UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA - PPGISC

SILVIA CARRÉRA AUSTREGÉSILO

A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA (SOU) NO SUS

Recife - PE
2014

SILVIA CARRÉRA AUSTREGÉSILO

A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA (SOU) NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profª Drª Nilcema Figueiredo

Recife - PE

2014

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

A941i Austregésilo, Silvia Carréra.
A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS / Silvia Carréra Austregésilo. – Recife: O autor, 2014.
106 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Nilcema Figueiredo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Bucal. 2. Emergências. 3. Serviços de Saúde Bucal. I. Figueiredo, Nilcema. (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-040)

SILVIA CARRÉRA AUSTREGÉSILO

A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA (SOU) NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 /02/2014

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): _____

Prof. Dra. Nilcema Figueiredo
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Debatedor(a): _____

Prof. Dr. Paulo Sávio de Angeiras Góes
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Debatedor(a): _____

Prof. Dra. Márcia Carréra Campos Leal
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dedico este trabalho a Deus, e a meus pais, os grandes responsáveis pela minha formação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por me acompanhar em todos os momentos, e dar toda a força necessária para caminhar e batalhar pela concretização de meu sonho;

À toda minha família por estar sempre presente não só em todas as conquistas, mas principalmente na superação dos árduos obstáculos;

À minha tia, madrinha, co-orientadora e AMIGA, Márcia Carréra. Sem você e todos os seus conselhos, nada disso seria possível;

Ao meu namorado, sempre me colocando pra cima e tomando minha bandeira, participando das lutas e conquistas. Muito obrigada, meu amor, por todo carinho e afeto durante esta trajetória;

À minha orientadora, Profª Drª Nilcema Figueiredo, por suas valiosas contribuições neste trabalho me ensinando a ter cuidado no conceito, rigor na forma e clareza na escrita. Muito obrigada pela dedicação;

Ao Prof. Dr. Paulo Sávio por todo o crédito e confiança que venho recebendo, e por seus valiosos conselhos;

À querida Raquel. Você é um exemplo pra mim. Muito obrigada por seu imenso carinho e apoio;

Aos cirurgiões-dentistas entrevistados nos PSF e SOU, que foram objeto da pesquisa, meu profundo agradecimento pela confiança e colaboração;

Às queridas amigas e companheiras na Saúde Coletiva: Wanessa, Olívia, Lauana, Cecília, Rose, Suzy, Fran e Ju. Admiro todas vocês!

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

"Uma prova de que Deus esteja conosco não é o fato de que não venhamos a cair, mas que nos levantemos depois de cada queda."

Santa Teresa D'Ávila

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) destaca em seu texto, diretrizes para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito da integralidade como um de seus princípios. Considerando que os serviços de urgência odontológica também compõem a rede de referência e contra-referência, interagindo na intersecção do atendimento primário, secundário e terciário, a presente pesquisa visou descrever a interface entre a atenção primária à saúde (APS), particularmente da Estratégia de Saúde da Família, e a atenção secundária em saúde bucal, utilizando-se dos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), no município do Recife. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, exploratório e descritivo. A coleta de dados se deu a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas. Foi utilizada a análise clássica do ALCESTE a partir do Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente, permitindo compreender as expressões e cada uma das palavras pronunciadas pelos profissionais de odontologia, analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais. Evidenciamos uma frágil integração e pouca resolutividade entre os níveis de atenção, apresentando uma rede parcialmente desconectada. Indubitavelmente os problemas com a interface entre a atenção primária e serviços de urgência em saúde bucal são múltiplos e complexos. As soluções individuais possuem baixa efetividade, sendo estas complexas em sua operacionalização.

PALAVRAS-CHAVE: *Redes de Atenção à Saúde*. *Saúde bucal. Emergências. Serviços de Saúde Bucal.*

ABSTRACT

The Brazilian National Policy for Mouth Health (PNSB) highlights some guidelines for the reorganization of mouth health care at all levels within the main concept of integrality. In spite of evident progress in the health system, the principle is still far from being precisely executed in daily health care. Since urgent service in dentistry lies within the reference and counter-reference network and interacts with the intersection of primary, secondary and tertiary care, current analysis describes the interface between primary care in health (APS), especially the Family Health Strategy, and secondary care in mouth health employing dentistry urgency service (SOU) in the municipality of Recife, Brazil. The paper deals with a case study based on a qualitative, exploratory, and descriptive foregrounding. Data were harvested from half-structured interviews. ALCESTE 13 was employed for analysis. A weak integration between care levels and slight resolution attitude was evidenced, producing numberless PNSB activities and guidelines as liabilities. A partially unconnected web is extant, with great deficits in APS and SOU. In other words, access is still unattainable by all and there is an awareness of an undisputable need for greater integration among the services. Undoubtedly the issues with the interface between primary care and urgency services in mouth health are many and complex. Individual solutions are scantily effective and complex in their operationality. Most of these initiatives broaden access and foreground decision-taking, referencing and efficiency.

KEYWORDS: H*ealth care systems. Oral health. Emergencies. Dental Health Services.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2009	47
Tabela 2	Rede Própria de Saúde do Município. Recife, 2010	48
Tabela 3	Rede própria de saúde do município. Recife, 2013.	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fatores facilitadores e dificultadores na referência da atenção secundária em saúde bucal (Fonte: Morris; Burke, 2001a).	38
Quadro 1	Barreiras e possíveis soluções à realização de uma interface ideal entre a atenção primária e secundária em saúde bucal (Morris; Burke, 2001b).	40
Quadro 2	Blocos para análise baseado nos objetivos propostos.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE	Análise lexical contextual de um conjunto de segmento de texto /Analyse lexicale par context dún ensemble de segments de texte
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CD	Cirurgião-dentista
CPOD	Dentes Cariado, Perdidos e Obturados
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DS	Distrito Sanitário
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Pernambuco
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Região Político-Administrativa
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOU	Serviço Odontológico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 19

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 19

2.1.1 Níveis de Atenção à Saúde 22

2.1.2 Integralidade e Linhas de Atenção à Saúde 26

2.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO SUS 30

2.2.1 Os Serviços de Urgência Odontológica 31

2.3 A INTEFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SECUNDÁRIA 37

3 OBJETIVOS 42

3.1 GERAL 43

3.2 ESPECÍFICOS 43

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS 44

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 45

4.2 LOCAL DO ESTUDO 46

4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA 50

4.3.1 Tipo de Amostra 50

4.3.2 Critérios de inclusão 50

4.3.4 Critérios de exclusão 50

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE ANÁLISE 51

4.4.1Entrevista semi-estruturada 51

4.5 ANÁLISE DOS DADOS 52

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 57

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 58

5.1 CONHECIMENTO REFERENTE À REDE DE SAÚDE BUCAL NO RECIFE E SUA POLÍTICA. 59

5.2 LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTERFACE 71

5.3 INTEGRALIDADE 78

5.4 LINHA DO CUIDADO 80

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 85

REFERÊNCIAS 88

APÊNDICES 99

ROTEIRO DE ENTREVISTA 100

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 102

ANEXOS 104

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 105

CARTA DE ANUÊNCIA 106

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua institucionalização em 1988, vem editando normas e diretrizes com a finalidade de sistematizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes, definindo a referência e contra-referência e as portas de entrada, visando regular o acesso e organizar os serviços assistenciais através de uma rede integrada de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2008).

Por meio de seus princípios doutrinários e diretrizes organizativas para a integração das ações de saúde, o SUS configura-se em um único Sistema e, dentre estes, é o conceito da integralidade da assistência à saúde que o conforma como uma rede de serviços e relações (MENDES, 2010). Entendemos, que sem uma rede de serviços, não é possível a integralidade da atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2008).

No âmbito da saúde bucal, apesar dos avanços, a organização de um modelo de assistência odontológica ainda se apresenta como um dos grandes desafios a serem superados pelo SUS. Necessitando de reformulação de suas práticas, considerando-se a qualidade e a oferta de técnicas mais densas para solução dos problemas bucais da população (PINTO, 2000; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

O marco inicial de um extenso processo de debates e construção de estratégias foi o ano de 2004, no qual ocorreu a formulação e lançamento na agenda política brasileira, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), expressa no 'Programa Brasil Sorridente', apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento 'Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal' (BRASIL, 2004a; FRAZÃO; NARVAI, 2009; CHAVES et al., 2010).

Nesse documento, são apresentadas as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, sendo enfatizada a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal. Aqui é sublinhada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia, e são identificados os princípios norteadores e as linhas de ação (BRASIL, 2004a; FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Desde então, importantes avanços foram observados e as conquistas alcançadas de considerável relevância. Os resultados apresentados pelos levantamentos realizados em 2002/2003 e 2010 (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011), ao apresentar valores para o índice

CPOD (experiência de cárie em dentes permanentes) de 2,78 e 2,1, respectivamente, trazem o Brasil para a posição de país cumpridor de algumas metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em saúde bucal, abandonando assim o status de país com altíssima prevalência de cárie aos 12 anos (VAZQUEZ, 2011).

Entretanto, apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida, sendo a saúde bucal dos brasileiros ainda preocupante para algumas faixas etárias. Situação esta considerada como resultado de décadas de desassistência e de práticas mutiladoras (VASQUEZ, 2011; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Estes dados mostram que os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados são a cárie dentária, suas conseqüências (dor e perda dentária) e a falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal. Apontaram também disparidades sociais presentes nos indicadores do processo saúde-doença, implicando desigualdades nos padrões de doenças e também na forma de utilização dos serviços, com prejuízo àquelas de maior risco social (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; FIGUEIREDO; GÓES, 2009; PINHEIRO; TORRES, 2006).

Com a regulamentação do SUS baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação Social, e para o cumprimento dos princípios do SUS, bem definidos na lei 8.080 de 1990, algumas estratégias foram construídas. Lançou-se mão da Estratégia de Saúde da Família como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal ao sistema de atenção em saúde (GIOVANELLA et al, 2009). Desta maneira, buscava-se, além de reorganizar o SUS, reorientar a atenção primária em relação ao resgate das diretrizes, princípios e práticas de atenção, visando a resolução de 85% dos problemas de saúde da população (VAZQUEZ, 2011).

A implantação da estratégia ocorreu progressivamente e, ao final de 2013, contabilizaram-se 35.242 equipes de Saúde da Família (ESF) por todo o País, atuando em 5.346 municípios. Desses, 4.971 contam ainda com equipes de Saúde Bucal (ESB) – compostas por cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal – que passaram de 4,2 mil para 23,8 mil em nove anos, e já atendem em 85% dos municípios do País, contra 41%,

em 2002. Portanto, é de fato incontestável o progresso no acesso à atenção primária (SOUZA, 2010; BRASIL, 2014).

Contudo, mesmo com os avanços observados, principalmente com a inserção das ESB às ESF, parte da população brasileira ainda apresenta dificuldade no acesso ao acompanhamento odontológico, ou seja, a uma atenção longitudinal e diante de tal deficiência, uma parcela da população utiliza os serviços de urgência odontológica como única forma de acesso a um serviço de Saúde Bucal (FIGUEIREDO; GÓES, 2009; SOUZA, 2009).

Diante desta realidade, a PNSB destaca que a remissão dos processos de dor e minimização do sofrimento das pessoas exige estratégias resolutivas de organização dos serviços de pronto-atendimento e de urgência, no SUS, e finaliza evidenciando que deve ser dada prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004a; TOLEDO, 2008).

Estes estabelecimentos apresentam grande importância dentro desta rede, configurando-se como serviços que atuam de maneira complementar aos serviços básicos de atenção à saúde. Os serviços de urgência recebem, portanto, papel de destaque e a PNSB ao referir-se a atenção da urgência reforça que a mesma passa a ter relevância na organização dos serviços, assumindo múltiplas atribuições (TOLEDO, 2008; FONSECA, 2011).

Tendo em vista que estes serviços também compõem a rede de referência e contra-referência, interagindo na intersecção do atendimento primário, secundário e terciário, de modo a possibilitar o cumprimento do princípio da integralidade das ações (TOLEDO, 2008; FONSECA, 2011), o presente estudo teve como pergunta norteadora: Como se apresenta a interface entre atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) na rede de atenção em saúde bucal no Recife?

Logo, buscou-se descrever e analisar a interface entre a atenção primária, particularmente da Estratégia de Saúde da Família, e a atenção secundária em saúde bucal, utilizando-se dos serviços odontológicos de urgência, no município do Recife. Identificando como se encontra a integração entre estas atenções, a partir do reconhecimento dos SOU como o suporte das equipes de saúde da família, na perspectiva da organização de redes assistenciais.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Antes do SUS ser instituído, existiu no Brasil durante décadas, no Sistema de Saúde, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, mais voltadas para a prevenção, atenção coletiva, promoção e proteção da saúde e para o ambiente, do outro (MEDEIROS, 2007).

Essa separação possuía também um caráter político-administrativo, chegando à esfera de governo, onde tínhamos a assistência médica sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a saúde pública ligada ao Ministério da Saúde (MS). Essas duas instituições caminhavam paralelamente, porém sem integração entre suas ações. Ao lado delas, mas também sem nenhuma interação estavam a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular (GOMES, 2012).

