudo e aí você perdia todas aquelas guias de referência dos pacientes. Então, era um grande problema. Agora é prontuário eletrônico a gente não tem mais isso (CDeSB5).

Diferente dos dentistas de CEO, que não têm acesso às informações registradas nos prontuários eletrônicos, os dentistas de eSB têm acesso a informações sobre cadastro, consultas médicas ou de enfermagem, exames complementares e visitas domiciliares, além das informações sobre atendimentos odontológicos realizados naquela unidade de APS.

Eu tenho como ver o histórico de consultas. Se ele foi atendido pela enfermeira, consultas de puericultura. Agora, odontológico não. Somente o que se produz aqui. Por exemplo, se ele for atendido no CEO, eu não vejo (CDeSB1).

Os dentistas têm acesso às informações clínicas gerais sobre os pacientes (CDeSB2).

Tenho acesso às consultas médicas com o técnico, enfermeiro, as visitas. Tudo está disponível (CDeSB3).

As principais dificuldades para utilização mencionadas pelos gestores e dentistas que utilizam os dois prontuários eletrônicos disponíveis na A.P 3.1 foram os problemas para realizar o registro de dados (CSB), o fato de sua operação não ser simples (CSB; CDeSB2 e 4) e a perda de informações (CDesB1, 3 e 5).

Dificuldade para realizar o registro de dados

Sim, ainda temos dificuldades. Nós implantamos os prontuários eletrônicos em 2011, mas o que utilizamos atualmente na maioria das unidades de saúde foi implantado em 2013. Por isso, é uma ferramenta que ainda está em adequação e apresenta algumas dificuldades, principalmente, no registro dos dados. (CSB).

O Prime saúde é de utilização difícil

O “Prime saúde” é muito confuso. Você tem que abrir uma, duas, três janelinhas para registrar uma informação. Eu até falei isso para a equipe de suporte. Pedi isso para que ele abrisse uma ficha clínica mesmo, feito a de papel, com tudo que você fez e tudo o que prescreveu para a pessoa. Por exemplo, quantas restaurações já foram feitas (CDeSB4).

Às vezes, para o efetivo registro de determinadas ações ou procedimentos ainda há uma dificuldade na sequência de passos. São muito complicados [...] A primeira consulta odontológica programática. Ela para ser contabilizada pro SIA [Sistema de Informação Ambulatorial], para SIAB, os sistemas de informações oficiais do Ministério ela precisa ser duplamente registrada no prontuário em dois passos. Ela precisa entrar como tipo de consulta realizada, e também precisa ser registrada como procedimento realizado. Se não houver esse registro ela não é contabilizada. Esse é um exemplo de fragilidade que precisa ser qualificado. Ter que registrar duas vezes para ele poder gerar alguma informação (CSB).

Perda de informações

O que pode acontecer é o prontuário não registrar alguma informação ainda que façamos o lançamento. Por exemplo, semana passada eu lancei uma atividade de grupo e não entrou. Temos que ficar sempre atentos. O prontuário tem esse problema com o armazenamento de algumas informações. Ele tinha muitos problemas, mas eles já sanaram a maioria deles, agora esse problema volta e meia tem de novo. Semana passada eu achei que já tinha entrado aí eu fui conferir e percebi que os grupos não estavam. Tive que deletar e lançar de novo para ver se, dessa vez, registrava (CDeSB1).

Ele não teve dificuldades para implantação, mas tem dificuldade de guardar as informações (CDeSB3).

Ele tem problemas em armazenar as informações. Você insere e nem sempre aparecem essas informações depois. Nós temos registrado em nossas agendas o nome do paciente que foi atendido e do lado os procedimentos realizados. Mas o que está registrado no sistema é o que conta. Nós até temos como, em algum momento, recuperarmos no sistema os dados de produção perdidos. Mas apenas para efeito de correção. Não conta mais (CDeSB3).

Na verdade é assim, quem passa o consolidado para gente é a gerência. Tem uma pessoa responsável pelo sistema de informação e ela passa esse consolidado para gente. Então, às vezes, a gente olha a produção e tem uma certa discordância em uma outra coisa, mas a maioria dos procedimentos a gente não tem problema não. Antes, você lançava o procedimento no sistema e no dia seguinte já não tinha mais nada. Dados clínicos e de procedimentos realizados (CDeSB5).

Embora ainda existam alguns problemas de funcionamento e dificuldades para utilização dos prontuários eletrônicos na A.P 3.1, alguns entrevistados se mostraram satisfeitos com seu desempenho, apontando como pontos positivos as melhorias

ocorridas após as atualizações mais recentes. Um deles, mencionou a operação dessa ferramenta deveria ser mais simples (CSB; CDeSB1).

Com o “Prime saúde” sim. Sem dúvida. Ainda precisamos avançar muito, mas é um prontuário que está há um ano apenas na rede e avançamos muito nesse ano. Coisa que não conseguimos com o prontuário anterior (CSB).

Sim. Eu estou. Eu acho que o prontuário ele, assim, poderia ser mais simples. Não precisava ter tantos detalhes. Podia ser mais prático, porque nós perdemos muito tempo lançando informações nele (CDeSB1).

A insatisfação de outros entrevistados com o funcionamento dos prontuários eletrônicos foi atribuída à lentidão para resposta do suporte técnico, atualizações que não respondem às necessidades apontadas pelos profissionais de saúde e criam novos problemas, odontograma que não permitia a inserção de informações sobre os pacientes relacionadas aos dentes e demais estruturas da boca, complexidade na maneira de realizar os registros e a perda de informações nesses sistemas. (CMSB; CDeSB2,4 e 5).

Lentidão na resposta do suporte técnico

Eu acho que a gente pode melhorar muito, pois o que não me satisfaz de fato, é o tempo de resposta dos técnicos responsáveis. Eu acho que os prontuários eletrônicos já evoluíram bastante, mas o tempo de resposta deles às nossas solicitações é muito lento. Então, a customização que tem que ser feita, geralmente, não atende as nossas demandas plenamente. Às vezes as customizações que resolvem um problema e cria outros. O prontuário eletrônico é uma ferramenta muito potente, mas não está satisfazendo plenamente nossas expectativas, principalmente na parte odontológica. Atualmente, estão avaliando possibilidades de prontuários utilizados em outras regiões que são muito mais acessíveis e dão uma resposta muito mais rápida às solicitações. Eu me lembro que, quando eu era da A.P 3.1, nós sentávamos para conversar sobre o Alert. Não tinha nada. O odontograma do Alert era uma imagem, não dava para inserir as informações dos pacientes. Eu conversava com o representante de outro prontuário e ele me mostrava odontogramas muito mais dinâmicos e que facilitavam o registro das informações pelos dentistas (CMSB).

Impossibilidade de inserção de informações no odontograma do prontuário eletrônico

[...] estou insatisfeito porque ele [o prontuário eletrônico Alert] ainda apresenta muitas falhas para odontologia, principalmente, porque nós não temos como inserir informações no odontograma sobre dentes e outras estruturas como musculatura e mucosas. Não tem nada disso. Por este motivo, nós temos que inserir essas informações manualmente. O VitaCare não, ele tem uma ficha odontológica, nós não temos uma ficha odontológica no Alert. Disseram que está em construção. Além disso, Você tem que ficar clicando toda hora a

mesma coisa. Por isso demoramos muito mais para lançar um procedimento do que em outros sistemas. Isso é ruim porque isso atrasa muito o nosso trabalho. Quando cai a internet e você ainda está tentando é muito difícil (CDeSB5).

Porém, para um dos dentistas de APS com experiência na utilização dos dois prontuários não existem grandes diferenças entre eles. Ambos apresentam problemas semelhantes aos quais os dentistas têm de se adequar, como a ausência de campos para registro de algumas atividades e a necessidade de registrar duplamente informações sobre produção ambulatorial (CDeSB3).

Os prontuários apresentam problemas semelhantes aos quais os dentistas têm de se adaptar

Tanto faz o de antes quanto esse. Eles têm problemas aos quais nós vamos tentando nos adaptar. Por exemplo, a minha ASB não faz só grupo, também faz instrumentação. Isso ainda falta no prontuário. Alguns tipos de procedimentos que a gente realiza e não tem ali para registrar. Por isso, às vezes precisamos registrar de duas formas. Há um espaço para inserir o tipo de consulta realizado e outro para contar com aquela consulta dentro do sistema de metas. Temos que registrar em dois lugares e isso atrapalha um pouco o nosso trabalho. É um tempo precioso que eu poderia estar utilizando no atendimento aos pacientes. Isso acontecia com o prontuário anterior e continua a acontecer no atual (CDeSB3).

6.6 Participação da OSS na regulação

Existência de estratégias de integração e coordenação desenvolvidas pelas duas OSS que atuam na A.P 31

As OSS pouco participam para integração da rede de serviços odontológicos. Não desenvolvem estratégias de integração entre os serviços odontológicos da A.P 3.1 e isso não traria repercussões negativas para a organização da rede, uma vez que, estas seriam atribuições da administração pública que devem ser desenvolvidas por seus gestores (CSB). A redução dos efeitos da fragmentação na rede decorrentes da atuação das OSS também pode ser atribuída ao trabalho desenvolvido pelos gestores públicos (AOSS1).

As OSS não participam desses processos. Eles são responsabilidade da administração pública

Eu não vejo isso [integração da rede de serviços odontológicos] associado ao gerenciamento por OSS. Até porque, especificamente em relação à saúde bucal, a OSS fica de fora desse processo e, talvez, não contribua para integração. A Integração da rede fica muito por conta da administração direta, não fica sob responsabilidade da OSS. Quem cuida disso na saúde bucal, especificamente, é a administração direta

por meio da coordenação de área [...] Eu acho que isso não tem nenhuma interferência tão negativa (CSB).

Eu acho que fragmenta [a atuação das OSS na APS da cidade do Rio de Janeiro]. Em muitas áreas programáticas eu vou creditar uma menor fragmentação a uma grande intenção dos profissionais da secretaria municipal em superar essa fragmentação com uma parceria, uma supervisão. Na A.P 3.1 isso acontece. Mas fica evidente a fragmentação. (AOSS1).

A contribuição das OSS para realização da coordenação assistencial pelos dentistas da A.P 3.1 se dá, segundo um dos gestores entrevistados, por possibilitar, com certa facilidade, a demissão de profissionais que não se adequem à lógica de atuação na APS e contratar outros com perfil mais adequado (CMSB). A provisão adequada de insumos para as unidades de APS, possível a partir desse modelo de gestão, também foi mencionada como outra condição importante para a realização da coordenação assistencial por impedir a interrupção de atendimentos e proporcionar as condições mais favoráveis ao acompanhamento adequado dos usuários da ESF (CSB).

Participação das OSS na Coordenação assistencial se restringe às condições materiais para realização desse atributo e gestão do trabalho

Em saúde bucal, embora essas mudanças sejam menos frequentes, quando acontecem é para melhorar, pois trazemos profissionais com um perfil melhor para atuar na Estratégia de Saúde da Família. São profissionais motivados para correr atrás e compreender a dinâmica daquela família. Difícilmente nós perdemos um bom profissional. Isso ocorre apenas quando é por iniciativa própria. Quando nós trocamos, as substituições fazem mais bem do que mal. A comunidade consegue enxergar rapidamente (CMSB).

Pode facilitar porque atividade meio [infraestrutura e insumos] é bem resolvida. Você não realiza algumas formas de cuidado quando há falta de um determinado insumo. Isso não ocorre onde temos OSS. Em relação a isso acho que a contribuição para a coordenação é positiva (CSB).

Contudo, os empecilhos para realização da coordenação decorrentes do modelo de gestão por OSS mencionados têm relação com as repercussões para o trabalho dos dentistas derivadas da necessidade de cumprir as metas estabelecidas nos contratos de gestão celebrados entre as OSS e a secretaria municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Essas metas seriam, por vezes, incompatíveis com princípios do SUS como a integralidade e não seriam compatíveis com as necessidades de saúde dos usuários das unidades de APS, tornando-se o principal objetivo a ser alcançado por esses serviços de saúde (CSB; CDeSB4 e 5).

Incompatibilidade entre as metas estabelecidas para avaliação das OSS e as necessidades de saúde da população

[...] Mas, por outro lado, esses profissionais por vezes são cobrados por metas do contrato que às vezes vão de encontro aos princípios do Sistema Único de Saúde, e também da integralidade do cuidado. Extraído o saldo, eu acho que nós podemos dizer que dificulta (CSB).

A coisa está bem voltada para os resultados [...] A maioria das metas estabelecidas contribui mais para os resultados [indicadores que devem ser cumpridos pela OSS] do que para qualidade de atendimento. Isso é bem complicado porque nós saímos de um tempo de pronto atendimento para outro em que você continua produzindo procedimentos. Você mede a quantidade de restaurações, de kits [escova, creme e fio dental] que você entregou, quantas altas, quantas primeiras consultas. Mas e quantas pessoas você acompanhou, quantos grupos você fez, quantas atividades educativas você fez, isso dentro ou fora da unidade, como que foi seu atendimento? Os números estão acima da qualidade dos atendimentos [...] Muitas vezes o que se cobra não condiz com a realidade que nós vivemos nas unidades (CDeSB5).

A elevada quantidade de famílias sob responsabilidade das eSB foi outro fator mencionado pelos entrevistados como dificuldade para realização da coordenação assistencial decorrente desse modelo de gestão. Isto é, a ampliação da cobertura populacional por serviços odontológicos de APS ocorrida nos últimos anos (2009-2013) ainda não foi capaz de produzir uma relação mais favorável entre a quantidade de eSB e a população adscrita por elas. Soma-se a isso, a necessidade de realizar várias consultas para a conclusão de um tratamento odontológico, o que torna ainda mais difícil a realização da coordenação assistencial e de um cuidado de qualidade aos usuários nesse contexto (CdeSB3, 4 e 5).

Baixa cobertura populacional por serviços odontológicos de APS não foi resolvida por esse modelo de gestão

É difícil. Eu atendo duas equipes, uma média de sete a oito mil usuários cada uma. Assim, dentro de uma medida padrão, a gente consegue fazer esse acompanhamento [...] Mas essa assistência ainda é muito pouca perto da grande população que a gente tem que acompanhar. [...] ainda, a nossa consulta não é uma só, são várias até terminar o tratamento (CDeSB3).

A divisão de saúde bucal para as equipes é cruel. Eu tenho que atender três equipes de saúde da família e mais outra capenga porque nós só temos uma ASB e não temos TSB, que poderiam fazer a parte de educação em saúde (CDeSB4).

Eu acho que o problema maior é a proporção de pessoas que a gente tem para atender [...] Essa proporção da população para cada equipe de saúde bucal é enorme e você acaba assoberbado de tanta coisa, que

a qualidade do seu cuidado fica comprometida. Essa continuidade fica perdida aí no meio do caminho (CDeSB5)

Iniciativas de regulação desenvolvidas pelas OSS

As duas OSS que atuam na A.P. 3.1 (Viva Rio Saúde e FIOTEC) não desenvolvem qualquer iniciativa relacionada ao processo de regulação assistencial entre serviços odontológicos da rede. Essa é uma atribuição exclusiva da administração direta realizada desde a central de regulação pelo dentista regulador e, eventualmente, pelo coordenador de saúde bucal da C.A.P 3.1 (CMSB; CSB; Registros de campo).

Indicadores de desempenho das OSS relacionados à integração, coordenação e acesso à atenção especializada

Todos os dentistas e gestores entrevistados afirmaram desconhecer a existência de qualquer indicador para avaliação de desempenho das eSB gerenciadas por OSS no que diz respeito à Integração e coordenação assistencial. Apenas indicadores de acessibilidade e resolutividade da APS foram mencionados, respectivamente, “cobertura de primeira consulta odontológica” e “proporção de altas no tratamento odontológicos nos pacientes cadastrados”, este último diz respeito à média aritmética das altas de pacientes que iniciaram tratamentos odontológicos nos últimos 12 meses.

Entre maio e julho de 2013, o resultado para esse indicador de desempenho assistencial das eSB gerenciadas pela Viva Rio Saúde foi de 72%, abaixo da meta estabelecida de 80% de altas (Viva Rio Saúde, 2014). Os números mais recentes disponibilizados para esse indicador pelo TEIAS-Escola Manguinhos das eSB sob sua gestão são relativos ao quarto trimestre de 2012 e apontavam 63% para as equipes da Clínica da Família Victor Valla e 59% para as do Centro Saúde Escola Germano Sinval Farias (<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/indicadores-de-gestao>).

Indicador de avaliação do acesso às eSB

Nós temos um indicador que passa pelo acesso. Nós conseguimos, de alguma forma ter noção disso. É o indicador de alta odontológica sobre a primeira consulta programática, mas ele não mede acesso, ele mede, teoricamente, resolutividade. O acesso à atenção especializada não. O máximo que a gente tem é o marcador na ficha complementar do SIAB que é o de encaminhamento para a atenção secundária. Mas não é um indicador da coordenação de saúde bucal e nem está aplicado unicamente às OSS (CSB).

Eu até tenho um indicador que fala do número de encaminhamentos para o SISREG. E aí a gente consegue ver mais ou menos assim: Está

encaminhando muito, está tendo pouca resolutividade na atenção primária? (AOSS2).

O indicador de desempenho econômico “Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG (em relação ao número de encaminhamentos totais)” tem meta de 30% e é único entre aqueles estabelecidos nos contratos de gestão que poderia fornecer uma dimensão da integração entre os serviços da rede municipal de saúde. Contudo, não pode ser avaliado pelo fato de os prontuários eletrônicos, desde o início de sua operação, não realizarem interoperabilidade com o SISREG, indicando baixa prioridade, até então, para o monitoramento e avaliação da integração entre os serviços.

No relatório de desempenho da OSS Viva Rio Saúde referente ao período entre maio e julho de 2013 existia previsão de uma atualização para operacionalização desse indicador a partir de fevereiro de 2014 (Viva Rio Saúde, 2014).

Pontos positivos e negativos da atuação das OSS para organização da rede de serviços odontológicos da A.P 3.1

Um dos aspectos positivos decorrente da parceria entre a secretaria municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro e as OSS apontado pelos entrevistados, foi a rápida expansão da APS, por meio das clínicas da família, ocorrida entre os anos de 2009 e 2013. A adoção desse modelo foi justificada pela necessidade de ampliar a alocação de recursos na saúde apesar das limitações de gastos impostas pela lei de responsabilidade fiscal. O objetivo ao final da atual gestão municipal (2013-2016) é alcançar a cobertura de 70% da população por APS (CSB; AOSS1; CDCEO3).

Pelo que eu pude perceber ao longo das discussões, a prefeitura fez a opção de expansão da APS por meio das organizações sociais pois haveria amarras relacionadas à lei de responsabilidade fiscal para verbação de recursos na saúde. Isso não significa dizer que eu acredite nessa argumentação. Eu identifico nessa decisão que o único benefício que efetivamente aconteceu, foi um aumento de cobertura da APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (AOSS1).

Para o que está colocado eu acho nós temos hoje claro como uma política prioritária a APS pela Estratégia Saúde da Família no município, o que justifica até a adoção do modelo de OSS. É necessária celeridade nessa expansão, pois a meta no final dessa gestão municipal é de 70% de cobertura por APS. Não tivemos nenhuma dificuldade de implantação. De uma forma geral, nós conseguimos cumprir com essa expansão e a ampliação do acesso (CSB).

Nas unidades mistas (do tipo B), outros efeitos positivos resultantes da ampliação da cobertura populacional por APS percebidos por dois dentistas do modelo tradicional foram a redução na procura das unidades básicas pelos usuários motivada por urgências odontológicas e consequente diminuição das filas de espera para realização de tratamentos odontológicos nesses serviços de saúde (CDT1 e 5).

Redução da demanda por serviços odontológicos das unidades mistas

É positivo porque diminuiu o número de pessoas que estavam na espera por atendimento. Então a maioria já conseguiu entrar em atendimento e com isso a nossa fila de espera já diminuiu bastante também. Isso facilita. Porque temos menos pacientes de urgência odontológica reclamando que não conseguem atendimento. Todos ficam mais felizes (CDT5).

Alguns dentistas e gestores mencionaram os elevados repasses de recursos públicos e as flexibilidades administrativa concedidas a essas instituições para gestão do trabalho (contratação e demissão de trabalhadores) (CMSB; CDeSB3), realização de investimentos para melhorias na infraestrutura das unidades de APS (mobiliário e equipamentos médicos novos, computadores, prontuários eletrônicos, entre outros) e aquisição de insumos de maneira rápida e com melhor qualidade como aspectos positivos desse modelo (CSB; GCEO1 e 2; CDT1). Outro efeito positivo também citado, foi o aumento da contratação de dentistas, TSB e ASB para atuarem em eSB (CDT1 e 5).

Flexibilidade para Gestão do trabalho

Sob pena de ser mal interpretado, as Organizações Sociais de Saúde são melhores porque possibilitam a renovação e substituição de profissionais. Isso para mim é um marco, embora eu acredite no serviço público. Mas, por exemplo, quando um profissional de CEO entrou de licença por seis meses eu não pude repor. Já na Estratégia de Saúde da Família, eu estou com uma dentista de licença maternidade e para repor essa profissional o procedimento foi muito simples, o que não deixou desorganizar o serviço de saúde (CMSB).

Positivo sempre é. Porque o fato de você ter essa possibilidade de dispensar quem não está trabalhando, não está cumprindo com o seu é muito legal. Acho que é válida essa questão de: “Não trabalha, melhor sair”. Poder fazer essa mudança de profissionais é fundamental (CDeSB3).

Provisão adequada de insumos e melhorias na infraestrutura das unidades de APS

Eu acho que nós tivemos alguns avanços nas atividades meio de uma forma geral, como infraestrutura e fornecimento de insumos. Sem dúvida nenhuma, onde nós temos uma gestão compartilhada com as OSS, temos uma qualidade superior (CSB).

Uma mudança que eu percebi foi em relação à compra de insumos [...] Eu lembro que era a CAP, aí começou a ser OSS e eu achei que era um pouco mais rápido esse processo [de compras de insumos]. Nós não precisávamos esperar. Normalmente, quando precisávamos de equipamento ou de alguma outra coisa, conseguíamos mais rápido (CDT1).

Eu vejo assim, o ponto positivo é a parte material. Em algumas unidades, você percebe que é tudo novinho. Colocam dinheiro, então a unidade tem as coisas. Parece que com os materiais é assim também. Não que nessa unidade [CEO] falte. Aqui não falta. Mas eu vejo que onde tem OSS é tudo muito mais bonito que aqui. Tem até computador, prontuário eletrônico, toda uma estrutura (GCEO2).

Incremento na contratação de dentistas

Uma questão que eu acho também mas aumentou a contratação de dentistas. Porque antes havia um limite de contratação por causa da lei de responsabilidade fiscal. Aí existia aquela limitação para contratar, fazer um concurso público. Eu acho que isso facilitou de certa forma. Não sou contra os colegas celetistas, eles fazendo bem o trabalho deles está ótimo. Tem que vir para somar (CDT1).

Além das amplitudes administrativas, outro aspecto positivo mencionado pelo dentista regulador foi o comprometimento dos dentistas contratados por OSS e a rápida parceria que se estabeleceu entre eles e os estatutários nas unidades mistas não permitindo o surgimento de diferenças importantes nos trabalhos de ambos.

Maior compromisso dos dentistas contratados pelas OSS

Eu acho que funciona com comprometimento mesmo. O trabalho é diferente, mas como todo mundo se mistura fica um trabalho só [...] Eu não vejo diferença de atendimento ou de solicitação. Funcionou, se integrou. Alguns lugares têm adaptação mais difícil [...] Nesses 18 anos eu vi muita mudança em tudo, mas acho que diferença quem faz é o profissional trabalhando. Isso aí depende mesmo é do profissionalismo, o contrato ser diferente ou o vínculo empregatício não (CDR).