Como resposta à esta tradicional dicotomia entre ações de caráter individual e ações do campo da Saúde Pública, introduzido desde o início dos anos de 1980, o conceito de atenção integral – integralidade da atenção – como um princípio orientador das propostas de reforma para o setor saúde (GIOVANELLA et al., 2002).

Em 1990, com a promulgação da Lei 8.080, o SUS foi instituído, com comando único em cada esfera de governo e tendo o MS como gestor no âmbito da União. No seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, a Lei, estabelece entre os princípios do SUS a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" (BRASIL, 1990).

A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, segundo Silva (2011), além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Sobre isso, Silva já havia destacado em 2008: *é importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início*.

Mendes (2001; 2010) apresentou como proposta sistemática, a construção de Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Seu estudo fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro, propondo como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica.

A RAS é definida como *"arranjo organizativo 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, 2010).

São entedidas como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, organizadas sem hierarquia, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário com atenção integral; coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa (MENDES, 2010; DIAS, 2012).

No tocante a saúde bucal, enfocando a política de Saúde Bucal no SUS, tema deste estudo, Narvai e Frazão (2009) acrescentam que a sua inserção na agenda pública tem sido marcada por inúmeros conflitos e contradições, em todas as esferas de governo, desde sua criação em 1988.

O estudo de Santos e Assis (2006) revelou que na primeira década de implantação do SUS, não se identificou documento oficial que traduzisse uma política de saúde bucal, caracterizando-se certa omissão do nível central quanto à área, apesar do Plano Qüinqüenal de Saúde (1990 - 1995) apresentar metas para controle do câncer de orofaringe, além da menção à redução da cárie e da doença periodontal entre escolares.

Em 2000, por intermédio da Portaria 1.444 (28/12/2000), uma nova perspectiva foi aberta pelo MS ao iniciar um processo de incentivos através do financiamento para a reorganização da atenção à saúde bucal e inserção de cirurgiões-dentistas no Programa Saúde da Família, após sete anos de implantação do referido programa no país (BRASIL, 2000).

Quase duas décadas após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986), podemos dizer que

se obteve a efetivação da entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo, quando já se denunciava a precária situação de saúde bucal da população e os limites da atenção nessa área (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Foi neste contexto que, em 2004, como resposta aos problemas de saúde bucal da população brasileira, o MS apresentou o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", instituindo a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com o objetivo de orientar o processo de reorganização da atenção em saúde bucal no SUS, cujas diretrizes visam ao acesso universal e à integralidade da atenção (TOLEDO, 2008).

Este documento reafirma a importância da atenção básica e assume o compromisso de sua qualificação, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização (BRASIL, 2006b).

Entre seus pressupostos vale destacar: assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência, a fim de garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta (BRASIL, 2006b).

A PNSB também faz menção a uma adequação do processo de trabalho ao modelo que se está propondo, a qual requer: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; integralidade da atenção; intersetorialidade; ampliação e qualificação da assistência; condições de trabalho; e parâmetros para orientar o processo de trabalho (BRASIL, 2004a; 2006b).

Com relação à ampliação e qualificação da atenção básica, considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética e ampliação do acesso (BRASIL, 2004a).

Além disso, o documento inova ao estruturar o sistema de referência em atenção à saúde bucal, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (MAIA; KORNIS, 2010).

2.1.1 Níveis de Atenção à Saúde

No que se refere aos níveis de atenção, estes estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, chamada atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (MENDES, 2010).

Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RAS. No tocante a prática social, ao se construírem as RAS, há que se combinarem os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2010).

A APS, nível mais elementar, é a responsável por ordenar as redes de atenção e, como dito anteriormente, coordenar os cuidados e a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população, configurando-se, portanto, como base da estrutura operacional das RAS. Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade (OPAS, 2011). Isto porque a APS, por suas características coordenadoras e pela ampla gama de atividades que oferece, seria o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos e sociais, assim como responsável pela garantia da atenção em outros níveis de complexidade (GIOVANELLA et al., 2002).

No Brasil, a Saúde da Família, enquanto modelo e através dos seus serviços tem sido a principal estratégia de reorganização da APS para que esta possa cumprir as finalidades acima mencionadas (MENDES, 2009).

Para o MS, a Estratégia Saúde da Família tem o objetivo de expandir, qualificar e consolidar a APS, pois favorece uma re-orientação do processo de trabalho, tendo potencial de aprofundar seus preceitos, de ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

O processo de consolidação do SUS está então intimamente ligado aos aspectos relativos à descentralização do sistema, à reorganização da atenção à saúde e às inovações levadas a termo nas formas de financiamento do setor, instituídas pelas normas operacionais e pelo conjunto de portarias que as complementam (MAIA e KORNIS, 2010).

Em sendo a Saúde da Família a estratégia prioritária da APS, a mesma apresenta os seguintes fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Na saúde bucal, a proposição pelo MS das diretrizes para uma PNSB e de sua efetivação, por meio do Programa Brasil Sorridente, tem, na APS, um de seus mais importantes pilares, configurando-se como primeiro desafio a organização as ações no nível primário de atenção, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2006a).

Narvai (2005) refere-se à atenção primária como “atenção primeira” o que significaria não ser pensada como único tipo de atenção. Para ele a “porta de entrada” para o sistema de saúde não deveria ser um “lugar” onde as pessoas “passam” para serem encaminhadas aos outros níveis de maior complexidade, mas sim, ser caracterizada como um conjunto de ações resolutivas para mais de 70% dos casos e ainda com a responsabilidade de prevenir o aparecimento de outras doenças nessa população.

Para Starfield (2002), o correto entendimento do conceito da APS ou Atenção Básica pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação. Esta afirmação encontra-se no caderno de Atenção Básica nº17 de Saúde Bucal do MS (BRASIL, 2006a). A autora supracitada ressalta que um dos atributos essenciais da APS abrangente é a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde que requerem acompanhamento constante, garantindo a continuidade da atenção.

Assim, à atenção primária em saúde bucal, compete assumir a responsabilidade pelo cuidado e acompanhamento do usuário, sendo o eixo coordenador do fluxo de pacientes, em uma rede regionalizada de cuidado que conte com todos os níveis de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade citadas, com responsabilização territorial e com estabelecimento compartilhado de competências (BRASIL, 2006a).

No tocante à atenção secundária, na rede saúde, esta é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, apresentando-se com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária (BRASIL, 2010), historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência compõem esse nível de atenção (ERDMANN et al., 2013).

Na saúde bucal a atenção secundária emerge da necessidade da identificação de uma patologia ou de uma anomalia que demandam tratamento de maior complexidade e/ ou reabilitação. Portanto, este nível de atenção tem por base a garantia de critérios de acesso em função das necessidades das pessoas e da análise de risco. Incluindo-se aqui também as situações de emergência e urgências e a garantia de acesso ao nível terciário de atenção se necessário for (MAIA, 2008).

A literatura científica retrata o acesso aos serviços de média complexidade como um dos entraves para a efetivação da integralidade do SUS. Em estudo realizado por Spedo, Pinto e Tanaka (2010), o qual visava avaliar mecanismos utilizados pela gestão do SUS para garantir acesso à assistência de média complexidade, no município de São Paulo, através de entrevistas aos gestores, identificou a atenção secundária como o "gargalo" do SUS e um dos principais obstáculos para a construção da integralidade.

Erdmann et al. (2013), corroboram com esta mesma conclusão em sua pesquisa, a qual também faz referência a falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais para atenção terciária, além da desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária, os quais são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto esse processo na rede.

Franco e Magalhães Júnior (2003) relatam ser atenção secundária e terciária, em geral, um ponto de estrangulamento importante nos serviços de saúde, por existir uma

grande demanda por estes recursos assistenciais, e não se conseguir responder adequadamente, gerando longas filas de espera para alguns procedimentos.

No setor odontológico, a expansão da rede assistencial de atenção secundária parece não ter acompanhado o crescimento da oferta de serviços de atenção primária, evidenciando que a baixa capacidade de oferta destes serviços compromete, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco regionais de saúde (BRASIL, 2006a; FIGUEIREDO, 2008).

Em estudos como os de Baldani et al. (2005), Santos e Assis (2006), Souza e Roncalli (2007), foi evidenciado, quando da análise das ações de saúde bucal na atenção primária, particularmente em estudos sobre o Programa de Saúde da Família, que um dos pontos críticos ao modelo é a dificuldade para encaminhamentos de casos aos níveis mais complexos da atenção.

O atendimento às urgências e emergências, inseridos neste nível de atenção, recebe destaque na PNSB, como um direito precípuo de cidadania, referindo-se que a remissão dos processos de dor e minimização do sofrimento das pessoas exige estratégias resolutivas de organização dos serviços de pronto atendimento e atendimento de urgência no SUS (BRASIL, 2004a).

Podemos destacar também, dentre as ações recomendadas pela PNSB para ampliação e qualificação da atenção básica, a implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, com vistas a organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local, avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e orientar o usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2004a).

O setor de urgência é conhecido como um ponto de entrada para o sistema de saúde, principalmente por aquelas pessoas que têm dificuldade de acessar o serviço de APS rotineiramente. Além disso, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos podem resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, com decorrente prevenção dos casos de dor. (CASSAL, CARDOZO e BAVARESCO, 2011; SANCHEZ & DRUMOND, 2011).

No município de Recife, em estudo realizado por Carnut, Figueiredo e Góes (2008), o qual objetivava avaliar, pela ótica do usuário, a qualidade dos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), foi possível observar que a dor de dente foi o fator determinante pela procura desses serviços. Concluiu-se também que as equipes de saúde bucal parecem inibir a busca pelo SOU, porém esse serviço parece ser essencial para a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal.

Assim como a atenção secundária, a atenção terciária também é considerada nó das RAS onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados por meio de uma função de produção singular. Contudo, a atenção terciária se diferencia da secundária por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, visto que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS (MENDES, 2010).

A odontologia hospitalar encontra-se neste último nível de atenção, não havendo, portanto outro nível de maior complexidade para o encaminhamento dos pacientes. Atende, por meio de seus serviços de emergência e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, tanto a casos com origem nas causas externas como também aqueles originados, via de regra, pela falta de tratamento odontológico ambulatorial. Portanto, nota-se a necessidade do alto grau de resolutividade das unidades hospitalares, fato também percebido pela população que, via de regra prefere buscar neste locus a resposta para os seus problemas (MAIA, 2008).

2.1.2 Integralidade e as Linhas do Cuidado

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS. Ele expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário, e funciona, segundo Mattos (2004), como uma imagem-objetivo, ou seja, uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes.

No contexto histórico, o objetivo de garantir serviços de saúde integrais surge com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX.

A criação do *National Health Service* (NHS), no Reino unido, é o exemplo mais expressivo. Em 1946, o *NHS Act* estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos, que deveriam ser disponíveis e gratuitos para toda a população. Este objetivo reaparece em meados de 1960, nas reformas setoriais, sendo de forma mais contundente naquelas realizadas nos serviços sociais e de saúde da província do Québec, em 1971, na qual o acesso universal e a integralidade apareciam como centrais (MEDEIROS, 2007).

No Brasil, o conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. Considerando-a, de forma articulada, para que sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003).

O MS reporta sobre integralidade a oferta ao usuário de todos os serviços necessários ao atendimento das suas necessidades (atenção básica, alta complexidade, entre outros). Associa-se a estas ações, as questões relacionadas a vigilância à saúde. Para tanto é necessário qualificar a referência e a contra-referência, possibilitando a atuação seqüencial das equipes de saúde e a continuidade responsável pelo cuidado com a população, atuando numa rede cuidados progressivos, centrada no usuário. (BRASIL, 2012).

No que tange à saúde bucal, de modo a buscar integralidade da atenção, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam, fundamentalmente, para o fortalecimento da atenção básica e para a ampliação da oferta de serviços, assegurando o atendimento nos níveis de atenção secundário e terciário (MAIA; KORNIS; FORTUNA, 2011).

Em continuidade à importância da integralidade, destacamos o conceito trazido pelo MS a respeito das linhas de cuidado, as quais devem ser compreendidas como modelos matriciais de organização da atenção à saúde, que apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção primária, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012)

No tocante à linha do cuidado, Franco e Magalhães (2003) abordam que a mesma é produzida a partir do desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais. Portanto, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede de atenção primária. Assim, faz-se necessário a organização com capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores, pactuando ações assistencialistas que garantam na prática o que a lei determina.

Segundo a PNSB, a produção do cuidado apresenta uma proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Determina a responsabilização dos serviços e dos profissionais da saúde em construir com os usuários a resposta possível às suas queixas de uma forma tal que não apenas se restrinja a produção de consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004a).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as "linhas do cuidado" (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência), onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado. A linha do cuidado, constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (PUCCA JÚNIOR, 2013).

Portanto, a linha do cuidado implica num redirecionamento do processo de trabalho, onde as atividades em equipe é um de seus fundamentos mais relevantes, e expressa a idéia de múltiplas conexões, numa lógica de rede que não hierarquiza ou direciona fluxos, mas, que ocorre pela ação dos atores sociais nas relações pactuadas com o outro (BRASIL, 2004a; FRANCO, 2006).