Dois dos gerentes de CEO entrevistados reconhecem a ampliação do acesso aos serviços odontológicos de APS a partir da contratualização das OSS para o gerenciamento das unidades de APS, todavia, afirmam não terem percebido mudanças ou melhorias significativas decorrentes disso para a organização da rede de serviços odontológicos da A.P 3.1 (GCEO1 e 3).

Não houve mudanças ou melhorias significativas decorrentes do modelo de gestão por OSS

Dizer que piorou, eu acho que não. Talvez tenha melhorado no sentido do usuário ter um pouco mais de acesso por conta de tantas clínicas da família que abriram com dentistas. Mas dizer que melhorou de fato, que nós estamos em um nível bacana, eu acho que não [...] Porque faz

oito anos que nós discutimos as mesmas coisas. Por exemplo, nós ainda estamos discutindo se os dentistas devem seguir o protocolo ou não [...] Tem muito ainda para ampliar, tanto da parte especializada como na própria atenção básica. Nesse CEO, temos uma equipe de atenção básica que não dá conta ainda, foi ampliada mas ainda não é o suficiente para criar o impacto que desejamos (GCEO1).

Os aspectos negativos do gerenciamento das unidades de APS por OSS mencionados pelos entrevistados foram principalmente relacionados às repercussões desse modelo para os trabalhadores da saúde: A rotatividade de profissionais, estruturação de um processo de trabalho voltado para o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos de gestão em detrimento da qualidade do cuidado prestado nessas unidades e o desgaste decorrente disso (algumas situações poderiam chegar a configurar assédio moral).

Chama a atenção que os dentistas contratados por OSS entrevistados não mencionaram qualquer aspecto negativo da atuação dessas instituições para a organização da rede de serviços odontológicos, um indício de certa reticência em abordar o tema.

Alguns entrevistados mencionaram que essa modalidade de gestão operaria em uma lógica incoerente com os princípios dos SUS e da ESF ao promover uma vinculação mais frágil dos trabalhadores da saúde. Isso provocaria rotatividade dos dentistas comprometendo a construção do vínculo e a responsabilização deles com os usuários. Isso também repercutiria na relação com os CEO, apesar desses serviços estarem sob administração direta da secretaria municipal de saúde (CSB; GCEO1 e 2; CDCEO5).

A lógica de atuação das OSS é incompatível com os princípios do SUS e da ESF

A gente tem dificuldade na atividade fim [a assistência à saúde]. Dificuldades em relação a lógica das Organizações Sociais de Saúde em que elas, logicamente, trabalham mediante um contrato de gestão com metas a serem atingidas. Por vezes, isso traz dificuldades quando buscamos organizar serviços segundo a lógica do SUS (CSB).

Pressão sobre os trabalhadores, fragilidade dos vínculos e desresponsabilização dos dentistas de eSB contratados por OSS

O que eu vejo de ruim é em cima dos profissionais. Parece que ficam muito pressionados com as metas de produção [do contrato de gestão]. Eu acho também que tem que estabelecer números e metas de resultados ou conclusão de tratamento. Não que nós no CEO também não tenhamos que cumprir com isso, temos sim. Mas parece que o negócio lá [na ESF] fica muito em cima disso (GCEO2).

Temos questões que passam pela fragilidade de vínculo desses profissionais [celetistas]. Isso traz algumas consequências como a maior rotatividade. Embora para a saúde bucal isso interfira, mas não tanto. Mas acontecem coisas, por exemplo, que podem chegar até mesmo ao assédio moral. Isso não era uma lógica muito comum na administração direta (CSB).

Qual a minha impressão dessas organizações sociais? Que a rotatividade dos dentistas é muito grande. E isso me passa a sensação de que não há tanta responsabilidade com os pacientes. Não posso falar que não tem empenho, mas me parece que eles [dentistas celetistas] têm menos compromisso com os pacientes e aí os encaminhamentos são um recurso mais utilizado (CDCEO5).

Também tem a maneira de não reter o profissional ali. Ou seja, a troca, que traz a falta de vínculo. Isso quebra a estratégia [Estratégia de Saúde da Família]. Se não tem vínculo. Não tem como você abrir a casa e ter confiança no profissional que está entrando. Ou seja, os pilares básicos da ESF não são atendidos. Então isso atrapalha, inclusive o nosso trabalho no CEO (GCEO1).

A existência de profissionais com diferentes vínculos empregatícios em uma mesma unidade de saúde foi apontada como condição que poderia provocar tensões e insatisfação no ambiente de trabalho (CDeSB4). Nesse sentido, foram frequentes os relatos de dentistas estatutários sobre desvalorização em relação aos dentistas contratados por OSS, pois estes dispõem de melhores condições materiais de trabalho, compensações financeiras por atingirem metas estabelecidas para as variáveis existentes nos contratos de gestão. Outro aspecto negativo apontado foi o fato de os trabalhadores estatutários serem preteridos no processo de escolha para ocupação de cargos de gestão.

Tensões e insatisfação decorrentes da atuação de profissionais com diferentes vínculos na mesma unidade de saúde

Eu acho essa mistura um pouco confusa e me sinto como um dinossauro em extinção. Muitas coisas hoje em dia, aliás, quase todas são para a estratégia [ESF]. Para mim [dentista do modelo tradicional de APS] não tem mais nada[...]ficamos à margem (CDT6).

Os trabalhadores estatutários são preteridos na escolha para cargos de gestão

Eles priorizaram contratar os celetistas para alguns cargos que podiam ser de alguém que já está na rede há 10 anos, por exemplo. Nós acabamos tendo gerentes inexperientes. Tivemos um que antes era gerente de pousada. Por que isso acontece? Porque eles têm que alocar uma pessoa rapidamente ali e não dá a chance para o estatutário que já está há anos nisso (CDeSB4).

Apesar de ser apontada frequentemente como um aspecto positivo da gestão das unidades de APS por OSS, a provisão de insumos foi mencionada como ponto negativo por um dos dentistas entrevistados. O motivo é a falta de materiais na unidade de saúde

em que atua resultante das mudanças na responsabilidade de realização dessa atividade entre OSS e C.A.P 3.1.

Problemas na provisão de insumos

[...] Isso eu também achei muito confuso. Já mudou algumas vezes quem fornece o material para nós trabalharmos. Por onde vem esse material? Vem pela OSS ou pela CAP? Isso sempre é uma incógnita pra mim. Eu quero material e no momento está faltando. Aí eu penso: Antes, como era só posto de saúde, nós sabíamos quando tinha licitação, quando não tinha. Fazíamos uma lista para 3 meses e o negócio dava certo. Até um tempo atrás também estava dando certo porque era pela OSS e aí voltou para a CAP. Aí começou a faltar material. O negócio não está funcionando direito, principalmente, em relação a material para nós atendermos (CDT6).

Diferenças entre as duas OSS que atuam na A.P 3.1

Para o coordenador municipal de saúde bucal no período entre 2011 e 2013, no âmbito municipal, a Viva Rio Saúde (que atua nas A.P 2.1, 3.1 e 3.3) a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM (que atua nas A.P 1.0, 3.2 e 5.3) são as OSS mais integradas à gestão municipal e por esse motivo possibilitam um diálogo mais fácil.

Existe uma relação de subordinação sim [entre as OSS e a Secretaria Municipal de Saúde]. Quem define os processos e os protocolos somos nós [Administração direta]. No decorrer desses contratos, essa coisa mais cotidiana, nós temos que contribuir para que não ocorra divergências nas orientações e as coisas fiquem mais afinadas [...] Viva [Viva Rio Saúde] e a SPDM são muito mais integradas à gestão municipal. Eu enquanto coordenador de saúde bucal não tive essa experiência com a Fiotec [TEIAS-escola Manguinhos]. Tínhamos muito mais facilidade para sentar e discutir com a assessoria da Viva e da SPDM (CMSB).

Na A.P 3.1, segundo o coordenador de saúde bucal dessa região, ocorre algo semelhante. A FIOTEC (TEIAS-escola Manguinhos) destaca-se pela autonomia em relação à C.A.P 3.1, que por sua vez, possui maior capacidade de intervenção sobre a atuação da Viva Rio Saúde. Porém a ausência de um assessor de saúde bucal, segundo CDeSB5, faz com que questões como aquisição de insumos e manutenção de equipamentos odontológicos, no âmbito do TEIAS, não sejam bem resolvidas (CDeSB5).

Sim. Sem dúvida temos diferenças. A Fiotec [TEIAS-Escola Manguinhos] pelo grau de vinculação e por atuar dentro da estrutura da Fiocruz acaba tendo um pouco mais de autonomia. Nós da gestão municipal temos mais facilidade de atuação e intervenção nas

unidades em que compartilhamos a gestão com a Viva Rio Saúde (CSB).

Na outra OSS, nós tínhamos uma coordenação de saúde bucal. Tínhamos um dentista que fazia compra de materiais para odontologia, e uma supervisora de área que era dentista. Então, nós tínhamos esse olhar da saúde bucal bem específico. Aqui eu não vejo muito isso percebo uma grande diferença com relação até aos insumos. A qualidade dos insumos era muito diferente na outra OSS, tudo de ótima qualidade. Nunca faltava nada e nós tínhamos uma boa manutenção dos equipamentos. Aqui, a nossa manutenção de equipamentos é ruim. Alguns insumos são de qualidade ruim e eu me pergunto se isso não é por causa da falta de um olhar específico para aquilo ou se é por questão financeira (CDeSB5).

Os gerentes de CEO foram unânimes ao afirmarem não perceber diferenças entre as OSS que atuam na A.P 3.1 pelo fato delas não se expressarem no processo de regulação e também por não manterem relação direta com os assessores responsáveis por essas organizações (GCEO1, 2 e 3).

Na avaliação do coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, a atuação das duas OSS naquele território é positiva. Todavia, problemas relacionados ao acesso e assistência aos usuários são decorrentes de fragilidades inerentes ao modelo de gerenciamento das unidades de APS por OSS e podem comprometer a organização da rede de serviços odontológicos. Para ele, a contratação por CLT não permite aos dentistas vislumbrarem a construção de uma carreira no sistema municipal de saúde.

A avaliação é positiva. Porém, precisamos ainda qualificar o acesso e a atenção ao usuário. Isso está relacionado às fragilidades que ainda encontramos e passam até por uma questão filosófica do modelo de OSS. Esse é um dos nossos questionamentos. Por exemplo, se um profissional com uma vinculação mediante contrato vai ter o mesmo olhar, o mesmo cuidado, o mesmo pensamento daquela rede de atenção que um profissional com estabilidade, que consegue visualizar uma carreira e fazer um planejamento de médio e longo prazo. Qual impacto que isso traz para a assistência à saúde? (CSB)

Peculiaridades da OSS FIOTEC/ Particularidades da gestão das unidades de APS do TEIAS-Escola Manguinhos pela FIOTEC

É importante destacar que a FIOTEC não atua como uma OSS comum. Seu papel se resume à contratação de profissionais para atuação nas duas unidades de APS e uma UPA do território de Manguinhos. A gestão dessas unidades é pelo TEIAS-Escola Manguinhos, ligado ao Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria, um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da

FIOCRUZ. Inclusive, seu coordenador é escolhido pelo diretor da ENSP e possui um assento no conselho deliberativo dessa instituição.

Há posições diferenciadas na ENSP sobre a atuação da FIOTEC como uma OSS. Nesse sentido, a decisão para adesão a esse modelo de gestão, apesar de contradizer as convicções de alguns trabalhadores dessa instituição, foi motivada pelo compromisso histórico assumido pela ENSP/FIOCRUZ no atendimento da população da área de seu entorno e pelo receio de que houvesse descontinuidade na prestação de serviços de saúde para aquela comunidade.