Para que o próprio sistema de saúde seja em ações intersetoriais, é necessário que os profissionais da equipe de saúde bucal desenvolvam a capacidade de propor alianças. Objetivando ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, direcionadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução

oportuna e responsável dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis de atenção, bem como uma condição de estabelecer uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006b; 2007b).

O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, rompendo com uma tradicional maneira de interferir sobre as necessidades, de forma compartilhada. Na perspectiva da linha do cuidado, o trabalho é integrado e não partilhado. Portanto, compõe na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer, cada vez mais múltiplo, segundo Franco e Magalhães, em 2003.

Assim, a linha do cuidado permite pressupor produtos, clientela e qualidade da assistência, sendo fomentada por recursos/insumos que denotam as tecnologias a serem utilizadas no processo de assistência ao beneficiário, exercendo de forma sistêmica e realizando vários serviços (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Entende-se que a continuidade desta linha do cuidado é o atributo de um conjunto de eventos em atenção à saúde é experimentado como coerente e conectado, referindo-se às necessidades identificadas pelo paciente e o seu contexto pessoal. O essencial nessa definição, segundo Haggerty et al. (2003), é a perspectiva pessoal do paciente, ou seja, a continuidade é o que os pacientes percebem.

O processo de constituição das linhas de cuidado é um dos mais significativos em relação a busca da integralidade. Como um dos principais desafios à organização dos sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são apontados problemas vinculados à coordenação dos cuidados à saúde, face à fragmentação da rede assistencial e à escassa comunicação entre prestadores (NAVARRETE et al., 2005; HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade informacional proporciona a continuidade do cuidado, desta maneira Cunha e Giovanella (2011) ressaltam a relevância da comunicação entre os serviços de atenção a saúde.

Destacamos a importância dos movimentos, tanto de gestão como de processo de trabalho, bem como no campo dos movimentos sociais em saúde, que procuram favorecer/fortalecer as práticas integrais de saúde. Com a inversão do modelo tradicional de organização do trabalho em saúde centrado nos procedimentos para o vínculo e escuta

dos usuários (SCHOLZE et. al., 2006). Este modelo de acolhimento se encontra como estratégia prioritária no Plano Municipal de Saúde de Recife (RECIFE, 2010).

Quando se pretende organizar uma rede de serviços e ações implicados com a integralidade na atenção à saúde, considerando os níveis de especialidades, apoio terapêutico e diagnóstico, média e alta complexidade, várias são as situações de dificuldades enfrentadas pelos gestores e conjunto de trabalhadores (CRUZ, 2010).

Apesar dos avanços dos últimos anos, no Brasil, ainda observa-se uma fragmentação na rede de serviços de saúde do SUS. A APS ainda enfrenta dificuldades para constituir a porta preferencial do sistema de saúde e se tornar resolutiva, abrangente e coordenadora do cuidado (GIOVANELLA et al., 2009).

2.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO SUS

As redes de atenção à saúde têm, na APS, o seu centro de comunicação. Nos últimos anos no Brasil, a APS vem sendo construída para configurar-se na mais importante e fundamental ferramenta para consolidar a RAS, cabe a ela ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, no percurso de todas as etapas de atenção à saúde e dos sistemas de apoio (OPAS, 2011).

Entretanto, mesmo dispondo de tais fundamentos e configurando-se atualmente na mais importante medida estratégica de reorganização da atenção à saúde, vem aumentando a demanda por serviços de urgências, fazendo com que as unidades de saúde destinadas a atender esse tipo de demanda fiquem sobrecarregadas, dificultando o acesso das pessoas a um serviço de saúde de qualidade (SILVA, 2012).

A portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 da Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) aponta o aumento da violência urbana e do número de acidentes como os responsáveis por esta sobrecarga. Por isso, os serviços de urgências constituem uma das áreas mais problemáticas dentro do SUS. As necessidades dos usuários e a insatisfação deles no âmbito da saúde primária, define o fluxo das demandas, fazendo com que as unidades de urgências, se caracterizem como "portas de entrada" desde os casos mais simples àqueles que de fato se constituem como urgência (BRASIL, 2002; SILVA, 2012).

"A atenção Primária à Saúde ainda não constitui a porta de entrada principal ao sistema de

> *saúde, perdendo este papel para os ambulatórios especializados de média complexidade e para os serviços de urgência (Prontos-socorros)"*

Embora o princípio desta Política seja a reorganização dos sistemas estaduais de urgências, ela enxerga que esta organização deve envolver toda a rede assistencial desde a rede pré-hospitalar à hospitalar de alta complexidade, através do melhoramento de toda a rede, a fim de que cada unidade de saúde possa atender a uma determinada demanda de acordo com sua capacidade de resolução (SILVA, 2012).

No tópico seguinte daremos ênfase a importância dos serviços de urgência odontológicos , no intuito de subsidiar os resultados encontrados no nosso estudo.

2.2.1 Os Serviços de Urgência Odontológica

De acordo com a literatura científica, é possível observar que a maioria das doenças bucais, apesar de não ameaçarem a vida diretamente, constituem problemas de saúde pública. As razões de sua relevância estão na sua persistente prevalência, demanda pública elevada aos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em relação à dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional interferindo diretamente sobre a qualidade de vida (MAUTSCH & SHEIHAM, 1995; FIGUEIREDO, 2004; MAZZILLI, 2008).

Estudos reportam que o atendimento de urgências odontológicas é responsável por uma demanda variável entre 5% e 39% do total de atendimentos clínico-assistenciais por período trabalhado. Estes casos classificam-se por condições ou estados que requerem a intervenção imediata do cirurgião-dentista, o qual deverá efetuar rapidamente os procedimentos preliminares indicados até que se viabilize o atendimento complementar adequado (RILEY, GILBERT, HEFT, 2006; TORTAMANO, 2007; MAZILLI, 2008).

A importância dos serviços de urgência em saúde bucal é trazida pela PNSB e, de acordo com suas diretrizes, os serviços públicos de urgência em saúde bucal no SUS são definidos como: "Serviços que devem atuar como porta de entrada para o sistema de saúde dos casos de dor aguda, num primeiro momento; e nas dores crônicas como um reorientador de demanda, oferecendo o primeiro atendimento, promovendo uma melhor

condição biológica ao paciente assim como um encaminhamento mais ágil e com melhores possibilidades de efetivação de seu tratamento" (BRASIL, 2004a).

Tais diretrizes acrescentam como destaque que estes serviços desenvolvem ações durante as 24 horas do dia, com ações resolutivas e com qualidade, permeadas pelo princípio da humanização e do acolhimento, baseadas nas boas práticas da clínica (com qualidade e respeito a biossegurança), sendo a missão dessas unidades de saúde atuar como um elo de intersecção entre os vários níveis de complexidade da atenção a saúde (BRASIL, 2004a; TOLEDO, 2008).

Internacionalmente, estudos retratam o valor e a necessidade de serviços de urgência odontológica. Na Suécia, Halling e Ordell (2000) descreveram os tipos e as razões para a procura pelos atendimentos de urgência pelos usuários dos Serviços de Saúde Bucal Pública (DPS) sueco. As razões mais comuns encontradas para a busca pelo serviço foram: fraturas nas restaurações (29%), fraturas dentárias (19%), dor (19%) e traumas dentários (12%), sendo 40% das visitas emergenciais de crianças e adolescentes. Os resultados mostraram que a procura pelo atendimento de urgência é comum entre os pacientes que fazem uso regular de cuidados dentários, tanto para resolver queixa de dor como para responder a perguntas e dúvidas dos pacientes.

A fim de comparar a efetividade de 4 tipos de serviços de urgência bucal, Anderson, Thomas e Phillis (2005), concluíram que apesar de não haver diferença significativa entre os serviços estudados em relação aos resultados esperados quanto a melhora da queixa dos pacientes, ainda é necessário uma maior exploração dos fatores que predizem pobre alívio da dor ou baixo ganho de saúde oral.

Ao analisar a expectativa de pacientes que utilizam serviços de urgência odontológica, Anderson (2004), por meio de estudo qualitativo, verificou que além do alívio dos sintomas, o principal resultado desejado pelos pacientes de emergência odontológica pode ser também informativa e psicológica - especialmente a garantia de que o problema não é grave, e reduziu a incerteza sobre a causa da dor. Ele conclui também que os serviços de urgência odontológica, focados principalmente no alívio da dor, devem refletir que muitos frequentadores destes serviços, muitas vezes estão em busca de conselhos tanto quanto do alívio de sintomas.

Pesquisas nesta mesma linha reforçam a importância da existência de uma comunicação eficaz entre dentista e paciente como também implica que as habilidades dos dentistas em ouvir, explicar e tranquilizar devem ser realizadas de modo a garantir o resultado esperado para este grupo de doentes.

Na Austrália, a polarisação social, causada principalmente pela globalização, trouxe como uma de suas consequências o impacto na saúde oral dos indivíduos. Doenças e disordens orais estão entre os mais prevalentes agravos, sendo responsáveis por número considerável de dor, sofrimento, incapacidades e desvantagens. Porém, o atendimento odontológico público é subfinanciado, o que resulta num período de espera de em média 2 anos, o que frequentemente resulta na procura pelos serviços de urgência, muitas vezes para reconstituir problemas antes resolvidos que exacerbaram durante a espera (KAHAN, 2003).

Assim como Suécia, Austrália, Inglaterra e outros países desenvolvidos, na França, as urgências odontológicas representam 6% da totalidade das emergências francesas, as quais são atendidas em âmbito hospitalar ou mais frequentemente em caráter de plantão de sobreaviso domiciliar, sendo de ordem álgica, infecciosa e hemorrágica. Tais dados evidenciam a relevância da existência de serviços de urgência odontológica visando à garantia da qualidade de vida (PERRIN et al., 2008).

No Brasil, algumas pesquisas também mostram situação semelhante à vivenciada na Austrália, onde muitas vezes a procura pelo atendimento nas urgências ocorre como uma busca alternativa por cuidado, pois apesar dos avanços nas políticas de saúde bucal no país, ainda há muito o que fazer para que, de fato, o cuidado à saúde seja integral (BOTAZZO et al., 1995; TORTAMANO et. al., 2004; CASSAL, CARDOSO & BAVARESCO, 2011).

A realidade brasileira atual mostra que, apesar da crescente importância da saúde bucal, grande parte da população dificilmente tem acesso ao acompanhamento odontológico, levando a uma constante procura ao setor de urgência que funciona muitas vezes como porta de entrada para o sistema de saúde, especialmente por aquelas pessoas que têm dificuldade de acessar o serviço rotineiramente (CASSAL, CARDOSO & BAVARESCO, 2011).

Em revisão da literatura realizada por Tortamano et al (2004), as principais urgências odontológicas abrangem:

- Urgências dolorosas agudas: de origem endodôntica (pulpites, pericementites e abscessos dento alveolares agudos), de origem periodontal (pericoronarites, abscessos periodontais agudos e gengivite ulcerativa necrosante) e distúrbios temporomandibulares – DTM (articular ou muscular).
- Urgências estéticas (traumatismos dentários e problemas protéticos).
- Urgências por afecções agudas da mucosa bucal (úlcera traumática, úlcera aftosa recorrente, herpes simples recorrente, candidose, etc.)

Adiciona-se também as urgências por afecções derivadas de tratamentos cirúrgicos – operatórios anteriores (hemorragias, alveolites, etc); as urgências nos casos de feridas por traumatismo dos tecidos moles, principalmente nas regiões de mucosas e lábios (FIGUEIREDO & GÓES, 2004).

Em 2005, Figueiredo realizou a primeira investigação no município do Recife que evidenciava o papel do Serviço de Urgência Odontológica Municipal na oferta de serviços odontológicos na Atenção Básica, especificamente do Distrito Sanitário (DS) II, com vistas à avaliação, ao planejamento e ao desenvolvimento de políticas públicas, além de proporcionar visibilidade política às questões de saúde bucal do município. Pelos resultados encontrados no referido estudo pôde ser verificado que existiu uma contribuição positiva do Serviço de Pronto Atendimento na organização da atenção básica do DS II para o atendimento de urgências odontológicas.

Ainda em Recife, Carnut, Figueiredo & Góes, em 2010, por meio de metodologia quantitativa, com uso de dados secundários, objetivaram avaliar o serviço odontológico de urgência da cidade. Foram coletadas informações relacionadas as condições clínicas e sociodemográficas da população que acessou o serviço odontológico de urgência, Recife-PE. Concluiu-se que a demanda para o serviço odontológico de urgência do DS II é considerável, evidenciando a importância deste no suporte a todos os níveis de atenção.

Cassal, Cardozo & Bavaresco (2011), tiveram como objetivo traçar o perfil do usuário atendido na consulta de urgência odontológica da Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), a fim de propor estratégias para qualificar o atendimento odontológico nesta Unidade. A partir dos resultados, obteve-se que a maioria dos pacientes eram do sexo

feminino, casadas, com idade média de 43 anos, apresentavam baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna, sendo a dor de dente o principal motivo das consultas de urgência.

No estudo de Tortamano et al. (2007), é reportado como conseqüência do difícil acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária, que a maioria da população adulta procura os serviços de urgências odontológicas, normalmente motivados por apresentar sintomatologia dolorosa.