Em síntese, as Organizações Sociais de Saúde não participam da integração e coordenação assistencial e não há indicador de desempenho para monitoramento deste tema.

6.7 Avaliação Geral

Ao final das entrevistas realizadas nessa pesquisa de dissertação de mestrado, os dentistas e gestores foram convidados a responder questões de cunho geral sobre o funcionamento da rede de serviços odontológicos da A.P 3.1. Uma delas, dizia respeito à quantidade de CEO existentes nessa região e o número de vagas para consultas especializadas oferecidas por essas unidades de saúde.

Para oito dos dentistas entrevistados (CSB; GCEO1 e 2; CDeSB1 e 4; CDT5 e 6; CDCEO5), os três CEO existentes na A.P 3.1 e a quantidade de vagas oferecidas por eles são suficientes. Contudo, o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1, faz a ressalva de que eles são suficientes levando-se em conta a atual cobertura por serviços odontológicos de APS e não o total da população residente nessa região.

Poderiam existir mais. Porque aí poderíamos encaminhar um número maior de pacientes. Seria bom, mas eu não tenho do que reclamar. O acesso aos CEO tem melhorado bastante porque que tem mais profissionais agora do que tinha a um tempo atrás (CDeSB1).

Em relação à cobertura de APS que temos hoje, sem dúvida que os CEO são suficientes. Em relação à nossa população, não (CSB).

Apesar de julgarem os três CEO suficientes para o atendimento da A.P 3.1, três dos dentistas entrevistados mencionaram a insuficiência de referências para radiologia odontológica e o fato de não serem oferecidas especialidades como ortodontia utilizando aparelhos fixos, próteses dentárias e atendimento a pessoas com deficiência

como fragilidades dos CEO da A.P 3.1 que precisam ser corrigidas (CDT1; CDCEO5 e 6).

De uma forma geral eu acho satisfatório. Todo o local tem espera e eu acho que a espera daqui não é exorbitante não. Eu só tenho críticas exatamente ao que eu te falei, algumas especialidades, a prótese, por exemplo, que não existe e é uma necessidade urgente. A prótese poderia aumentar. Por exemplo, se a gente tivesse uma referência para radiologia [odontológica] também. Porque a gente trabalha no escuro na atenção básica porque a maioria das pessoas não tem a condição econômica para fazer uma radiografia panorâmica ou periapical. Então é um problema também (CDeSB5) e (CDCEO6).

E acho que precisa de mais profissionais no CEO. O atendimento de pessoa com deficiência, por exemplo, a gente tem visto que essas pessoas ainda estão muito excluídas da atenção à saúde bucal e a maior parte dos CEO não tem um especialista nessa área [...]Mas realmente precisa de mais profissionais nos CEO porque alguns estão se aposentando, entrando de licença, além das especialidades que não são oferecidas nos CEO daqui [A.P 3.1] (CDT1).

A quantidade de CEO e o número de vagas oferecidos atualmente na A.P 3.1 foi mencionada como suficiente, principalmente ao se levar em conta o arranjo de uma unidade desse tipo para cada subsistema dessa região. Todavia, seriam necessários mais profissionais atuando, particularmente, nas especialidades de cirurgia oral menor e endodontia para ampliação do acesso a esses tipos de tratamento odontológico (CDR; GCEO3; CDCEO1, 2 e 3; CDeSB2).

Eu acho que os três CEO dariam conta aumentando o número de especialistas, porque se nós prestarmos atenção ao território vamos perceber que eles estão estrategicamente bem divididos pelos subsistemas. Eu acho que faltam mesmo mais especialistas (GCEO3).

É suficiente, mas eu acho que a gente está oferecendo menos do que poderia. Quando o CEO foi proposto a ideia não era ter só dois endodontistas, ou um e meio no meu caso, que eu já estou me dividindo com outra especialidade, então eu acho que estamos devendo (CDCEO1).

Acho que é suficiente. Eu digo que é porque a gente tem cadeira ociosa. Se tivéssemos pelo menos um endodontista e um clínico a mais já melhora muito o serviço. Aquilo que não damos conta, é porque falta dentista (CDCEO2).

Olhando pela cirurgia, o CEO não dá conta. Por isso eu digo que precisamos de mais cirurgiões, pois sou o único que atua nessa unidade de saúde (CDCEO3).

É importante lembrar que atualmente os maiores tempos de espera registrados são para a especialidade de cirurgia oral menor. Isto pode ser atribuído ao fato de não

haver dentista atuando nessa especialidade em um dos CEO da A.P 3.1. A falta desse profissional faz com que os pacientes daquela região tenham de percorrer distâncias maiores para comparecer às consultas especializadas. Em uma especialidade que demanda mais de uma consulta para conclusão do tratamento, isso pode se configurar como um obstáculo geográfico à acessibilidade dessas e contribuir para faltas às consultas agendadas e abandono dos tratamentos.

Os três CEO da A.P 3.1 foram considerados insuficientes para responder a demanda por tratamentos odontológicos especializados existente por apenas dois dos dentistas de APS entrevistados. A justificativa foi a pequena quantidade de endodontistas nessas unidades e o tempo de espera que ainda é enfrentado pelos usuários (CDT1; CDeSB3).

Entretanto, para o coordenador municipal de saúde bucal (2011-2013), os CEO existentes na cidade do Rio de Janeiro precisam de mais profissionais em algumas especialidades, em virtude do aumento da demanda resultante do processo de expansão das clínicas da família, que continuará até que se atinja a meta de 70% de cobertura populacional por APS ao final da atual gestão municipal. Porém, antes disso, ainda é necessário tornar os CEO mais eficientes até que esgotem sua capacidade instalada atual.

Não digo que precisamos de mais CEO e sim de mais profissionais. Não para todas as especialidades. Principalmente porque nós vamos ampliar a cobertura de APS na cidade para 70%. Nesse contexto, teremos que tornar os CEO mais eficientes, e alocar um especialista aqui e outro ali. Então, para dizer que os CEO são insuficientes, eu tenho que primeiro esgotar a capacidade deles (CMSB).

6.8 Sugestões para melhorar a coordenação assistencial e integração entre os serviços odontológicos da A.P 3.1

As principais sugestões apresentadas pelos dentistas e gestores entrevistados para melhorar a coordenação assistencial na A.P 3.1 encontram-se elencadas nos tópicos a seguir:

- Realizar atividades de educação permanente sobre o tema da integração e coordenação assistencial que aponte os efeitos da fragmentação entre os serviços, como perdas de vagas nos CEO e retrabalho para os dentistas da A.P 3.1. (CDR)

Eu não sei se teria uma demanda a ponto de se percorrer as 30 unidades e ir conversando com o grupo inteiro. Seria sensibilizar as pessoas por conta do absenteísmo, acho que isso aí é um passo a mais

que poderia ser feito de em cada unidade mas não sei se faria tanta diferença por ser uma organização muito maior do que a odontologia. Isso deveria ser abordado nos treinamentos das pessoas que lidam com esses usuários todo dia e cuidar para que eles não se percam. Porque a solicitação de um agendamento perdido tem que ser feita de novo. Não volta para o sistema como cancelada. Apresentar uma solicitação, marcar de novo. Temos muitas perdas. Isso significa retrabalho para todo mundo (CDR)

- A comunicação entre os níveis assistenciais deve ser melhorada por meio de atividades que envolvam especialistas e dentistas de APS para discussão de temas como integralidade (AOSS1; GCDO1 e 3; CDCEO1; CDeSB1, 2 e 5; CDT1)

Precisamos estreitar ainda mais a nossa relação, porque eu acho que quando a gente conhece o colega as coisas fluem melhor [...] eu acho que é cada vez mais fazer dos nossos encontros uma rotina. Porque atualmente, em alguns momentos eles são mais rotineiros, depois, por conta da complexidade do nosso dia a dia, nós acabamos espaçando esses encontros (GCEO3).

Eu acho que se acontecessem mais reuniões haveria uma troca maior dos profissionais da atenção primária, com os profissionais do CEO. Para nós vermos o que facilita e o que dificulta o trabalho do outro, no que podemos ajudar, o que podemos melhorar. Isso faria uma diferença muito grande (CDeSB1).

- Melhorar a comunicação entre os níveis assistenciais utilizando telefones e outros meios de comunicação (CDeSB2 e 5; CDT2)

Claro que eles disponibilizam telefone, mas você liga e ninguém atende, você liga e o telefone é no segundo andar porque não tem um dentro do CEO. Às vezes você quer o contato e não consegue. Se esse contato realmente existisse ficaria mais fácil. O dentista [de CEO] mesmo poderia mandar a resposta ou colocar falta no paciente, e nós [dentistas de APS] teríamos acesso a essa informação. Nós não teríamos que ficar perguntando ao paciente (CDeSB2).

Se tivesse um telefone aqui específico com que pudéssemos entrar em contato mais facilmente [com os dentistas de CEO]. Mesmo que o dentista não estivesse lá, nós conseguiríamos deixar algum recado para ele retornar no dia tal, na hora tal. Eu acho que esse contato seria bom [...] Porque, por exemplo, o paciente faltou, a gente poderia entrar direto em contato com eles: “Olha, o paciente está aqui, ele estava marcado para o dia tal e não pode comparecer, tem como remarcar?” Acho que isso seria uma grande vantagem, essa comunicação mais direta com eles [dentistas de CEO] (CDT5).

- Criar novas especialidades nos CEO, especialmente para oferta de próteses (CDT4; CDeSB2)

É mais difícil você ter um dente de canal hoje que você não tenha que reabilitar proteticamente, é difícil, tem, acontece, mas é raro, né? (CDT4)

[...] Criar um maior número de especialidades porque nós vemos que aquelas que são oferecidas não dão mais conta. Tem que haver investimento para criar um laboratório de próteses. Porque nós fazemos as exodontias e as pessoas fica com a boca vazia, ninguém coloca uma prótese porque não temos esse serviço na A.P 3.1 (CDeSB2).

- Identificar as ações para melhoria da integração e coordenação assistencial que já ocorrem na A.P 3.1, fortalecimento e qualificação dos gestores das unidades de APS (clínicas da família e unidades mistas) para acompanhamento das questões relacionadas à saúde bucal (CSB).

Nesse caso, é mais importante identificar as ações já propostas do que trazer ações novas. Isso passa pelo fortalecimento e qualificação da gestão de nível local [realizada pelos gerentes de clínicas da família e diretores de unidades mistas] (CSB).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações ocorridas na estrutura social às vésperas do século XXI trouxeram repercussões para as mais variadas dimensões da atividade humana (Castells, 2010), entre elas, efeitos para a saúde dos indivíduos e coletividades como o aumento da prevalência das doenças crônicas, que se configuram como verdadeiros desafios para sistemas de saúde anteriormente organizados para responder eventos agudos de adoecimento.

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados têm sido respostas sociais incoerentes a um cenário epidemiológico constituído predominantemente por condições crônicas e que demandam, portanto, acompanhamento contínuo. Desta forma, os sistemas fragmentados têm alcançado resultados sanitários e econômicos insatisfatórios em todo mundo e tem se configurado como serviços de saúde isolados entre si e desconectados uns dos outros, comprometendo sua capacidade de prestar um cuidado contínuo à população e a qualidade da atenção.

Nesse contexto, a estruturação de redes de atenção à saúde tem se colocado como alternativa para superação da fragmentação das ações e sistemas de saúde, ao incorporar várias propostas de intervenções com intenções e alcances variados que guardam entre si o objetivo comum de proporcionar maior integração e coordenação assistencial entre os serviços de saúde.

O debate sobre as experiências de reformas internacionais de saúde tem demonstrado a necessidade de estratégias de integração e coordenação como resposta à fragmentação dos sistemas de saúde, no sentido de torná-los mais efetivos na produção de serviços e eficientes na utilização dos recursos. Nesse sentido, em sistemas de saúde fragmentados, reformas que visam maior coordenação assistencial têm sido implementadas sob orientação da APS. Um exemplo, são alguns países da União Europeia (UE), onde essas reformas organizacionais nos sistemas de atenção à saúde têm sido operacionalizadas para responder às mudanças no contexto epidemiológico de aumento na prevalência das doenças crônicas e alcançar melhores resultados no que se refere ao custo-efetividade dos gastos em saúde (Giovanella, 2006 e 2011).

Nessa perspectiva, Shaw et al (2011) definem a integração como o conjunto de métodos, processos e modelos utilizados para alinhar os objetivos dos grupos profissionais, equipes e organizações envolvidos na prestação dos cuidados que

proporcionam a atenção integrada. Trata-se, para os autores, de um princípio organizacional que visa a prestação de serviços de saúde sem interrupções ou duplicidades a partir do aperfeiçoamento da coordenação, produzindo uma experiência mais positiva para os usuários dos serviços de saúde (Shaw et al, 2011).

No Brasil, a ‘integralidade’ é concebida como a garantia de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (Pinheiro, 2009). Neste sentido, a integração do sistema seria uma das condições para garantia da integralidade.

Hartz & Contandriopoulos (2004), corroboram essa afirmação ao apontarem a necessidade de integração dos serviços de saúde em redes assistenciais para garantia da integralidade, pois nenhum serviço possui todos os recursos e competências para responder adequadamente à totalidade das necessidades de saúde apresentadas por um contingente populacional nos diferentes ciclos de vida (Hartz & Contandriopoulos, 2004).

Núñez et al (2006), compreendem que este tipo de articulação pode ser definida como a coordenação entre os serviços e ações de saúde que, independentemente do local onde sejam prestados, devem se articular com vistas ao alcance de um objetivo comum (Nuñez et al, 2006).

A definição de Redes de Atenção à Saúde de Mendes (2011), a concepção de Shaw et al (2011) sobre integração e a de Nuñez et al (2006) sobre coordenação entre níveis assistenciais, foram adotados como conceitos estruturantes dessa pesquisa. Além disso, adotou-se o pressuposto de que Integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados, interdependentes e que se expressam em três dimensões:

[...]a integração se expressa na organização do sistema de saúde, a coordenação se realiza no cuidado individual exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção articulando diferentes prestações e, se concretiza na continuidade da atenção, que deve ser centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada em tempo hábil (Giovanella et al, 2009:9).

A integração e coordenação assistencial em saúde, fragmentação da rede de serviços e dificuldades de comunicação entre prestadores são temas frequentes nos debates sobre a organização dos sistemas de saúde e têm sido temas de estudos (Almeida et al, 2010). Além disso, uma série de reformas pró-coordenação tem sido implementadas para superação dessas questões e fortalecimento da APS (Giovanella, 2006), inclusive, nos países da América Latina (Connil & Fausto, 2007)

Todavia, são raros os estudos que se dedicam analisar os efeitos dessas questões e das reformas que têm sido empreendidas para superá-las na organização dos serviços odontológicos primários e secundários nas redes de atenção à saúde. No Brasil, particularmente, pouco se tem pesquisado sobre integração e coordenação entre os serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal. Alguns estudos realizados em outros países que demonstraram interesse em abordar essas questões se dedicaram a analisar a interface entre os serviços odontológicos e especializados de APS (Figueiredo & Goes, 2009; Goes et al, 2012).

Morris & Burke (2001) ao analisarem a interface entre os serviços odontológicos do NHS inglês, apontam que os atributos ideais dessa relação podem ser resumidos em **equidade, cuidado contínuo, eficiência e efetividade**. Uma interface equitativa seria aquela em que todos os pacientes são referidos adequadamente e não existem barreiras para receber cuidados especializados após o encaminhamento. O cuidado contínuo aconteceria quando qualquer tratamento não disponível no serviço odontológico de APS estivesse disponível e acessível na atenção secundária e o processo de regulação entre esses prestadores é facilmente realizado. Uma interface eficiente e eficaz ocorreria quando todas as referências fossem realizadas adequadamente e no momento oportuno, com os pacientes retornando à APS após a conclusão dos tratamentos especializados, onde continuariam a ser acompanhados pelos dentistas de APS ao longo do tempo.

Os autores também afirmam que essa situação ideal não existe no NHS ou qualquer outro sistema de saúde do mundo. Todavia, a atenção a essas questões pode contribuir para o aperfeiçoamento da relação entre os serviços odontológicos especializados e de APS, uma vez que a coordenação assistencial entre esses serviços odontológicos configura o maior desafio para o alcance da interface ideal entre eles (Morris & Burke, 2001).

Um dos componentes mais importantes para a realização da coordenação assistencial pela APS das Redes de Atenção à Saúde em sistemas integrados é a regulação assistencial. Nesse sentido, Lemões et al (2013), em um estudo que analisa as ações de regulação assistencial nas regiões Nordeste e Sul, aponta a expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família como um dos fatores importantes para a ampliação das estruturas de regulação assistencial nos municípios brasileiros.

Almeida et al (2010), reafirmam a influência da expansão da atenção básica em municípios brasileiros para a implantação de estruturas de regulação assistencial nas secretarias municipais de saúde e unidades de APS. Essa medida fortalece o papel de

porta de entrada preferencial para o sistema de saúde dessas unidades, sua capacidade de realizar a coordenação entre níveis assistenciais e de contribuir para produção de mudanças no modelo assistencial a partir de sua atuação.

Na cidade do Rio de Janeiro, como parte do processo de expansão da APS em saúde bucal foram criadas estruturas de regulação para a assistência odontológica nas dez Coordenadorias de Área Programática.

Dentistas reguladores nas centrais de regulação das C.A.P. realizam a avaliação e agendamento das solicitações feitas pelos dentistas de APS. Todas as unidades de APS da A.P 3.1 (clínicas da família, unidades mistas e unidades C) realizam as solicitações para tratamentos odontológicos especializados nos três CEO da região via SISREG. A variação encontrada no estudo está no responsável pela inserção dos dados neste sistema. Nas clínicas da família, unidades de saúde em que os dentistas têm computadores disponíveis nos consultórios, ela é realizada por algum integrante da eSB. Nas unidades mistas, a inserção dos dados no SISREG é realizada por um profissional administrativo do NIR.

Outro aspecto importante da regulação assistencial para os serviços odontológicos da A.P 3.1 é o de que não há cotas de vagas para as unidades de APS, isto é, todas as vagas estão disponíveis no SISREG para agendamento por qualquer unidade de APS. Os benefícios advindos dessa diretriz são a maior transparência no processo regulatório. Por outro lado, apesar de haver uma escala de prioridades segundo riscos na carteira de serviços da atenção especializada, ela não é aplicada para o estabelecimento de prioridades para o agendamento das consultas odontológicas especializadas.

Apesar da evolução das ações de regulação assistencial na cidade do Rio de Janeiro questões relacionadas a esse tema continuam sendo o motivo de queixa mais frequente na ouvidoria da secretaria municipal de saúde (OPAS, 2013), o que indica a necessidade de aperfeiçoamento do processo de regulação para efetiva integração e coordenação assistencial entre os serviços.

Os instrumentos de integração mais mencionados pelos entrevistados foram os formulários de encaminhamento (guias de referência e contrarreferência). Este resultado da pesquisa corrobora os achados de MacAndrew et al (1997) que verificaram, apesar da ampliação na utilização das tecnologias de informação na saúde, a prevalência do uso de “cartas de encaminhamento” entre os serviços odontológicos de APS e atenção especializada do NHS inglês.

É importante ressaltar que apenas as clínicas da família ou a parte referente à ESF nas unidades mistas encontram-se informatizadas na A.P 3.1. Os serviços odontológicos do modelo tradicional de APS e CEO raramente dispõem de computadores com acesso à internet. Entre os três CEO visitados, apenas um dispõe de computador e acesso à internet, todavia instalado por iniciativa individual do gerente daquele serviço.

Outra questão relacionada à informatização desses serviços se refere à indisponibilidade dos prontuários eletrônicos nos CEO. Nesse sentido, pode-se afirmar que essas ferramentas não têm favorecido a integração da rede, pois as informações sobre os pacientes contidas nesses prontuários não estão disponíveis para os dentistas desses serviços, contribuindo para descontinuidade no fluxo de informações da rede. Um reflexo disso é a utilização da primeira consulta no CEO (ou de boa parte dela) para registro das informações sobre o paciente, muitas delas contidas nos prontuários utilizados na APS, o que torna essas consultas menos resolutivas.

Diferente de resultados de outros estudos (Almeida et al, 2010), no que diz respeito às contrarreferências, os relatos dos entrevistados foram de que esse é um processo que frequentemente ocorre. Em quase todos os casos a parte do formulário de encaminhamento do SISREG chega às mãos dos dentistas de APS. Isso indica o elevado nível de comprometimento dos usuários que concluem os tratamentos odontológicos nos CEO e sua atuação como integradores da rede de serviços odontológicos. Os pacientes são os responsáveis pela continuidade informacional na rede. Todavia, os gestores, dentistas de APS e CEO não conseguem monitorar o retorno dos pacientes à APS, para conclusão dos planos de tratamento, a partir dos sistemas de informação disponíveis. Isso significa que os dentistas de APS, não conhecem quais pacientes não compareceram aos CEO para a continuidade do tratamento conforme recomendado, ou que abandonaram os tratamentos.

Esta é uma importante barreira à efetivação da coordenação assistencial na A.P 3.1 e reflete um modelo em que os pacientes ainda são os principais responsáveis pela integração da rede e coordenação da assistência que lhes é prestada e não o sistema de saúde com seus sistemas de informação, mecanismos de integração e estratégias de coordenação assistencial.

Além de ser referido como o principal instrumento de integração, os formulários de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência) foram mencionados como a principal estratégia de comunicação entre os serviços odontológicos de diferentes níveis

assistenciais da A.P 3.1, como foi visto no diagrama de possibilidades de comunicação. Além disso, os dentistas afirmaram que esses instrumentos, se bem preenchidos são suficientes para realização de encaminhamentos com qualidade.

Outras estratégias de comunicação foram mencionadas pelos entrevistados, porém, não estão instituídas como práticas oficiais e dependem da disponibilidade dos profissionais em utilizá-las, como a disponibilização de endereços de email, números pessoais de celular, utilização de aplicativos para envio de mensagens em grupo, entre outros. A utilização do campo “observações” do SISREG foi mencionada para o esclarecimento de dúvidas relativas a encaminhamentos realizados. A comunicação com os pacientes é realizada, essencialmente, por telefone ou a partir de visitas domiciliares de ACS ou de algum componente das eSB.

Apesar de terem sido mencionados diversos meios e estratégias de contato, a comunicação entre dentistas de APS e CEO pode ser considerada incipiente, pois os contatos entre eles são pouco frequentes e na maioria das vezes estão restritos à leitura das informações contidas nas guias de referência e contrarreferência.

Além disso, a baixa frequência com que ocorrem os contatos do coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 com os dentistas da rede dessa região, pode refletir as dificuldades dos gestores públicos para realização do papel de controle e regulação das atividades desenvolvidas pelas Organizações Sociais de Saúde na prestação de serviços à população daquela região. É importante ressaltar que este gestor na época de realização da entrevista (2014) era o único responsável por essa atividade na A.P 3.1, o que inclui os serviços gerenciados por OSS e da administração direta (58 eSB, dentistas do modelo tradicional que atuam nas unidades B e C e dentistas dos três CEO).

De acordo com Morris & Burke (2001), a realização de consultorias pelos dentistas de atenção secundária é uma das características desejáveis para efetivação de uma interface eficiente e efetiva entre os serviços odontológicos primários e especializados. Segundo Figueiredo & Góis (2009) o papel do serviço odontológico de atenção secundária em vários países não se restringe à oferta de tratamentos em especialidades, inclui também a realização de consultoria odontológica com a elaboração de planos de tratamento pelos dentistas especialistas para serem executados na APS após a contrarreferência dos usuários.