Na pesquisa realizada por Toledo (2008), foi analisada a prática de um serviço de urgência e emergência do SUS, com atendimento em Saúde Bucal, no município de São Paulo, visando sistematizar saberes que pudessem contribuir para uma reorganização da assistência e construção de parâmetros que subsidiassem o desenvolvimento de modelos de atenção a urgência adequados e humanizados.

Os resultados demonstraram que após o primeiro atendimento, eram geradas demandas, que indicavam a necessidade de previsão de vagas para continuidade de tratamento em outros níveis de atenção, quer sejam de referência para especialidade ou contra-referência para as unidades básicas.

Esse sistema de referência e contra-referência, apresentou um estrangulamento, sugerindo serem otimizadas propostas de negociação entre os atores institucionais que compõem o sistema hierarquizado e regionalizado do SUS, na busca do cumprimento dos princípios de integralidade das ações de forma humanizada, como almejado pela PNSB.

No mesmo trabalho, algumas conclusões do relatório da Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), etapa preparatória da 12ª Conferência Nacional da Saúde de 2003, são mencionadas, mostrando uma evidência trazida em seu relatório final, a qual aborda a atenção que deve ser dada aos serviços de pronto-atendimento, os quais devem servir de ponto de captação de usuários, prover atendimento adequado ao problema apresentado e responsável encaminhamento posterior ao centro de saúde de sua referência, construindo assim uma linha do cuidado.

A partir daí, considerando a existência de uma linha de produção do cuidado, a garantia de um fluxo seguro do usuário, da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais consiste em dever *si ne qua non* destes estabelecimentos.

Assim, ao considerarmos que os serviços de urgência são includentes, não discriminatórios, com uma ampla superfície de contato com a população, de modo a promover uma captação passiva da provável população de maior atividade de doença, estes devem se preparar para um atendimento humanizado, minimizar iniqüidades, monitorar e avaliar tecnicamente, participando da rede de referência e contra referência, para cumprir os princípios do SUS (TOLEDO, 2008).

Cruz (2010) em seu estudo com diferentes municípios no Estado da Paraíba, concluiu, quanto à continuidade da atenção em saúde bucal a outro nível de complexidade, que nem sempre há uma preocupação efetiva com a garantia desta continuidade pelos municípios. As cidades com os mais favoráveis indicadores da atenção primária (acesso, cobertura na ESF, ação coletiva de escovação) eram as mais desprovidas de ofertas secundárias. Por fim, concluiu que há diferentes formas de organização da atenção em saúde bucal nos municípios, com diferentes prioridades de gestão e com percepções discordantes entre gestores/trabalhadores e usuários quanto à satisfação das ações oferecidas e o entendimento acerca do cuidado em saúde bucal, permitindo dizer que a linha de cuidado não se constitui do acaso, da vontade individual nem de um projeto sem sustentabilidade de recursos técnicos, políticos e financeiros.

A partir dos diversos estudos presentes na literatura, tanto nacionais como internacionais supracitados, fica evidente e muito bem apresentada a importância e necessidade dos serviços de urgência, independente do quão organizado e desenvolvido seja o sistema de saúde local. A prevalência da dor dentária é ainda elevada, e para sua resolução é preciso a intervenção imediata do cirurgião-dentista. Cabe aos serviços, a compreensão de seu papel dentro da rede de atenção à saúde, de modo a promover a integralidade e o correto acesso ao cuidado.

Contudo, a garantia da qualidade da atenção à saúde bucal apresenta-se como o principal caminho a ser perseguido neste momento no SUS, ainda mais considerando que essa qualidade deve ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. A informação em saúde bucal poderá ser importante aliada para constituição de elementos de análise crítica do sistema a fim de evidenciar maneiras para organizar a atenção e a gestão do cuidado a partir de linhas de cuidado (CRUZ, 2010).

2.3 A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Chaves et al. (2010), reportam no seu estudo sobre a importância das diretrizes da PNSB, que visam ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal. Citando a definição de Paim (1997): "as bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; b) forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde; d) articulação de várias políticas públicas vinculadas a um conjunto de projetos de mudanças (reforma urbana, reforma agrária, entre outros) que atuassem sobre as condições de vida e saúde mediante ação intersetorial".

Além disso, a coordenação entre a atenção primária e secundária, aqui entendida como "ação ou esforço em comum", também denominada por alguns autores como "interface" (MORRIS; BURKE, 2001a), vem recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a APS.

Em países como o Reino Unido, as possíveis formas de interface com a atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, vão desde a consultoria de "curto ou longo prazo" e a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica. Esses caminhos também podem ser construídos nos sistemas locais de saúde (CHAVES et al., 2010).

A interface entre a atenção primária e secundária em saúde bucal segundo Morris & Burke (2001a) apresentam três características chaves:

- Interdependência: A provisão do cuidado odontológico entre os níveis de complexidade é dependente um do outro. Por um lado os CDs (Cirurgiões-Dentistas) generalistas precisam de um local para referenciar os casos de tratamento mais especializado, enquanto os CDs especialistas precisariam contra-referenciar os casos completados para a continuidade do acompanhamento pelos CDs da atenção primaria. As mudanças em um ou no outro lado desta equação, podem comprometer a interface afetando

o fluxo dos usuários entre a atenção primária e secundária, comprometendo também outros níveis da atenção e provisão de cuidados.

- Integração: a boa cooperação e comunicação entre os profissionais são essenciais para uma interface bem sucedida. Ambos os lados devem ter clareza do papel um do outro, onde a coordenação da relação entre os níveis é fundamental, pois se busca a complementaridade do modelo de atenção.
- Complexidade: a interface é complexa, pois os serviços de atenção secundária estão sujeitos a várias influências que interferirão nas taxas e padrões de referência em saúde bucal. Dependendo da percepção dos profissionais e usuários, que na maioria das vezes controlando o processo. Adicionando-se a isto os múltiplos contextos locais que também influenciam esta interface.

Perante estas características, é provável que existam fatores que favoreçam e outros que dificultem o processo de referência em saúde bucal. Tais fatores são sintetizados por Morris e Burke (2001a) na Figura 1:

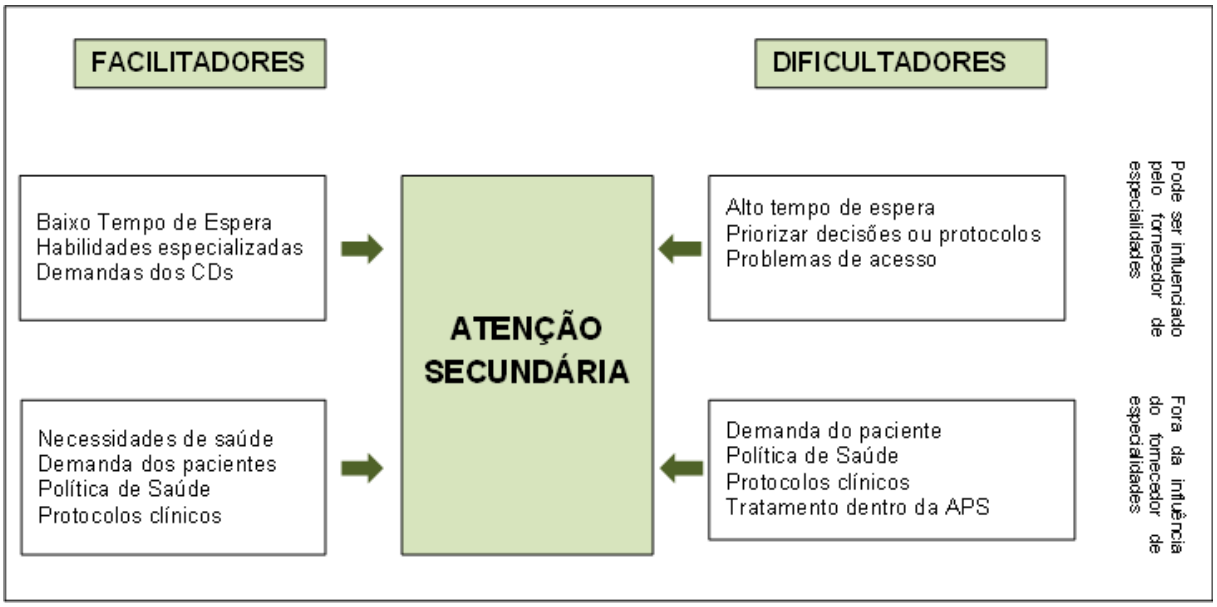

Figura 1 – Fatores facilitadores e dificultadores na referência da atenção secundária em saúde bucal (Fonte: Morris; Burke, 2001a).

Contudo, a integralidade desejada, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Essa utilização, por sua vez, pode também ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida

como relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades (FIGUEIREDO, 2008).

Entre os fatores do serviço associados à maior utilização estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados (FIGUEIREDO, 2008).

Estudos no Reino Unido, país com sistema nacional de saúde consolidado, têm defendido um modelo do que seria uma interface ideal entre a APS e atenção secundária (ROSSI, 2011). De acordo com Morris & Burke (2001b), essa interface perpassaria a equidade, integralidade, eficiência e efetividade do serviço ainda que com conceitos distintos dos autores clássicos do campo da avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A interface ideal contempla o acesso à atenção secundária de todos os casos referenciados sem barreiras; sistema de referenciamento para a atenção secundária dos procedimentos não pertinentes à APS; referências apropriadas, em tempo hábil e contra-referência à APS. É recomendado que os pacientes remetidos a tratamentos especializados longos devem manter seus cuidados de rotina com os profissionais da APS (MORRIS; BURKE, 2001a; MORRIS; BURKE, 2001b), como também defendido por Starfield (2002).

Portanto, segundo Figueiredo (2008) a situação ideal ainda não existe em serviços de saúde, contudo manter este ideário em mente pode ajudar na descrição de problemas existentes, bem como, na apresentação de soluções apropriadas em seu enfretamento.

Hartz e Contrandiopoulos (2004) afirmam que a concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, conectados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização.

Morris e Burke (2001b) consideram que qualquer coisa feita para melhorar o acesso e a integração da atenção primária e a atenção secundária é recomendado. Baseado no exposto, incluímos a seguir o Quadro 1, por eles elaborado, apresentando uma sumarização das principais interferências e soluções descritas na busca da interface ideal.

Quadro 1 – Barreiras e possíveis soluções à realização de uma interface ideal entre a atenção primária e secundária em saúde bucal (Morris; Burke, 2001b).

QUALIDADE IDEAL	BARREIRAS	POSSÍVEIS SOLUÇÕES
Equidade	• Escassez de serviços de atenção primária e secundária, gerando custos indiretos aos pacientes; • Problemas de acesso para atenção primária em saúde bucal • Os custos diretos e indiretos associados com os serviços de atenção primária; • Falta de organização da demanda dos pacientes; • Longos tempos de espera e disponibilidade de cuidado especializado inclusive no setor privado.	• Ampliar a cobertura de serviços de atenção primária em saúde bucal; • Minimização dos custos diretos e custos indiretos; • Prover serviços especializados em caráter local; • Seleção e rastreamento de grupos com baixo acesso e demanda inapropriada.
Integralidade	• Falta da coordenação entre atenção primária e secundária em saúde bucal; • Problemas de acesso e disponibilidade da atenção primária e secundária em saúde bucal; • Problemas de acesso na atenção primária quando há necessidade de contra-referência.	• Coordenação para fazer os serviços se tornarem complementares; • Capacidade aumentada dentro da atenção secundária em saúde bucal; • Esquemas diretos do agendamento.
Eficiência e efetividade	• Problemas com disponibilidade da atenção primária, levando a um aumento de casos agudos, com retardo da atenção dos casos e dificuldade na contra-referência; • Má qualificação dos profissionais na condução do sistema de referência e contra-referência.	• Implementação de protocolos de referência e contra-referência; • Melhor capacitação dos profissionais da atenção primária e secundária em saúde bucal; • Melhor identificação e seleção dos pacientes que necessitam de tratamento especializado.

No Brasil, em relação à coordenação entre a atenção primária à saúde e a atenção secundária, são identificados os seguintes desafios: dificuldades em realizar referência e contra-referência, inexistência de sistemas logísticos que ocasionam falta de mecanismos de regulação e limitada comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes (MENDES, 2010). Esses problemas resultam em descontinuidade do cuidado à saúde dos usuários do SUS (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; FIGUEIREDO, 2008).

Experiências recentes de estratégias para melhor coordenação entre níveis assistenciais são iniciativas que tem despertado o interesse em aprofundar os estudos sobre esse tema, no intuito de difundir boas práticas de organização de sistemas de saúde.

Contudo, os desafios e iniciativas relacionados à coordenação do cuidado entre a atenção primária à saúde e a atenção secundária ainda são pouco descritos na literatura científica brasileira (DIAS, 2012).

No que tange à integração entre os serviços odontológicos de pronto-atendimento e os serviços de saúde bucal da atenção primária, poucos são os estudos que retratam esta temática, se restringindo em sua maioria na descrição dos perfis de atendimento, avaliação da qualidade e análise de serviços de pronto atendimento odontológico oferecidos por faculdades de odontologia (TORTAMANO et al., 2004; CARNUT; FIGUEIREDO; GÓES, 2008; 2010; CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; FONSECA, 2011).

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar a interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência na rede pública de saúde no Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o conhecimento referente à rede de atenção em saúde bucal no Recife;
- Descrever o entendimento acerca da Linha de Cuidado;
- Identificar os limites e possibilidades da integração, interdependência e complexidade entre as Unidades de Saúde da Família (USF) e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), no Município de Recife.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, exploratório e descritivo, o qual proveu dados para possível compreensão da interface entre atenção primária e os serviços odontológicos de urgência no SUS Recife.

Em sendo estudo de caso, trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. Desta forma, busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, estando voltado para um problema que ocorre no contexto de uma dada situação (MARTINS, 2008).

Para Yin (2005), estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo – planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos. O autor relaciona pelo menos cinco situações em que o estudo de caso se aplica: para explicar vínculos causais em intervenções na vida real que são muito complexas para estratégias experimentais; quando é preciso descrever intervenções no contexto em que ocorrem; para ilustrar determinados tópicos em uma investigação; para explorar uma situação complexa de resultados e como uma forma de meta-avaliação de determinados processos.

Ressaltamos que nesta pesquisa, dentre as situações citadas acima, utilizamos como subsídio do estudo descrever intervenções no contexto em que ocorrem. Desta forma, procurando responder aos objetivos propostos, retratando o cenário atual da interface entre o níveis de atenção investigados.

Sob a ótica de Merrian (1988, apud ANDRÉ 2005), o conhecimento gerado a partir do estudo de caso é diferente do conhecimento gerado a partir de outras pesquisas porque é mais concreto, mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência determinadas pelo leitor. A autora explica também que o estudo de caso qualitativo atende a quatro características essenciais: particularidade, descrição, heurística e indução.

A base conceitual que norteou esta investigação foi o princípio da integralidade, trabalhando na perspectiva da interface trazida por Morris e Burke (2001), a qual é

caracterizada pela interdependência, integração e complexidade. Desse modo, pretendeu-se compreender a interface no âmbito da rede assistencial em saúde bucal, do município de Recife, buscando-se identificar avanços e desafios à interface das Unidades de Saúde da Família em referência aos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), a partir da integração desses serviços.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco, durante o ano de 2013. A escolha da cidade deveu-se ao fato desta possuir um número considerável de Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), e por apresentar, tempo de existência suficiente para iniciar processos investigativos.

O município de Recife, atualmente se encontra habilitado em gestão plena do sistema municipal e apresenta a estratégia de saúde da família como o modelo de reorganização da atenção básica. A cidade abriga uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010, apresentando um crescimento populacional ascendente e compatível com perfil correspondente às tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil. Possui uma extensão territorial da ordem de 220 km2 (RECIFE, 2010), sendo subdividida em 94 bairros, que estão distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS).

A distribuição geográfica desta população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação dentro dos bairros. O Distrito Sanitário VI é o mais populoso, com 24,86% da população de Recife residindo nessa região, enquanto que o Distrito Sanitário I é o menos populoso, com 5,49%, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 1 - População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2009

Distrito Sanitário	Estimativa 2009	Percentual por DS
I	89.792	5,49
II	236.662	14,48
III	325.748	19,93
IV	290.695	17,78
V	283.488	17,46
VI	406.488	24,86
Recife	**1.634.809**	**100**

Fonte: 2000 - Censo Demográfico IBGE
Nota 1: A população 2009 foi estimada através do método geométrico, a partir da contagem de 1996 e o Censo Demográfico 2000 - IBGE.
Nota 2: 2010 é ano de Censo, os indicadores serão refeitos de acordo a divulgação dos dados oficiais do IBGE.

No plano municipal (2010 – 2013), a estrutura de governo está composta por 22 Secretarias Municipais, sendo a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) a de interesse neste estudo. Esta é a gestora do SUS e responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população, nas áreas dos DS.

A rede ambulatorial básica de saúde na Cidade do Recife é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde), que representam a principal porta de entrada do sistema. Atualmente, a rede é composta de 120 Unidades de Saúde da Família, totalizando 257 ESF em atividade e 135 Equipes de Saúde Bucal (ESB) (GAB, 2013). As ESB, antes inexistentes, foram incorporadas ao PSF a partir de maio de 2001.

Tabela 2 – Rede Própria de Saúde do Município. Recife, 2010

SERVIÇOS	TOTAL	DISTRITO SANITÁRIO					
	NOVO	I	II	III	IV	V	VI
Unidades da Saúde da Família	117	9	17	24	19	15	33
Unidades Básicas Tradicionais	23	1	2	6	3	5	6
Polos da Academia da Cidade	21	3	3	4	4	2	5
Farmácia da Família	8	-	2	2	1	1	2
Centro de Atenção Psicossocial	18	2	4	3	2	4	3
Albergues Terapêuticos	4	1	1	-	1	-	1
Residências Terapêuticas	11	-	4	2	2	2	1
Policlínica com SPA	4	-	1	1	-	1	1
Policlínica sem SPA	7	3	-	2	1	-	1
Unidades Especializadas	8	5	1	2	-	-	-
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	6	1	1	1	1	1	1
Hospital Pediátrico com SPA	2	-	-	1	-	1	-
Maternidades/policlínica com SPA	2	-	-	1	-	-	1
Maternidades sem SPA1	1	-	-	-	-	1	-

O PSF é a estratégia utilizada para execução das ações de Atenção Básica e assume grande importância ao trabalhar de forma articulada com diversas políticas e programas como: Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde do Idoso, Atenção à Saúde da População Negra, Programa Nacional de Imunização do Recife, Área Técnica de Alimentação e Nutrição – ATAN, Política de Saúde e Cuidados Integrais, Programa Academia da Cidade, Programa Farmácia da Família, Atenção Especializada (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Laboratório Central de Saúde Pública), Centro Especializado em Saúde do Trabalhador – CEST e Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.

Com base nas diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica que redirecionou a lógica do atendimento para pacientes que precisam de assistência psiquiátrica, implantou-se na rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Albergues Terapêuticos (RECIFE, 2010).

Destacamos que a política municipal de Saúde Bucal “Recife Sorrindo Mais”, que se propõe, alicerçada no modelo do “Recife em defesa da vida” e alinhada com a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, reinventar e reformular a atenção em saúde bucal de forma a incorporar outros valores e tecnologias, tomando como referência uma ampliação do objetivo na saúde: a produção de saúde e de sujeitos (RECIFE, 2013).

A rede municipal de Saúde Bucal conta ainda com os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), inseridos em Policlínicas, e também com Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além dos hospitais que provêm atendimento de cirurgia buco-maxilo-facial, formando a atenção terciária, os quais juntos com os estabelecimentos da atenção primária completam a estrutura necessária para a continuidade do atendimento odontológico/cuidado em saúde bucal, permeando a longitudinalidade do cuidado.

O SOU foi instituído no município do Recife, em quatro dos seis DS. Os serviços que funcionam 24 horas, estão localizados nas policlínicas Barros Lima, em casa Amarela, Arnaldo Marques, no Ibura de Baixo, Dr. Amaury Coutinho, em Campina do Barreto, e Agamenon Magalhães, no bairro de Afogados. Todos eles foram implantados, a partir de 2002, durante a gestão do prefeito João Paulo, com a finalidade de garantir a melhoria da saúde bucal da população recifense, fortalecendo o princípio da integralidade da atenção.

Tabela 3 – Rede própria de saúde do município. Recife, 2013.

Distrito Sanitário	Unidade de Saúde da Família	Equipe de Saúde da Família	Equipe de Saúde Bucal			Unidade Básica de Saúde	CEO	SOU
			Mod 1	Mod 2	Total			
I	10	16	6	3	9	1	1	0
II	18	43	10	12	22	1	1	1
III	23	45	17	6	23	6	1	1
IV	20	40	18	5	23	3	1	0
V	15	31	9	7	16	5	1	1
VI	34	82	30	11	41	6	1	1
TOTAL	**120**	**257**	**90**	**44**	**134**	**22**	**6**	**4**

Fonte: GAB (janeiro 2013) – Distritos Sanitários.

4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Participaram do estudo em questão cirurgiões-dentistas (CD) plantonistas dos quatro SOU existentes no município do Recife (DS II, DS III, DS V e DS VI) e os CD da atenção primária das Unidades de Saúde da Família (USF) dos respectivos DS.

4.3.1 Tipo de amostra

Em sendo a finalidade na amostra qualitativa compreender o fenômeno de interesse, diferindo da quantitativa, a qual visa generalizar os resultados à população, esta pesquisa optou por uma amostra do tipo intencional. As investigações qualitativas dependem de amostras selecionadas propositalmente, onde o pesquisador escolhe indivíduos e contextos por meio das seguintes perguntas: Quem pode fornecer as melhores informações, referentes à pergunta do projeto de pesquisa? (Definindo os sujeitos da pesquisa); e, em quais contextos é possível colher as melhores informações relativas à pergunta do projeto? (Definindo o local da coleta de dados) (MAYAN, 2001).

Para tal, inicialmente, foram contactados os coordenadores de saúde bucal dos DS dos SOU do estudo, os quais optaram por abordar a respeito dos objetivos da investigação com os profissionais dos respectivos distritos em reuniões regulares, sendo esclarecido o método a ser utilizado na pesquisa (entrevistas semi-estruturadas) e aberta a opção de participar ou não do estudo. Após aceite de alguns destes, os mesmos foram então contactados pela pesquisadora para agendamento da entrevista em local e horário disponíveis e mais apropriados para o sujeito, totalizando 8 indivíduos.

4.3.2 Critérios de inclusão

Graduação em Odontologia;

Estar vinculado ao SOU ou USF há no mínimo 3 anos;

4.3.3 Critérios de exclusão

Estar de férias ou de licença no momento da entrevista;

Se recusar a participar da pesquisa;

Estar ausente no local após três (03) visitas consecutivas.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE PESQUISA

A coleta de dados se deu a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas, previamente agendadas no período de maio a junho de 2013. Todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora utilizando o respectivo instrumento de pesquisa, de modo a garantir certa homogeneidade em suas aplicações.

4.4.1 Entrevista semi-estruturada

Dentre as técnicas metodológicas utilizadas em pesquisas qualitativas, as entrevistas semi-estruturadas correspondem a uma articulação entre duas modalidades de entrevistas, as abertas ou não estruturadas, onde o informante aborda livremente o tema proposto, e as estruturadas, que pressupõem perguntas previamente formuladas.

Ao articular estas duas modalidades, na entrevista semi-estruturada, o entrevistador tem ampla liberdade para as perguntas ou para suas intervenções, permitindo toda a flexibilidade necessária em cada caso.

Por essa razão, e por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o presente trabalho optou por elaborar um roteiro de entrevista semi-estruturada realizadas com os profissionais, utilizando questões norteadoras, estruturando-se da seguinte maneira: 14 perguntas condutoras, divididas em 4 categorias de análise (APÊNDICE 1).

Assim como refere Triviños (1987), é por meio dos depoimentos dos profissionais de saúde que são analisados os dados sobre a realidade foco do processo investigativo, não apenas no intuito de descrevê-la, mas de explicá-la e compreendê-la em sua totalidade.

A coleta de dados consistiu em gravações em áudio, utilizando um roteiro da entrevista dividido em blocos, de modo a responder às questões referentes a busca de como se dá a interface entre a atenção primária e os serviços de urgência odontológica, com base nos estudos desenvolvidos por Morris & Burke (2001), onde de acordo com estes autores, a interface entre a atenção primária e secundária em saúde bucal tem três características chaves: interdependência, integração e complexidade, as quais serviram como categorias de análise.

Além destas características chaves, os referidos blocos também trouxeram como categoria de análise a “Linha do cuidado”, a qual aparece com ênfase na PNSB/MS. Segundo o Ministério, estas linhas de cuidado, compreendidas como modelos matriciais de

organização da atenção à saúde, apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção primária, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade do cuidado.

Após realizadas as entrevistas, as mesmas foram devidamente transcritas da gravação pela própria pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise destas entrevistas, foi utilizado o software ALCESTE versão 13. O programa apoia-se em cálculos efetuados sobre a co-ocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação. A análise das palavras também identifica a pluralidade temática presente num conjunto de textos, e pondera a frequência desses temas no conjunto, permitindo, via comparação entre os elementos do corpus (palavras ou sentenças), a constituição de agrupamentos de elementos de significados mais próximos, viabilizando a formação de categorias mais gerais de conteúdo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Portanto, foi utilizado com o intuito de distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso acerca dos objetivos da pesquisa.

Dessa maneira, as entrevistas foram transcritas, mantendo-se as expressões verbais da forma como foram colocadas pelos participantes. Paralelamente à transcrição, os roteiros de entrevista utilizados com os profissionais foram subdivididos em quatro blocos, a partir dos objetivos propostos inicialmente nesta Dissertação. Sendo estes: 1) Conhecimento referente à rede de saúde bucal no Recife e sua política; 2) Limites e possibilidades da interface (interdepedência, integração e complexidade) e Conhecimento acerca do processo de referência e contra-referência; 3) Linha do cuidado (Quadro 3).

Quadro 2 - Blocos para análise baseado nos objetivos propostos.