No entanto, na cidade do Rio de Janeiro os protocolos clínicos de regulação assistencial estabelecidos pela secretaria municipal de saúde desencorajam esse tipo de prática pelos dentistas, ao expressarem claramente que os CEO apenas realizam os

tratamentos odontológicos especializados e não se configuram como serviços de consultoria pois “os serviços de referência estão organizados para realizar os tratamentos de pacientes com necessidade já diagnosticada e não para avaliar a pertinência do procedimento” (SMSDC, 2002: 8)

A possibilidade de esclarecer dúvidas com os dentistas de CEO quando necessário e a prática de consultoria pelos serviços odontológicos especializados teria como ganho o aumento da resolutividade dos dentistas de APS que poderiam compartilhar a construção dos planos de tratamento para resolução dos casos mais complexos com os especialistas, o que também repercutiria para a melhora da qualidade dos encaminhamentos realizados para os CEO.

A proibição das consultorias e a não realização de outras práticas como interconsultas, consultas conjuntas ou a elaboração compartilhada de planos de tratamento reflete uma rede ainda verticalizada e uma relação hierarquizada entre os serviços e saberes, um desenho ainda distante da proposta de redes existente na política nacional de saúde bucal. O estímulo a essas práticas mais horizontais contribuiria para reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, contribuindo para a estruturação de um novo processo de trabalho pautado na integralidade e coordenação assistencial.

Além de a comunicação ser incipiente, são raros os encontros entre dentistas de APS e CEO da A.P 3.1. A maioria dos entrevistados desconhecia qualquer espaço de reunião ou atividade de educação permanente que acontecesse com regularidade e reunisse esses profissionais.

Almeida et al (2010) apontam que a existência de fluxos formalizados para a atenção especializada pode ser considerada como um indicador de integração da rede. Nesse sentido, pode-se afirmar que a existência de um fluxo oficialmente estabelecido para os serviços odontológicos de APS e CEO da A.P 3.1 na carteira de serviços da atenção especializada publicado em junho de 2014 (SMSDC, 2014) demonstra interesse da gestão municipal em aperfeiçoar a integração entre esses serviços. Ademais, existe um arranjo regionalizado com um CEO para cada subsistema da A.P 3.1.

Quando questionados sobre a existência de um fluxo formalizado pela gestão municipal para a atenção odontológica especializada, os dentistas e gestores indicaram as diretrizes para regulação assistencial existentes nos protocolos clínicos para as especialidades odontológicas. Os protocolos clínicos para regulação assistencial também foram considerados acessíveis pelos entrevistados, por estarem disponíveis nos

computadores localizados nos consultórios das clínicas da família, impressos nas unidades mistas e acessíveis na internet a partir do blog da coordenação municipal de saúde bucal.

A situação de inadequação aos protocolos mais frequentemente referida foi o encaminhamento de pacientes cujos dentes necessitam ser reabilitados por técnicas e materiais que não estão disponíveis na APS, por exemplo, casos que demandam reabilitação protética, um recurso não disponível nos CEO da A.P 3.1. Nesse sentido, chamou a atenção durante a pesquisa a exigência de garantia da realização do tratamento protético pelo usuário feita por alguns dentistas como condição para realizarem o encaminhamento ou o tratamento odontológico especializado.

É importante ponderar que a utilização dessa estratégia pelos dentistas não reflete apenas sua desresponsabilização com a integralidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, diz respeito também a um processo mais amplo de produção de desassistência, iniquidades e exclusão social que tem origem no histórico subfinanciamento do sistema de saúde como um todo e na baixa prioridade para medidas de saúde pública voltadas para a saúde bucal. Apesar dos avanços recentes, que podem ser atribuídos à melhoria das condições de vida da população e estruturação da política nacional de saúde bucal, o resultado disso ainda é a ausência de alternativas terapêuticas adequadas a essas necessidades de saúde e a mutilação das pessoas com perdas dentárias evitáveis.

A rigidez com a adequação aos protocolos clínicos para aprovação das solicitações de agendamento foi criticada por alguns dentistas de APS, todavia foi apontada pela maioria dos entrevistados como a principal estratégia para redução das faltas às consultas no CEO. Apesar dessa rigidez, é possível entrar em contato com o coordenador de saúde bucal da A.P 3.1 ou com o dentista regulador, em algumas situações, para flexibilizar o protocolo e realizar o encaminhamento.

O aviso aos usuários sobre o agendamento das consultas no CEO é uma atribuição dos serviços de APS cuja operacionalização varia conforme o tipo de unidade de saúde. Nas clínicas da família, é algum dos componentes das eSB realizam contatos telefônicos com os usuários, ou o ACS quem realiza esse contato ou o faz por visita domiciliar. Entre os usuários participantes do procedimento de validação das trajetórias assistenciais, todos afirmaram ter sido avisados do agendamento no CEO pelos ACS.

Os agendamentos são realizados, preferencialmente para o CEO mais próximo da residência do usuário, essa prática demonstra preocupação com a acessibilidade e a

análise da pertinência dos encaminhamentos é realizada pelos dentistas de APS no ato da solicitação, pelo dentista regulador no setor de regulação da C.A.P 3.1

A abertura do prontuário em outro horário em um dos CEO faz com que o usuário desse serviço, após a primeira consulta nessa unidade, tenha de comparecer em outro horário apenas para cumprir com essa exigência da policlínica para dar continuidade ao seu tratamento odontológico especializado.

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil caracterizou-se historicamente pela prestação de procedimentos odontológicos básicos e pela existência de uma expressiva demanda reprimida, consequência das desigualdades de acesso e utilização destes serviços. No que diz respeito aos serviços odontológicos especializados, a característica mais marcante é a baixa oferta (Figueiredo & Goes, 2009; Goes et al 2012).

Levando-se em conta esse contexto, na A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro ocorre algo inusitado. Não há filas de espera para agendamentos de consultas especializadas nos três CEO, isto é, todas as solicitações realizadas pelos dentistas de APS são aprovadas e agendadas para no máximo três meses. Além disso, há vagas ociosas, ou seja, o número de solicitações/agendamentos realizados é inferior a oferta de serviços odontológicos especializados.

Isso pode ser atribuído a algumas medidas organizacionais implementadas na região para redução das faltas às consultas no CEO, desenvolvidas principalmente nos serviços odontológicos de APS. A principal delas é o aumento da rigidez na aplicação dos protocolos clínicos de especialidades odontológicas, tornando inelegíveis pacientes cujos casos não apresentam alternativas terapêuticas adequadas na rede, por exemplo, aqueles que necessitam de reabilitação protética após tratamento endodôntico.

Essa opção pelo enrijecimento na observação dos protocolos clínicos de regulação, aparentemente, foi capaz de acabar com as filas de espera, todavia, não apresentou efeitos suficientes para a redução de faltas, como por exemplo, às consultas de endodontia nos três CEO da A.P 3.1 (tabela absentismo). Ainda que tenha reduzido, o absentismo permanece em torno de 50%. O enrijecimento no uso dos protocolos teve como consequência, talvez inesperada, a produção de vagas ociosas nos CEO.

Outras medidas voltadas para a melhoria da qualidade dos encaminhamentos e ampliação da resolutividade nos serviços odontológicos de APS como a realização de consultorias, interconsultas, consultas conjuntas, formulação compartilhada de planos

de tratamento, poderiam ter sido mais eficazes e contribuiriam para maior integração entre os serviços odontológicos da A.P 3.1.

A elaboração do fluxograma descritor das trajetórias assistenciais permitiu observar diversos pontos de estrangulamento dos fluxos, impeditivos do acesso de grande parte dos usuários dos serviços odontológicos de APS da AP. 3.1 aos serviços especializados. O principal constrangimento se observa na porta de entrada que se fecha para os grupos não prioritários. A cobertura por eSB permanece baixa. Ainda que ampliada nos últimos anos não acompanhou o mesmo ritmo de expansão das eSF.

A este se associam outros obstáculos sócio-organizacionais como a rigidez dos protocolos e a inexistência de reabilitação protética odontológica na rede municipal. Falhas na comunicação do agendamento na AE para o usuário, desresponsabilização do CEO quanto à comunicação do agendamento, *reminder* dos pacientes próximo ao dia da consulta e a desresponsabilização das OSS nestes processos resultam em um enorme absenteísmo nos CEO que chega aos 50%.

No início de processo dessa pesquisa tinha-se como pressuposto que o problema estava na relação entre APS e CEO. Na realidade, ao final, pode-se concluir, a partir dos achados, que a grande questão é a dificuldade de acesso nos serviços odontológicos de APS, que ao longo do tempo foi reforçada a partir de instrumentos gerenciais implantados pelos gestores de SB da A.P 3.1.

Outro pressuposto dessa pesquisa era que a fragmentação dos processos de gestão e a contratualização das OSS no nível central poderiam contribuir para a fragmentação da rede de atenção à saúde bucal e dificultar a coordenação na interface entre a APS e AE, na medida em que haveria a submissão dos serviços odontológicos a distintas práticas de gestão de acordo com a natureza de administração (direta ou setor privado). Durante o processo da pesquisa observou-se que as OSS não são um fator adicional para a fragmentação da rede de serviços odontológicos por não participarem diretamente dos processos de integração e coordenação, que continuam sob responsabilidade dos gestores públicos/gestão pública da SMS e coordenadorias de áreas programáticas. No entanto, as OSS ao não se responsabilizarem pela garantia do acesso à atenção especializada, não contribuem para o aperfeiçoamento da coordenação assistencial entre os serviços odontológicos da rede. A coordenação e regulação assistencial permanecem com problemas que se expressam na persistência do elevado absenteísmo nos CEO. Isto é, as OSS eximem-se ou são eximidas contratualmente de qualquer responsabilidade na garantia de acesso à AE.

Ademais, nas OSS pesquisadas não há um responsável pela área de saúde bucal que poderia contribuir com a coordenação de saúde bucal da A.P em ações para melhorar a interlocução entre serviços odontológicos básicos e especializados. Os assessores das OSS entrevistados não mencionaram qualquer contato com os CEO.

Parece não ter havido maiores preocupações com as questões de coordenação e integração no momento de implantação e contratualização das OSS. O único indicador de desempenho estipulado nos contratos de gestão que poderia contribuir com a avaliação dessa dimensão, “porcentagem de absenteísmo nas consultas e procedimentos especializados”, não está operacionalizado – o que indica baixa prioridade para o monitoramento e avaliação da integração entre os serviços. Ao mesmo tempo, sua operacionalização encontra dificuldades dada a inexistência de prontuários eletrônicos compartilhados e de informatização das unidades especializadas.

Além disso, o cumprimento da atribuição de coordenadora dos cuidados em saúde bucal pela eSB pode ser comprometido pela necessidade de dentistas das OSS subordinarem seu trabalho ao cumprimento de metas e indicadores contratuais potencialmente incoerentes com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

É preciso ressaltar que a análise da influência das OSS nos processos de coordenação assistencial foi limitada pela reticência dos dentistas entrevistados (ainda que garantido anonimato) a tecer qualquer comentário sobre a participação de seu empregador nessa questão. Todos responderam de forma monossilábica que não havia interferência.

Uma das contribuições das OSS para a coordenação assistencial mencionada pelos dentistas do modelo tradicional seria a garantia da provisão de insumos de forma mais regular o que facilitaria para que os dentistas contratados por elas possam realizar a assistência. Todavia, não se pode atribuir esse efeito ao modelo de gestão em si, pois existe um investimento de recursos públicos muito superior nas UBS gerenciadas pelas OSS do que nas unidades de atenção básica tradicional (mistas ou tipo C).

Os dentistas estatutários que atuam na ESF mencionaram efeitos negativos indiretos da atuação das OSS para a integração na interface da atenção básica e especializada em saúde bucal determinados pela rotatividade de profissionais, processo de trabalho voltado excessivamente para o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos de gestão e pelo desgaste do profissional decorrente desta tensão. Os dentistas de OSS preferiram não apontar pontos negativos.