Perguntas norteadoras	Blocos	Classes	Características Chave
Questão 1: Como Se dá a Rede de Saúde Bucal no Recife? Questão 2: O que você entende por Atenção Primária? Questão 3: O que é o PSF? Questão 4: O que você entende por Atenção Secundária? Questão 5: O que é o SOU? Questão 6: Você conhece os serviços de sua área de referência/abrangência? Questão7. Você sabe quais outros estabelecimentos poderiam servir aos usuários em caso de urgência além do SOU de referência?	1) Conhecimento referente à rede de saúde bucal no Recife e sua política;	CLASSE 1 – Compreensão da Rede de atenção à saúde bucal fragmentada CLASSE 2 – Conhecimento da Política de saúde bucal (organização e estrutura) CLASSE 3 – Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde (Papéis da APS e AS) CLASSE 4 – Papel do SOU na perspectiva da integralidade CLASSE 5 - Compreensão do conceito do Programa de Saúde da Família	Interdependência Integração
Questão 9: Como funciona a integração entre sou e psf? Questão 11: Quais os principais problemas encontrados para garantia de uma atenção integral ao usuário, no que diz respeito a integração entre AP e AS? Questão 12: Como você	2) Limites e possibilidades da interface	CLASSE 1 - Comunicação entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção CLASSE 2 - Sistema de referência e contra-referência	Integração Interdependência Complexidade

avalia os serviços oferecidos para os usuários?			
Questão 8: O que você entende por integralidade? Questão 10: Pra você qual o papel do sou dentro da rede de atenção a saúde, de maneira a promover a integralidade?	3) Integralidade	CLASSE 1 - Atenção integral quanto a integração da APS com o SOU	Integralidade
Questão 13: O que você entende por linha de cuidado? Questão 14: Você acredita que em seu processo de trabalho se desenvolvam estratégias para a garantia da continuidade do trabalho?	4) Linha do cuidado.	CLASSE 1 - Conhecimento quanto à Linha do Cuidado	Linha do Cuidado

Após a transcrição, as falas de todos os participantes foram copiadas em outros arquivos, de acordo com os blocos acima descritos, a fim de constituir os corpus para análise no ALCESTE. Deste modo, no arquivo denominado Bloco 1- Conhecimento referente à rede de saúde bucal no Recife e sua política, foram colocados todos os trechos das entrevistas de todos os participantes referentes às questões que haviam sido selecionadas para esse bloco; e assim sucessivamente. As falas de cada participante, naquele bloco, foram copiadas de forma contínua, sem os questionamentos do pesquisador.

As falas dos participantes foram separadas entre si por uma linha de comando, iniciada com quatro asteriscos, seguidos pela codificação das variáveis sociodemográficas selecionadas a partir da pertinência ao objeto de estudo. Segue exemplo de uma linha de comando completa de um profissional de odontologia:

**** *suj_01 *sex_fem *car_urg

Esta linha especificamente quer dizer que: foi o sujeito número 1; do sexo feminino; e trabalha em um SOU.

Foi realizada uma revisão geral dos arquivos, buscando-se atender às condições especificadas para a análise dos dados no ALCESTE, atentando para palavras ou siglas em letras maiúsculas, que foram reescritas em letras minúsculas; formatação do texto para a fonte 'courier new', tamanho 10; substituição do hífen (-) por underline (_); junção por underline de palavras compostas, importantes para o objeto de estudo, e portanto, para as análises, tais como atenção_primária, atenção_secundária; exclusão ao longo do texto de aspas (""), apóstrofo (''), cifrão ($), hífen (-), percentagem (%) e asterisco (exceto os presentes nas linhas de comando) (CAMARGO, 2005; SARAIVA, 2010).

Após a constituição dos arquivos de cada bloco em arquivo no word, os documentos referentes aos blocos foram salvos no formato 'texto sem formatação', para só então estarem prontos à análise no ALCESTE. A definição dos corpus ou unidades de análise depende do pesquisador e dos objetivos da pesquisa. Para fins da análise realizada no ALCESTE, é necessário que se constitua esse corpus a partir das Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), que, no caso desta Dissertação, consistiu em trechos das entrevistas agrupados a partir dos blocos, que constituíram os cinco corpus.

A análise utilizada para as entrevistas, realizada pelo próprio programa, foi constituída de 4 etapas que vão da etapa A à etapa D, sendo que cada uma das três primeiras contém três operações e a quarta etapa possui cinco operações (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; CAMARGO, 2005; SARAIVA, 2010).

- Etapa A: consiste na fase de leitura do texto e cálculo dos dicionários. Nela, o programa prepara o corpus, reconhece as UCIs e faz a primeira segmentação do texto, procedendo a um agrupamento das palavras a partir de suas co-ocorrências.

- A1: o programa faz a reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar, denominadas UCEs, como fora conceituado anteriormente.

- A2: há a pesquisa do vocabulário e a redução das palavras a partir de suas raízes lexicais, como por exemplo, as palavras atende, atender e atendimento que são consideradas em conjunto a partir de sua raiz e identificadas no programa como atend+.

- A3: há a criação dos dicionários de formas reduzidas, descrevendo-se todas as raízes e suas variantes de palavras.

- Etapa B: é a etapa de cálculo.

- B1: as UCEs são classificadas a partir de seus vocabulários e divididas em função da frequência das formas reduzidas.

- B2: essa organização das UCEs tem como objetivo a realização dos cálculos para a Classificação Hierárquica descendente (CHD).

- B3: obtenção da classificação definitiva para as palavras.

- Etapa C: descrição das classes de UCEs.

- C1: definição das classes escolhidas.

- C2: descrição das classes; e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que consiste na representação das relações entre as classes num plano fatorial.

- Etapa D: etapa dos cálculos complementares. Nela o ALCESTE complementa a Etapa C, por meio do cálculo e apresentação das UCEs mais representativas de cada classe, de modo a possibilitar a contextualização do vocabulário. Fornece também os resultados do tratamento de segmentos repetidos nas UCE e a exportação dessas UCE para outros programas informáticos.

- D1: o programa realiza a seleção das UCEs mais características de cada classe.

- D2: pesquisa dos segmentos de texto repetidos por classe.

- D3: classificação Hierárquica Ascendente, e construção de uma matriz que articula as formas associadas a uma classe e as UCEs daquela classe.

- D4: seleção de palavras mais características das classes.

- D5: prepara-se a exportação, para outros programas, de "sub-corpus" de UCEs por classe.

Em relação às análises e à construção dos Dendogramas1, foram consideradas as palavras com $\chi 2 \geq 4$ e com grau de liberdade (g.l.) igual a 1. Foram excluídas do Dendograma, e consequentemente, das análises, as palavras de apoio, tais como artigos e preposições que não contribuíram diretamente para o entendimento da classe. A análise de cada corpus pelo ALCESTE gerou um conjunto de dados, com suas respectivas classes. Os conjuntos identificados foram nomeados a partir das classes e palavras que emergiram, bem como do referencial teórico proposto para esta Dissertação.

Por ser o Dendograma a denominação mais usual utilizada atualmente nas publicações relacionadas ao Alceste, optamos pelo mesmo nesta Dissertação.

A partir das análises do ALCESTE, os Dendogramas obtidos apresentam palavras e radicais de palavras agrupados por frequência e a partir do X^2. Paralelamente, apresentam um dicionário no qual demonstram as derivações de cada palavra para aquele Dendograma específico. O que significa que um radical pode ter diferentes derivações para cada análise realizada pelo software. Por exemplo, se no Dendograma consta o radical ‘encaminh’. No dicionário, o Programa relaciona os derivados do radical que apareceram no corpus. Por exemplo, encaminh+ refere-se às palavras encaminha, encaminhamento, encaminhar.

Neste estudo foi utilizada a análise clássica do ALCESTE a partir do Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente, o que permitiu compreender as expressões e cada uma das palavras pronunciadas pelos profissionais de odontologia, analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais, não trabalhando-as de forma isolada.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, para análise e posterior consentimento da realização do estudo, como preconizado pelo CONEP através da resolução 466/2012, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência, sendo aprovado com Parecer 271.288, no dia 20/05/2013 (ANEXO 1).

Aos participantes da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) onde foi explicados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgue necessário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta investigação teve como base conceitual o princípio da integralidade, enfatizando a interface. Desse modo, pretendeu-se compreender a integralidade no âmbito da rede assistencial em saúde bucal, do município de Recife, buscando-se identificar avanços e desafios à interface das Unidades de Saúde da Família em referência aos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU), a partir da integração desses serviços.

A seguir, apresentamos os principais resultados observados, expostos e discutidos simultaneamente durante o percurso pelos blocos temáticos definidos no método do estudo (Quadro 3).

5.1 CONHECIMENTO REFERENTE À REDE DE SAÚDE BUCAL NO RECIFE E SUA POLÍTICA.

O objetivo da Rede de Atenção à Saúde, segundo a portaria ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para a organização da RAS, é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema Único de Saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010; DIAS, 2012).

Dentro da Saúde Bucal, a PNSB traz inovações no campo assistencial, com a ampliação do acesso à atenção primária e secundária até uma maior e melhor oferta de serviços, numa rede articulada que prevê ações integradas entre os níveis básico e especializado (MEDEIROS, 2007).

As diretrizes da PNSB visam “Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; [...] assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita.”, conformando deste modo, redes integradas de atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

Compreensão da Rede de atenção à saúde bucal

O conhecimento dos respondentes acerca da estrutura da rede de atenção à saúde municipal, tanto em relação aos profissionais da APS quanto do SOU, ainda se encontra bastante arraigado aos conceitos de rede fragmentada e hierarquizada.

Situação esta também encontrada por Mendes (2010), numa análise dos sistemas de atenção à saúde, feita numa perspectiva internacional, a qual mostra que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, os quais conceitualmente são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Sabe-se, que no que tange a saúde bucal, o modelo de assistência odontológica e sua organização constituem-se num desafio a ser superado pelo SUS. Apesar de suas ações, desde sua inserção até os dias atuais, virem se consolidando nos serviços públicos de saúde, ainda é necessário reformulação de suas práticas (PINTO, 2000; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Os depoimentos dos profissionais, como ilustrado a seguir, demonstram a forma na qual a rede de saúde bucal se estrutura.

> *"A gente tem o serviço de atenção básica, né, hoje a maioria tá dentro do PSF, né, ainda existem alguns serviços que funcionam nas unidades básicas tradicionais, mas a maior parte é dentro do PSF. A atenção secundária tem os CEO, os serviços de urgência e o município não oferece atenção terciária, aí... normalmente os pacientes que necessitam de uma atenção de alta complexidade, é encaminhado pro estado".(suj 2 psf)*
>
> *"Recife tem... é... a porta de entrada... são as unidades de saúde da familia, né? A entrada então, pra saúde bucal, seria a equipe da atenção primária. E aí, tem a média complexidade que seriam os CEOs e os outros serviços da rede, a alta complexidade, e tem também algumas parcerias da rede, que aqui a gente conta com as universidades e tem também serviços que não são da saúde bucal".(suj 6 urg)*
>
> *"Em Recife, a atenção secundária ela não se estrutura, né? Desestrutura. Inclusive desestrutura o nosso trabalho, aí fica difícil, fica um gargalo... é muito difícil, né, a gente tem uma fila de espera aqui pra endodontia de 30 meses! É 01 paciente, numa*

população de 5 mil pessoas, é 1 paciente por mês na marcação! Então, quando a gente encaminha o paciente para endodontia já vai dizendo pra ele, olhe, procure em outro lugar, procure em outro serviço, o senhor vai ficar aqui na fila de espera, mas procure conseguir de outra forma porque senão não vai chegar nunca e muitas vezes, assim, 60% dos casos acaba em extração..."(suj 4 psf)

A despeito do SUS estar conceituado em seu arcabouço político e ideário de criação num sistema regionalizado e hierarquizado, visando uma atenção integral ao indivíduo, na prática retratada pelos sujeitos desta pesquisa, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária assemelhando-se aos sistemas fragmentados, onde devido a estes mesmos entraves, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado:

"a prioridade é a atenção básica, entendeu? É a gente promover o acesso dos pacientes ao serviço de odontologia, a gente sempre trabalhou com essa perspectiva de aumentar esse acesso, né... de ter um maior número de primeiras consultas... as crianças pra ter acesso aos procedimentos coletivos, seja nas escolas, nas creches ou na própria unidade, né... trabalhar essa lógica de promoção e prevenção da saúde e... é... ofertar, né?"(suj 02 psf)

Ao serem trazidas questões de como se dá a rede de atenção à saúde bucal, fica evidente a consciência e entendimento dos profissionais quanto ao conceito da APS e seu papel dentro desta rede.

Destacou-se que apenas uma das falas trouxe a abordagem poliárquica da RAS trabalhada por Mendes (2010):

"e a gente trabalha em rede pra que seja um sistema poliárquico, todos tenham a mesma... como posso dizer? Como se todos fossem importantes e a gente não tem que seguir mais aquele sistema piramidal. É uma rede. Então, isso é pra contemplar a integralidade".(suj 5 urg)

Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2009).

É de conhecimento dos entrevistados a posição assumida pela APS, no entanto, não excluindo a responsabilidade dos demais níveis de atenção:

> *"eu entendo que a atenção primária, ela vai tentar resolver a maior parte das necessidades odontológicas . Então, é o primeiro contato com o paciente, é a porta de entrada do sistema ..."(suj 2 psf)*

> *"É...tem até um bordão que se tem, que se chame que a atenção primária é a porta de entrada, mas na verdade a porta de entrada são todas as atenções... hoje se constitui a atenção primária com serviços mais básicos e serviços de prevenção. A atenção secundária é justamente onde ta faltando esse serviço alcançar, (...) mas a atenção secundária também é uma porta de entrada, nela também se entram os pacientes, lá também se identificam esses pacientes e algumas vezes são direcionados pra cá, de forma direta ou de forma indireta."(suj 1 psf)*

Conhecimento da Política de saúde bucal (organização e estrutura)

Em relação à estrutura da Política de Saúde Bucal, as respostas um tanto vagas e em alguns pontos até discordantes entre si:

> *"A gente ainda trabalha na lógica da gestões anteriores, entendeu? Que a prioridade é a atenção básica, entendeu? A lógica do município mais ou menos é essa. Agora, hoje eu não sei que foco o município vai tá dando. Até porque a gente já vem há algum tempo que não tá sendo rediscutido nem apresentado mais claramente pros profissionais como é essa política... o que é que o município quer investir".(suj 2 psf)*

> *"Ela (política municipal de saúde bucal) tem essa estruturação: atenção primária e secundária, e diante dessa estruturação tem um plano de avanço... um*

plano de desenvolvimento pra frente aí. Com a mudança de gestão, aí a coisa parou um pouquinho no momento, mas continua a coordenação... Continua a mesma coordenadora. E, assim, a gente acredita que provavelmente deva continuar esse plano que ela tem, esse plano de desenvolvimento. Que é estruturação, o aumento da atenção básica, né... e a estruturação disso, da atenção secundária, com o CEOs em todos os distritos, com mais especialidades e com o serviço de urgência nas policlínicas".(suj 1 psf)

"Existe, existe política de saúde bucal sim. Porque a gente já teve várias discussões a respeito, só que existe muito mais teoricamente, do que no funcionamento prático do que é definido né, na estratégia, na política de Saúde Bucal do Município, ainda tá longe da realidade, de ser colocado em prática. Existe diretrizes, quer dizer, eu acredito que todas as nossas discussões tenham virado o esqueleto dessa política municipal, não sei na gestão atual. Porque a gestão atual realmente é não tá muito,…não tem muita definição"(suj 4 psf).

"No Recife existe e inclusive a coordenadora apresentou semana passada na federal pra mim. Eu tava super interessada em saber, pra ver se ia ter alguma mudança. Ela apresentou justamente esta rede poliárquica e apresentou, assim, sem ainda trazer muitas mudanças".(suj 5 urg)

Provavelmente, tendo em vista que a política de saúde bucal do Recife, chamada "Recife Sorrindo Mais", é ainda pouco disfundida, tendo sido apresentada em novembro de 2013, período posterior ao das entrevistas (maio a julho), durante o I Fórum de Saúde Bucal do Recife, realizado pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife, tal fato pode ser considerado compreensível, bem como a própria Política Nacional de Saúde Bucal teve chegada tardia na agenda de governo.

O estudo de Santos e Assis (2006) revelou que em nível nacional na primeira década de implantação do SUS, não se identificava documento oficial que traduzisse uma política de saúde bucal, caracterizando-se certa omissão do nível central quanto à área, apesar do Plano Qüinqüenal de Saúde (1990 - 1995) apresentar metas para controle do câncer de orofaringe, além da menção à redução da cárie e da doença periodontal entre

escolares, desta forma justificando o pouco conhecimento dos profissionais envolvidos no serviço.

No âmbito nacional, apenas em 2004 foi lançada na agenda política brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a qual trouxe as diretrizes que constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal. Segundo seus formuladores, a PNSB baseia-se numa concepção ampliada de saúde e objetiva reorganizar os serviços odontológicos assegurando a integralidade das ações (BRASIL, 2004a; PUCCA JR, 2006).

Na presente pesquisa também foi verificado o conhecimento precário do cirurgião-dentista referente à implantação das políticas de saúde bucal, corroborando com que a nível local, a compreensão da forma de desenvolvimento da política de saúde deve envolver necessariamente a investigação das relações entre diversos atores sociais (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

Portanto, os autores concluem ser fundamental, compreender os dilemas que cercam o desenvolvimento da ação governamental no nível local, buscando identificar instituições, agentes e redes políticas que se interpenetram, moldam, orientam e/ou modificam a atuação do poder local no campo das políticas sociais.

Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde (Papéis da APS e AS)

Referente ao papel atribuído à atenção primária e secundária, os respondentes apontaram:

> *"o papel do PSF seria mais a básica, a parte da orientação, né, ao paciente, de como ele deve, no caso ter mais cuidado com a saúde e os procedimentos de... básicos mesmo, né, de tanto prevenção como procedimento curativo como restauração e as exodontias... e as especialidades, tem os CEOs que são direcionados pra lá, né? A especialidade de endodontia, de perio, de pediatria que seria direcionado pra lá, pras especialidades que esqueci de falar até dos CEOs e na atenção básica, nos postos tradicionais, eu acho que são os que não cobrem, as áreas que não são cobertas pelos PSFs, eu acredito que seja feito nas unidades de atenção básica, né, nos postos... eu acho que é basicamente isso."(suj 7 urg)*

"Só esqueci de falar que fora os PSF, tem também as unidades tradicionais, que atendem os que não são cobertos pelo PSF e também são porta de entrada ao sistema. A atenção primária é aquele primeiro momento que o paciente tem ali os cuidados básicos, né... aquela equipe que ta ali pra fazer as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no nível de atenção básica. (...) A atenção secundária seria relacionada a média complexidade. Atendimento mais especializado. Atendimentos por especialistas mesmo. Que precisa daquele serviço dali com uma tecnologia mais avançada".(suj 6 urg)

A abordagem do papel da atenção primária parece clara entre os respondentes, onde estes atribuem à APS o papel de principal ordenador do cuidado, corroborando com o estudo de Almeida (2010), o qual considerou que os serviços de atenção primária à saúde, pelos atributos que os caracterizam, seriam os mais adequados para assumirem a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento.

No tocante ao nível secundário de atenção em saúde bucal, os sujeitos afirmam que a rede vem se expandindo, no entanto, ainda não o suficiente para dar conta da demanda pelos serviços especializados, especialmente de endodontia.

"Agora a gente tá com expansão maior dessa oferta da atenção especializada, antes a gente só tinha endodontia e periodontia e agora a gente tem mais um serviço de prótese e estomatologia... então, assim, dentro da lógica do município, a lógica do município mais ou menos é essa". (suj 2 psf)

Chama-nos a atenção o fato de que todos os respondentes de ambos os níveis analisados conhecem corretamente a função e o papel que deve ser desenvolvido pelos dois níveis, porém ainda com certa incerteza e realizando atividades a critérios próprios, sem nenhuma comunicação com os demais níveis e sem devida orientação da gestão.

Na pesquisa de Austregésilo (2012), ao avaliar a qualidade dos Serviços Odontológicos de Urgência na cidade do Recife, através de questionários aplicados aos profissionais e gestores, 90,6% dos profissionais negaram a existência de reuniões para discussão e avaliação com os gestores, o que corrobora com as declarações apresentadas

pelos respondentes, ao desconhecerem as metas de governo. No mesmo estudo também foram declarados por todos os entrevistados, a inexistência de reuniões e/ou atividades conjuntas entre os profissionais da atenção primária e secundária.

No presente estudo, observamos a posição assumida pela APS e o reconhecimento da precária situação em que esta se encontra devido a fatores como: dificuldade no acesso, número insuficiente de profissionais, estrutura deficiente do sistema de referência e contra-referência, precariedade na relação profissional-usuário-gestor.

> *"Então assim, às vezes a gente encaminha, depois o paciente volta com o dente todo fraturado e aí o dente que a gente vê que podia salvar, termina tendo que fazer a exodontia, né... isso é a triste realidade do sistema de saúde, né..." (suj 3 psf)*

Segundo Leal e Tomita (2006) em estudo sobre o acesso à assistência odontológica e o princípio da universalização do SUS, na percepção de gestores locais retrata esse cenário e conclui que sob " .... o pretexto de um patrimônio herdado dos programas centrados no atendimento à saúde escolar, o acesso do "restante" da população à assistência odontológica ocorre de maneira desigual, não organizada e os indicadores empíricos que mostram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento". Esta afirmação respalda as falas dos profissionais participantes do nosso estudo.

Papel do SOU na perspectiva da integralidade

Em relação à perspectiva do papel desenvolvido pelo serviço de urgência, ambos os atores investigados apontam que o SOU supre uma carência em que a atenção básica não cumpre, e não como uma serviço de fato complementar às necessidades da população.

> *"Então, resumindo, aqui (SOU) o paciente vai ser atendido dentro das necessidades da urgência, o que não é feito no posto de saúde. Ele vai chegar aqui e é atendido. Eu acho que esse é o papel da urgência, resolver o problema DE URGENCIA do paciente. Certo? Pra mim é isso". (suj 7 urg)*

> *"Eu acredito que integralidade é isso. É você conseguir dar destino ao paciente pra resolver o caso dele nos diversos níveis de atenção. É o que eu disse. A urgência vem suprir o que a gente falha. Na ausência da gente, na ausência da*

atenção primária, a urgência vai de certa forma tornar que o atendimento daquele paciente, seja integral". (suj 1 psf)

"A integralidade é a assistência do paciente como um todo, assim, de inclusive de você ter referencias, né, pra você encaminhar o paciente. Você saber, digamos você tá na atencão básica lá, você saber e ter as referências pra onde você encaminhar o paciente, você resolver o problema daquele paciente, não só você examinar, ah, tá você tem isso, e isso, mas eu não posso resolver isso aqui..." (suj 8 urg)

Assim, constatamos que as falas dos participantes concordam com Fonseca (2011), que ao analisar a influência de fatores sociodemográficos e da organização do serviço público odontológico na procura por atendimento em um pronto-atendimento, aponta que além das necessidades percebidas pela população para alívio da dor ou desconforto, a falta de um sistema organizado ou precarizado na atenção básica pode contribuir para uma maior procura por serviços de urgência odontológica.

Observa-se que os respondentes trazem o conceito de integralidade, reconhecendo que para que ela de fato aconteça é preciso que cada nível de atenção, dentro de suas especificidades, promovam o atendimento de acordo com a necessidade do usuário. Da mesma maneira, Costa et al. (2012), ao abordar o termo integralidade vinculado ao conceito de integrar ações no setor público de saúde bucal, mostra nesse sentido, que a integralidade seria garantir o acesso a toda tecnologia de cuidado odontológico, por fluxos contínuos entre os serviços, na resolução dos problemas de saúde bucal.

"Pra mim, o papel do serviço de urgência é responder satisfatoriamente a demanda do paciente que chega com quadro de dor... dor, hemorragia ou trauma. Pra mim esses são os três principais focos da urgência e o papel do serviço é resolver esses problemas no momento que eles surgem. Esse, pra mim, é o papel da urgência. E, uma vez resolvido o problema nessa fase emergencial, é... garantir que esse paciente seja encaminhado ao serviço básico de referência. Pra mim o papel dele é esse". (suj 2 psf)

Portanto, é válido ressaltar que as ações de média e alta complexidade na odontologia possibilitam a atenção integralizada à saúde, evitando as extrações dentárias como último recurso terapêutico para a cárie dentária, que ainda é a doença mais prevalente dentre os agravos bucais (COSTA et al., 2012).

Nas falas dos sujeitos é possivel perceber que o retorno do paciente ao PSF geralmente não acontece. Ou, pelo menos, não como deveria estar acontecendo, sendo retratado de maneira incisiva pelos profissionais da APS, enquanto a posição dos profissionais dos SOU se mostra contrária.

> *"Mas eu acho que ele (SOU) é um componente. Ele é um componente desse processo (fluxo de referência e contra-referência). A política diz isso... que tem que ter contato... Que tudo volta ao PSF e do PSF vai encaminhar. A política é isso. O fluxo da política é essa. Do PSF pra atenção secundária. Se tem do SOU pro CEO, eu realmente não sei. Se tiver, eu acredito que seja até mais dinâmico... acho que seja até melhor. Mas não sei se tem". (suj 1 psf)*

> *"O paciente que entra no SUS via serviço de urgência, tem que ser resolvida a urgência dele e esse paciente ser levado ao serviço de atenção básica. Isso nem sempre acontece... pra que esse paciente possa ser visto na sua integralidade, entendeu?" (suj 2 psf)*

> *"Eu faço encaminhamento na ficha. Mas aqui no SOU não existe essa referência direto para o CEO, e sim, primeiramente para o PSF, que em seguida (o PSF) deve encaminhar para o CEO de referência". (suj 5 urg)*

Corroborando com as falas dos entrevistados, a PNSB menciona que aos serviços de pronto-atendimento cabe orientar o usuário para retornar ao serviço de origem e dar continuidade ao tratamento. Enquanto à atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (BRASIL, 2004).