Uma interface entre serviços odontológicos de atenção primária e especializados eficiente e eficaz é aquela em que todas as referências são realizadas adequadamente e os usuários são direcionados de volta ao seu dentista de APS após o término do tratamento especializado para continuarem com o acompanhamento longitudinal em saúde bucal. Ter este cenário como imagem-objetivo pode contribuir para identificação de problemas na rede que produzam fragmentação e com a construção de propostas para superá-los (Morris & Burke, 2001).

As principais medidas pro-coordenação vinculadas à integração entre serviços odontológicos de APS e CEO na A.P 3.1 identificadas nesta pesquisa, foram aquelas relacionadas às ações de regulação assistencial como a descentralização da regulação para as 10 Coordenadorias de Áreas Programáticas, a atuação do dentista regulador na avaliação das solicitações encaminhadas pelos dentistas de APS, os protocolos clínicos para regulação assistencial e a utilização dos formulários de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência), estes últimos também apontados como a principal estratégia de comunicação entre níveis assistenciais, pois os contatos entre os dentistas se resume à utilização desse formulário. Isto indica a necessidade de fortalecer outros meios de comunicação e promover encontros mais frequentes entre esses profissionais.

Em síntese, a trajetória dos usuários pela rede de saúde bucal da A.P 3.1 é marcada por um conjunto de obstáculos à sua acessibilidade que se impõem desde antes do primeiro contato com o serviço odontológico de APS decorrentes da baixa cobertura populacional reforçada pelos instrumentos gerenciais de regulação implementados.

As organizações sociais de saúde eximem-se ou são eximidas de responsabilidade sobre o processo de regulação assistencial e garantia do acesso à atenção especializada, o que está retratado no fato de o único indicador de desempenho do contrato de gestão relacionado a essas questões não ser contabilizado e, conseqüentemente, monitorado (porcentagem de absenteísmo nas consultas e procedimentos especializados). O desajuste entre as necessidades em saúde bucal e a oferta de serviços odontológicos se materializa como absenteísmo e reflete a existência de barreiras à acessibilidade, com a baixa proporção de pacientes efetivamente atendidos nos CEO configurando-se como um forte sinal da fragmentação assistencial.

8. REFERÊNCIAS

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (2): 286-298.

Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 2009; 9:1-11.

Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

Bartole MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: Uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

Bellato R, Araújo LFS, Castro PO. Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro, R; Silva Júnior, AG; Mattos, RA (Orgs). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. (167-185).

Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 10 a 12 de outubro, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 25 a 27 de setembro, 1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Incentivos à saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 673/GM de 3 de junho de 2003, que atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17 a 21 de março, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – TEIAS. Proposta de documento, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto Gestão da Clínica nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde. Rascunho, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Resultados principais SB Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Presidência da República. Decreto Federal no 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011c.

Briggs CJ, Garner P. Estrategias para la integracion de los servicios de atención primaria em países de médio y bajos ingresos em el lugar de la prestación (Revisión Cochrane traducida). La biblioteca Cochrane Plus, 2008; 2.

Cabral CGC. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Castells E. The rise of the network society. United Kingdon. Ed Wiley-Blackwel, 2010.

Commonwealth Fund Comission. Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011

Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007

Conill EM, Fausto M, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.10, supl.1. Recife, 2010

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à

Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), 1997: 29-47, Rio de Janeiro. Editora Fiocruz

Costa e Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1405-1414, jun, 2007.

Dias MP, Giovanella L. Prontuário eletrônico – uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.2 – Suplemento, Ago., 2013

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 1988, Sep 23-30: 260(12): 1743-8. 1988

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário. Projeto Gerus. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde; 1996. p.177-84.

Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):259-267; 2009

FIOTEC (Fundação para o desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). Disponível em: <http://www.fiotec.fiocruz.br>. Acesso em: 6 de novembro de 2013.

Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate, 2009. 33 (81):64-71.

Gervás J, Rico A y Seminario de Innovación 2005. Innovación em la Unión Europea (EU-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin, Barcelona. 2006; 126 (17): 658-61.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. Relatório final. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2009a.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009b, Jun; 14 (3): 783-794.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (5): 951-963.

Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16 (suppl.1): 1081-1096.

- Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à saúde. Giovanella, L et al. (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Goes PSA et al. . Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública, 28(supl.): S81-89; 2012
- 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 (supl.2): S331-S336.
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 12 de outubro de 2013.
- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15 (5): 2307- 2316.
- Lavras CCC. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, 2011a. 20 (4):867-874.
- Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes in Políticas e Gestão Pública em saúde In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo. Hucitec, 2011b. p. 317-331.
- Lucena EHG, Pucca Jr GA, Sousa MF. A política nacional de saúde bucal no Brasil no contexto do SUS. Tempus: Actas de Saúde Coletiva. 5:53-63; 2011.
- Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil Cadernos de Saúde Pública, 2008. 24 (1): 42-57.
- Maia LS, Kornis GEM. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: A experiência fluminense. Revista APS, 2010. 13 (1):84-95.
- Maia LS. Política Nacional de Saúde Bucal: Uma análise da reorganização da atenção à Saúde Bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.
- McAndrew R, Potts AJC, McAndrew M, Adam S. Opinions of dental consultants on the standard of referral letters in dentistry. Br Dent J, 1997; 182: 22-25.
- Medeiros TMM, Cunha FTS. Regulação pública e atuação das organizações sociais na AP 3.1/RJ. Anais do 12º Congresso brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2013. Pará.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; Aug; 15 (5): 2297-2305.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy, EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª. Ed, São Paulo: Hucitec, 2010.

Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001;191:666-70.

Moura RCS. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: Uma análise das suas concepções. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2009, Rio de Janeiro.

Moysés SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008. p. 705-734.

Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac. Sanit*. 2006; 20:485-95.

Organização Pan Americana de Saúde. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS Brasil; 2011.

Organización Panamericana de Salud. Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS, 1964. 38p. (OPS Publicación Científica, 93).

Pimentel A. O método da análise documental: Seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, 2001. 114: 179-195.

Pontes RJS et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho, RA et al. *Epidemiologia*. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-151.

Press MJ. Instant Replay — A Quarterback’s View of Care Coordination. *The New England Journal of Medicine*. 371;6, August, 2014.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Carioca rindo à toa: Protocolos e rotinas de funcionamento do serviço de saúde bucal na atenção básica, média e alta complexidade. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2002.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2011.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Protocolo para o Regulador. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2013.

Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care. London: Nuffield Trust, 2011.

Shortell S, Gillies R, Anderson D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994; 13:46-54.

Silva LMV, Formigli V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 80-91. 1994.

Silva PHC. Organizações Sociais no Estado de São Paulo: um estudo de caso sobre uma parceria público-privada na área da saúde. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2012.

Starfield B. Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SUBPAV. Portal Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). O acesso a este portal é restrito aos gestores. Site: <http://www.subpav.org/logar.php?site=>. Acesso em 15/07/2013.

TEIAS-Escola Manguinhos (Territórios Integrados de Atenção à Saúde). Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/>. Acesso em: 6 de novembro de 2013.

Traldi MC. Políticas Públicas e Organizações Sociais: O controle social na terceirização dos serviços de saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, Sup, p.190-198. 2004.

Vázquez, ML, Vargas I, Nuño R, Toro, N. *Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores*. Informe SESPAS, 2012

Veney J, Kaluzny A. Evaluation and decision making for health services, 2ed. In: Ann Arbor, Mich: Health Administration on Press, 1991.

Viva Rio. Disponível em: <http://vivario.org.br/viva-rio-os/>. Acesso em 6 de novembro de 2013.

Viva Rio. Sistemas de Informação – Área Programática 3.1.: Relatório sobre a produção trimestral das unidades de saúde de APS da A.P. 3.1, Rio de Janeiro, 2014.

Yin RK. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 4ª. Ed., Porto alegre: Bookman, 2010.

ANEXOS

Anexo 1: Roteiro para entrevista do Gestor de Saúde Bucal da C.A.P 3.1



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública

Estudo sobre a organização da rede de atenção à saúde bucal da Área de Planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro: os desafios para a integração da rede

Roteiro para entrevista do Gestor de Saúde bucal da A.P 3.1

Data de Realização: __/__/____.

Horário de início da entrevista: __: __

Horário do término da entrevista: __: __

Nome da Unidade em que foi realizada a entrevista:

Questões-chave:

Enunciados-chave:

Perfil do entrevistado

Nome do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Profissão:

A Quanto tempo atua no sistema municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro?

A Quanto tempo o(a) senhor(a) atua como coordenador de saúde bucal na C.A.P 3.1?

O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?

Qual o seu tipo de vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do cidade do Rio de Janeiro?

1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SMSDC E DA A.P 3.1

1.1 Estrutura de regulação na SMSDC/ 1.2 na A.P 3.1

Quando foi implantado o SISREG na A.P 3.1?

Como acontecia a regulação assistencial antes da implantação do SISREG na A.P 3.1?

Atualmente, como funciona a regulação assistencial em saúde bucal na A.P 3.1?

Existe odontólogo regulador? Quem insere as informações sobre os pacientes encaminhados no SISREG?

Existem diferenças neste processo entre unidades A, B e C?

Quem realiza a autorização das vagas de atenção odontológica especializada para as equipes odontológicas de APS?

Existem dificuldades no agendamento de consultas para o CEO pelo SISREG? Quais são?

2. INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Instrumentos de referência e contrarreferência para atenção especializada

Quais são os instrumentos para referência e contrarreferência de pacientes utilizados pelos dentistas na A.P 3.1?

Acontece a contrarreferência do CEO para a APS em saúde bucal? Como?

Quais dificuldades você identifica para realização da contrarreferência entre estes serviços odontológicos?

2.2 Estratégias de comunicação entre níveis assistenciais

Existem espaços para troca de experiências entre dentistas de APS e dos CEO? Quais são? Com que frequência ocorrem? Como funcionam?

Existem estratégias de diálogo clínico para melhorar a integração entre a atenção primária e secundária? Como funcionam?

São realizadas interconsultas ou consultas conjuntas entre dentistas de APS e do CEO?

São formulados projetos terapêuticos de maneira compartilhada entre dentistas de APS e CEO para resolução de casos complexos?

A gestão da atenção básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências entre os CD da rede de diferentes níveis assistenciais? Quais são? Com que frequência ocorrem?

Já houve algum tipo de atividade de educação permanente com o objetivo de melhorar a qualidade do registro das informações voltada para os dentistas da A.P 3.1?

São realizadas atividades de educação permanente para os dentistas da APS da qual participam os dentistas do CEO? (ex: Telessaúde) Como funcionam estas atividades? Qual a periodicidade delas? Como são escolhidos os temas?

Já houve algum tipo de formação sobre redes de atenção à saúde voltada para os dentistas da A.P 3.1?

Quais são os meios utilizados pela gestão de saúde bucal para entrar em contato com os gerentes de CEO, dentistas de atenção primária e especializada e apoiadores de saúde bucal das OSS? Com que frequência estes contatos ocorrem? Na sua opinião, são suficientes e ocorrem da maneira adequada?

3. ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

3.1 Fluxo formalizado para acesso ao CEO / 3.2 Trajetória mais comum do usuário ao CEO

Existe um fluxo formalizado proposto pela gestão municipal para acesso aos CEO? Este fluxo é de conhecimento de todos dentistas de APS e CEO? O (a) senhor (a) poderia descrevê-lo?

3.3 Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos dentistas de APS

Existem procedimentos de avaliação da necessidade de encaminhamento de pacientes da APS em saúde bucal para o CEO? Quem realiza essas avaliações? Com que frequência ocorrem?

3.4 Monitoramento de filas de espera para atenção especializada pela C.A.P, CEO e equipes odontológicas de APS

Existem estratégias de monitoramento das listas de espera para atendimento nos CEO?

Quantos usuários estão na lista de espera atualmente?

Quanto tempo um usuário aguarda por uma vaga no CEO?

Existem estratégias para redução do tempo de espera? Quais são? Na sua opinião, elas têm sido bem sucedidas?

Com a expansão da APS em saúde bucal por meio das eSB os tempos de espera para consulta nos CEO da A.P 3.1 aumentaram ou diminuíram? A que você atribui este efeito?

Existe um fluxo especial para pacientes que necessitem de encaminhamento urgente para o CEO? (Ex: pacientes com suspeita de câncer bucal)

3.5 Protocolo de Regulação Assistencial

Há um Protocolo de Regulação assistencial para uso dos profissionais? Como é este protocolo? São definidas prioridades?

Você conhece o “Protocolo para o Regulador”? Como foram construídos os protocolos para Atenção especializada odontológica? Com que frequência estes protocolos são revistos? Por que estão publicadas apenas as diretrizes para três especialidades odontológicas?

Quais eram as diretrizes para encaminhamentos antes da implantação deste protocolo?

Na sua opinião o “Protocolo para o Regulador” é suficiente para melhorar a qualidade dos encaminhamentos?

Quanto tempo decorre entre o surgimento da vaga e a chegada da informação para o paciente?

Como é realizada a confirmação da consulta no CEO para o usuário? Na sua opinião, quais são os problemas existentes nesse procedimento?

Quem comunica o paciente sobre o surgimento da vaga?

Quando o cirurgião dentista encaminha o paciente para o CEO, como procede?

Como paciente é informado de sua consulta no CEO pela unidade de APS?

Existem diferenças nesse procedimento entre Clínicas da Família e unidades mistas (Centros Municipais de saúde)?

O CEO lembra o paciente antes do dia da consulta? Como ocorre este lembrete?

O agendamento de consultas de retorno é realizado sempre para o mesmo dentista nos CEO?

Como é realizada a contrarreferência para o dentista de APS? Quais são as principais dificuldades para realização deste encaminhamento?

3.5.5 Protocolos clínicos

Existe um protocolo clínico estabelecido para realização de encaminhamento entre APS e CEO? Para todas as especialidades oferecidas?

Como estes protocolos foram elaborados?

Existe alguma estratégia de acompanhamento da utilização do protocolo clínico pelos dentistas da A.P 3.1? Como acontece?

Os encaminhamentos da eSB e de odontologia do modelo tradicional para consulta especializada acontecem dentro dos protocolos clínicos estabelecidos?

Como os dentistas de APS e CEO recém-contratados tomam conhecimento destes protocolos?

Qual foi o percentual de pacientes encaminhados pela APS para os CEO fora dos protocolos estabelecidos no ano de 2013? A que você atribui esta situação? Como os dentistas da APS e CEO lidam com esses casos?

3.6 Monitoramento das faltas às consultas programadas nos CEO

Existem estratégias de monitoramento das faltas dos usuários às consultas especializadas? Como funcionam?

Qual o percentual de faltas às consultas nos CEO durante o ano de 2013?

Na sua opinião estes valores estão adequados?

Para o Senhor(a), quais são os principais motivos destas faltas?

Existe alguma estratégia para redução das faltas às consultas nos CEO? Quais são? Na sua opinião elas têm sido eficientes?

Na sua opinião, como as faltas aos CEO poderiam ser reduzidas?

4. ACESSIBILIDADE AOS CEO

4.1 Barreiras à acessibilidade entre serviços odontológicos de APS e CEO

Como funcionava a atenção odontológica especializada na A.P 3.1 antes da implantação dos CEO?

Na sua opinião, a criação do CEO melhorou o acesso à atenção especializada em saúde bucal?

A implantação dos CEO contribuiu para melhor integração entre dentistas da atenção primária e da especializada? Como?

Na sua opinião, com a implantação das eSB nas clínicas da família, o acesso ao CEO melhorou ou piorou? De que forma?

Para o senhor(a), quais são as principais barreiras existentes para a acessibilidade dos usuários aos CEO?

Qual a trajetória do usuário desde o atendimento na APS até o atendimento no CEO?

Qual foi o percentual de tratamentos concluídos no CEO no ano de 2013?

Qual foi o percentual de pacientes que abandonaram tratamentos no CEO durante o ano de 2013?

Na sua opinião, estes valores estão adequados?

5. INSTRUMENTOS PARA CONTINUIDADE INFORMACIONAL

5.1 Prontuários eletrônicos

Quando os prontuários eletrônicos foram implantados na A.P 3.1?

Antes disso, como eram registradas as informações sobre os pacientes dos serviços odontológicos municipais?

Atualmente, quais são os prontuários eletrônicos utilizados pelos dentistas na A.P 3.1?

Existe prontuário eletrônico nos CEO? É o mesmo utilizado nas unidades de APS?

Os dentistas de APS e CEO tem acesso às informações sobre os pacientes existentes nos prontuários eletrônicos?

Os dentistas recém-contratados passam por algum tipo de formação para utilização dos prontuários eletrônicos? Como ocorre?

Existem dificuldades para utilização destes prontuários? Quais são?

Os consolidados obtidos a partir da utilização destes prontuários são utilizados para identificação de demandas e realização do planejamento da saúde bucal na A.P 3.1?

Na sua opinião, quais os principais problemas apresentados pelos prontuários eletrônicos?

Você está satisfeito com os resultados obtidos pela utilização destes prontuários?

6. PARTICIPAÇÃO DAS OSS NA REGULAÇÃO

6.1 Integração/ fragmentação gerencial na interface entre serviços odontológicos de APS e Atenção Especializada

Em que as OSS são melhores para a organização da rede de serviços odontológicos? E piores?

Neste sentido, existem diferenças entre as duas OSS que atuam no território?

Como o Senhor(a) avalia a atuação de ambas?

De que forma o gerenciamento por OSS contribui para a maior integração dos serviços odontológicos existentes na rede?

Na sua opinião a contratualização das OSS para o gerenciamento dos serviços odontológicos de APS contribui para a realização da coordenação assistencial por estes serviços? De que forma?

Existem indicadores para avaliação de desempenho das OSS sobre Integração, coordenação e acessibilidade à atenção especializada? Quais são?

Avaliação Geral

Na sua opinião, quais as principais dificuldades para a realização da coordenação assistencial pelos dentistas de APS?

Na sua opinião, os três CEO existentes na A.P 3.1 e a quantidade de vagas oferecidas por eles é suficiente? Por que?

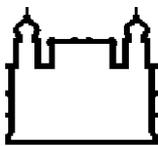
Na sua opinião, a criação do CEO melhorou a coordenação do cuidado pela APS em saúde bucal?

Quais são as estratégias de apoio oferecidas pela coordenação de saúde bucal da A.P 3.1 para os serviços odontológicos de atenção primária e especializada com dificuldades de integração?

O Senhor(a) tem sugestões para melhorar a coordenação assistencial entre serviços odontológico de APS e CEO na A.P 3.1?

O Senhor(a) tem sugestões para melhorar a integração entre os serviços odontológicos da rede municipal existentes na A.P 3.1?

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Gestores da Saúde Bucal entrevistados da SMSDC/ RJ e A.P 3.1 do Rio de Janeiro



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para Gestor de Saúde Bucal da A.P 3.1 e Gestores de Saúde Bucal das Organizações Sociais de Saúde)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Estudo sobre a organização da rede de atenção à saúde bucal da Área de Planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro: os desafios para a integração da rede**” desenvolvida por Ivo Aurélio Lima Júnior, discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Profa. Dra. Lígia Giovanella.

O objetivo central do estudo é avaliar a organização da Rede de Atenção à saúde Bucal da Área Programática 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

O convite à sua participação se deve ao fato de ser Gestor de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), Técnico responsável pelo Sistema Informatizado de Regulação Assistencial (SISREG) ou Gestor de saúde bucal da Área de Planejamento 3.1 (Setor público ou Organização Social de Saúde). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Entretanto, cabe ressaltar que apesar da garantia de sigilo por parte do pesquisador sobre nomes, apelidos e datas de nascimento, a identificação do informante pode ocorrer de forma indireta pois serão citados, genericamente, os cargos ocupados pelos participantes da pesquisa e a Área de Planejamento em que a pesquisa será realizada.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário ao pesquisador do projeto sobre a organização da rede de saúde bucal da A.P 3.1, integração entre serviços de

odontológicos de Atenção Primária e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), processo de referência de usuários para o CEO e regulação assistencial, com duração de 60 a 90 minutos. A entrevista será gravada, assim, ao concordar com a entrevista, o (a) Sr.(a) estará também de acordo com a gravação desta.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício direto de sua participação se refere à contribuição com a avaliação da organização da Rede de atenção à saúde bucal da A.P 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. Toda pesquisa possui riscos potenciais. Existe a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. No entanto, para essa pesquisa os riscos são mínimos e estão relacionados a possibilidade de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação, risco de dano emocional e social.

O pesquisador e sua orientadora estão comprometidos com todas as providências e cautelas necessárias para promover o máximo de benefícios e o mínimo de danos aos participantes da pesquisa. Contudo, os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Você receberá uma via deste termo onde constam telefone, email e endereço institucional da orientadora responsável pela pesquisa, e os contatos do pesquisador principal (mestrando) e do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Esse termo deve ser guardado por pelo menos cinco anos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel. e Fax: (0XX) 21- 25982863

Email: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Coordenadora da Pesquisa: Prof. Dr^a. Lígia Giovanela

Telefones: (21) 3882-29134 / 2209 – 3347

Fax: 2209 - 3119

Email: giovanel@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Avenida Brasil, 4036 - sala 1001, 10º andar, Edifício Expansão Fiocruz Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ CEP: 21040 - 361

Pesquisador responsável: Ivo Aurélio Lima Júnior

Telefone: (21) 8106-0082 email: ivolima1@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: _____ Data: ____/____/2014

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Anexo 3: Formulário de encaminhamento (guia de referência e contrarreferência)



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde



Encaminhamento de Usuários (Referência e Contra-referência)

Nome*				
Data de Nascimento*	Idade	Sexo*	CPF*	Nº do Cartão SUS*
Nome da Mãe*				
Endereço*		Bairro*	CEP	
Município/Estado Residência*	Município/Estado de Nascimento*		Telefone Residencial	Telefone Celular
Unidade de Saúde Solicitante*		CNES*	Telefone da Unidade	

Dados do Encaminhamento

Especialidade encaminhada	Nome do Profissional (sugerido)	Unidade (sugerida)
---------------------------	---------------------------------	--------------------

Dados de Atendimento

	Peso(kg)	Altura(m)	Pressão (mm/Hg)	Temperatura
Motivo do Encaminhamento (dados clínicos)				
Exames Solicitados e resultados				
CID 10	Data do Encaminhamento			

* campos obrigatórios

Nome e Carimbo do Profissional

* Levar à consulta agendada: a) documento de identificação; b) este formulário de Encaminhamento (Referência e Contra-referência); c) comprovante de agendamento do SISREG.

* Solicite ao médico da consulta especializada o preenchimento dos campos abaixo (contra-referência) para devolver ao médico de seu CMS ou Clínica da Família;

Contra-Referência (Para Uso na Unidade Referenciada)

Nome do(a) paciente		Nº do Cartão SUS*	Nº do Prontuário
Unidade de Saúde de Origem	Endereço		Bairro
Parecer Inicial			
Exames solicitados e Resultados			
Tratamentos indicados			

Destaque a parte pontilhada e devolva-a ao paciente orientado-o a apresentá-la em sua Unidade de Origem.

Anexo 7: Ficha 4 – Prioridades de Atendimento em Saúde Bucal

RIO		Coordenadoria de Saúde AP ____ - Estratégia de Saúde da Família						Rio de Janeiro	
Nome do Agente / Cadastrador:		Comunidade:		Equipe		M.área		Data :	
Prioridades 1				Prioridades 2 ou 3					
Nome	Idade	Família	Data Agen.	Nome	Idade	Família	Data Agen.	Nome	Idade
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	
				CD				CD	
				TSB				TSB	