Contudo, a integralidade desejada, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal (CHAVES et al.,

2010). Essa utilização, por sua vez, pode também ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades (GIOVANELLA, 2002).

Provavelmente, a condição de cobertura de saúde bucal de 40% no Município do Recife pode estar contribuindo nas dificuldades de acesso aos serviços. No Recife, em 2001 foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde Bucal na rede Básica, que conta hoje com 133 ESB na Estratégia de Saúde da Família, sendo 90 na modalidade I (Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal) e 43 na modalidade II (Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal). Além disto, conta com 23 Centro de Saúde (CS) e 5 Policlínicas com ambulatório de odontologia (COAP, 2012) .

Compreensão do conceito do Programa de Saúde da Família

Ao abordar a atenção primária, com enfoque na Estratégia de Saúde da Família e seu conceito, surge entre as considerações feitas pelos profissionais, a estratégia como solução e principal forma para organizar o sistema.

> *"O programa de saúde da família, ele funciona como uma estratégia, né, de... organizar o serviço, de organizar essa entrada dos pacientes no SUS, trabalhar com a lógica de população adscrita, de responsabilidade sanitária sobre aquela população que a equipe de saúde da família tá cobrindo e promover estratégias de melhoria da qualidade de vida, de... promoção da saúde pra essa população. Voltada para as necessidades específicas dessa população... porque cada localidade, cada microrregião, cada comunidade tem necessidades próprias... então no PSF a gente tem como tá adequando o serviço a essas características específicas de cada comunidade. E a atenção secundária, ela vem dá suporte, num é? De especialistas nas áreas que o clínico não dá conta" (suj 2 psf)*

> *"O programa de saúde da família é uma estratégia, né, que ela vem justamente pra poder reorganizar essa atenção básica. Porque antes a gente tinha a unidade tradicional que ela não estabelecia vínculo, as pessoas eram atendidas num sistema de ambulatório, que você marcava a consulta, vinha, atendia e ia embora. E agora não, a gente conhece a realidade que as pessoas moram porque a gente conhece o território". (suj 5 urg)*

"O Programa de Saúde da Família, na verdade inicialmente era uma estratégia pra tentar modificar a atenção que estava falida né, e falida em todos os sentidos assim, falida na prática, falida financeiramente, né, então, essa estratégia que evoluiu para se tornar modelo de atenção na verdade, e que acabou substituindo a atenção que se tinha nas Unidades tradicionais porque não dava vencimento, as pessoas não tinham acesso, as pessoas não tinham a entrada, o Saúde da Família é...porque é clichê, né? É a porta de entrada para o SUS".(suj 4 psf)

"O programa de saúde da família é um programa... que hoje em dia já é uma estratégia, né? Do ministério da saúde, no intuito de cuidar de uma determinada comunidade, com uma equipe ali vinculada àquela comunidade, responsável por aquela comunidade sanitariamente. E ele tem como atribuição o cuidado com a comunidade, com aquele território ali, com aquelas pessoas... e, promoção de saúde, atividades de promoção de saúde, que é o principal, apesar de na realidade não ser tanto o que acontece porque a carencia é grande e a demanda termina sendo outra... e tratamento daquela população. O papel da saúde bucal tem esse mesmo enfoque, só que voltado pra a saúde bucal, não esquecendo de trabalhar em equipe, intersetorialidade, e todas aquelas coisas". (suj 7 urg)

As supracitadas declarações mostram que os profissionais entrevistados conhecem a atual situação ao confirmarem que o Programa de Saúde da Família (PSF), a despeito de ter se iniciado como um programa encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS. Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua.

Ao caminhar pelas considerações deste bloco de discussão, fica claro que, apesar de conhecerem, mesmo que de forma ainda quebrada, os papéis a serem realizados por cada nível de atenção, ainda é obscuro seu conhecimento de como deve se dar a integração destes serviços e seu papel na RAS de modo a garantir a integralidade da atenção.

5.2 LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTERFACE

A interface é complexa, pois os serviços de atenção secundária estão sujeitos a várias influências que poderão interferir nas taxas e padrões de referência em saúde bucal. Sabe-se que o processo na maioria das vezes é controlado de acordo com a percepção dos profissionais e usuários. Destacamos também os múltiplos contextos locais, que podem influenciar esta interface.

Considerando que a interface entre os níveis de atenção em saúde bucal apresenta diversos fatores que limitam e/ou possibilitam a interdependência, integração e complexidade deste processo, a seguir apresentamos as considerações trazidas pelos atores envolvidos nesta investigação.

Comunicação entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção

Segundo a caracterização da interface de Morris e Burke (2001a), que indicam que a provisão do cuidado odontológico entre os níveis de complexidade é dependente um do outro, analisou-se a compreensão dos profissionais acerca da importância do outro nível de atenção para a continuidade do cuidado.

Como observado no bloco anterior, em relação ao questionamento sobre a atenção secundária, em especial nesse caso dos serviços de urgência, os dentistas a conceituaram como oferta de procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção primária. Não deixando de evidenciar e declarar a importância destes serviços, no entanto, a integração e reconhecimento da interdependência destes serviços é considerada quase que inexistente.

> *"A integração entre sou e psf ainda é muito precária. Não existe nada muito oficial, que faça essa integração entre um e outro serviço. Também tem reunião com as outras equipes de saúde bucal do distrito sim. Tá um pouco mais espaçado agora, nesse momento, mas tem tido. Tem tido sim. Já teve um momento de contato. Mas com o SOU não. Nunca teve não, mas com o CEO sim. Com o CEO já teve." (suj 1 psf)*

> *"A gente não tem uma integração efetiva, entendeu... que, de fato, dê conta dos problemas. A gente tem apenas o conhecimento que existe o serviço, tem o serviço como referência, mas, a gente não tem nenhuma integração com o serviço*

(SOU). De como funciona... de quais são as... é... os protocolos seguidos no serviço... a gente nunca teve acesso." (suj 2 psf)

"Na verdade, não funciona... Existia integração comigo com o PSF de "A" e o meu posto, o posto que eu atendo. Porque às vezes, por conhecimento, eles sabem o meu turno, os pacientes, então, acontece de às vezes chegar aqui pacientes do "B", paciente do "C", onde eu trabalhei 15 anos... Mas, de fato, não existe integração dos psf com a urgência não..." (suj 6 urg)

Nestes relatos podemos perceber que pouco é abordado a respeito da interdependência destes serviços. Foi ressaltado pelos respondentes a dificuldade de comunicação entre esses dois níveis, citada como precária, tendo como consequência uma integração fragilizada. Contrapondo o que afirmam os autores Hartz e Contradiopoulos (2004) e Almeida et al. (2010) sobre a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente que a interdependência, é fundamental para a garantia do cuidado em saúde, visto que nenhuma das instâncias dispõe da totalidade dos recursos.

Para Morris e Burke (2001) ambos os lados devem ter clareza do papel um do outro, onde a coordenação da relação entre os níveis é fundamental, pois se busca a complementaridade do modelo de atenção.

Concordamos com o estudo realizado por Dias (2012), onde ao analisar as estratégias de coordenação entre a atenção primária e a atenção secundária à saúde no SUS no município de Belo Horizonte (MG), abordou problemas relativos à coordenação dos cuidados à saúde como um dos principais desafios à organização dos sistemas de saúde, face à fragmentação da rede assistencial e à insuficiente comunicação entre prestadores. Seus resultados apontam que a combinação de estratégias de integração entre os níveis assistenciais fortalece a atenção primária como coordenadora do cuidado e contribui para a continuidade dos cuidados e oferta de atenção integral.

Reportado na fala a seguir:

"Na verdade, essa integração que você está falando não existe... infelizmente, pois acredito que se houvesse mais contato entre estes dois níveis de atenção, talvez pudéssemos ver ou almejar alguma melhora... atuo no dois serviços, psf e sou, e posso garantir que os usuários de meu psf são encaminhados melhor...

Não existe contato dos profissionais do psf com os do sou... as reuniões que existem são a nível de psf, com a própria equipe. Aqui na urgência, não temos muito contato não..." (suj 5 urg)

A integração é prejudicada pela falta ou pouca comunicação entre os níveis de atenção, parece existir uma lacuna a qual foi observada também em estudos anteriores sobre coordenação da atenção ou interface (MORRIS; BURKE, 2001a; TOLEDO, 2008; DIAS, 2012) bem como, que a boa cooperação e comunicação entre os profissionais são essenciais para uma interface bem sucedida (MORRIS; BURKE, 2001b).

Sistema de referência e contra-referência

Diante das características de uma interface ideal, trazida por Morris e Burke (2001), é provável que haja fatores que favoreçam e outros que dificultem o processo de referência em saúde bucal. Assim, ao serem questionados quanto ao conhecimento dos estabelecimentos que compõem a rede, por vezes, foi possível enxergar um desconhecimento parcial em relação às formas de relação com os diferentes níveis de atenção.

"Conheço o serviço de urgência daqui sim. Até antes de eu estar aqui, já existia. E também conheço alguns profissionais que trabalham lá. Conheço assim, por amizade. O meu contato com eles é o usual...não há um protocolo. Não existe esse protocolo de contato, existe uma amizade em que eu faço contato com um ou outro que eu tenho amizade, em caso de uma necessidade, mas em praxe meu encaminhamento é via receituário." (suj 1 psf)

"Geralmente não encaminho porque para ir pra urgência, é demanda espontânea... Eu conheço o serviço de urgência daqui pois já tive a oportunidade de dar alguns plantões lá. Conheci rapidamente alguns profissionais, não todos. Nós nunca tivemos um encontro com estes profissionais, e isso sempre foi, assim, uma reivindicação dos profissionais daqui do distrito, um encontro... podemos dizer assim, formal entre os profissionais da atenção básica e os profissionais do serviço de urgência pra que a gente pudesse tirar dúvidas, fazer pactuações... mas, infelizmente, isso nunca aconteceu." (suj 2 psf)

Morris e Burke (2001a) trazem que, por um lado os cirurgiões-dentistas (CD) generalistas precisam de um local para referenciar os casos de tratamento mais especializado, enquanto os CDs especialistas precisariam contrarreferenciar os casos completados para a continuidade do acompanhamento pelos CDs da atenção primária. As mudanças em um ou no outro lado desta equação, podem comprometer a interface afetando o fluxo dos usuários entre a atenção primária e secundária, comprometendo também outros níveis da atenção e provisão de cuidados. Entendemos que esta afirmação possa ser considerada para a atenção nos SOU como um integrante da atenção secundária.

> *"Existe referência para os serviços de urgência. Diante disso, eu vejo a necessidade de, por exemplo... se houver alguma possibilidade de fazer o atendimento aqui... geralmente, os atendimentos de urgência... eles são feitos aqui. Na maioria, eles são feitos aqui. Se não houver possibilidade de resolver o caso dele aqui, aí eu faço o encaminhamento via receituário. Encaminho o paciente ao serviço devido a necessidade de tratamento de urgência. Não existe protocolo... Pra o SOU, não. O paciente que eu referencio volta, mas não de forma de fluxo. Ele volta espontaneamente, por procurar outro tipo de serviço, outra necessidade. Não ocorre a contra-referência não. " (suj 1 psf)*

Pode-se constatar um consenso entre os distintos relatos dos entrevistados quanto a necessidade de superar os obstáculos no acesso a média complexidade para se avançar na integralidade do sistema.

> *"Porque, por exemplo, o paciente vai ser atendido na emergência e faz um abertura, ele sabe que dali ele tem que seguir alguma coisa para dar destino aquilo ali... ele não resolveu o caso dele. Na maioria da vezes, o paciente acha que resolveu. Na outra maioria, os pacientes talvez rasguem o encaminhamento do dentista que mandou pra cá... Então, a gente não sabe, não tem controle sobre isso." (suj 1 psf)*

> *"A gente não tem um protocolo definido de como deve ser esse fluxo, a demanda que vai pra urgência é uma demanda espontânea. Então o paciente espontaneamente procura o serviço de urgência. Quando esse paciente chega aqui no PSF e precisa de um serviço de urgência, a gente normalmente informa onde tem*

o serviço e o paciente procura só... não existe um formulário próprio de encaminhamento. Quando o paciente tá com uma necessidade muito grave e a gente faz esse encaminhamento mesmo por escrito... até num receituário mesmo, mas nunca tive retorno, entendeu?" (suj 2 psf)

Destaca-se inexistência de protocolo clínico, corroborando com o dado do estudo de Austregésilo (2012), onde apenas 21,9% cirurgiões-dentistas participantes afirmaram existir tal instrumento e/ou cumpri-lo. Sabe-se que a disponibilidade de protocolos clínicos é um aspecto organizacional importante do processo de trabalho e a ausência deste pode comprometer a qualidade do serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), este instrumento tem o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nos serviços e respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, bem como, definir claramente critérios de referência e contra referência. Assim, visam orientar as referências a partir das quais os gestores fazem as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico, etc. Os protocolos devem ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadoras .

Observamos também na fala dos entrevistados que atuam nos serviços de urgência que não existe nenhum protocolo que defina o fluxo de encaminhamento destes usuários que procuram o serviço para dar a devida continuidade ao seu tratamento e, assim, conseguir a longitudinalidade de seu atendimento dentro da rede.

"A gente não encaminha pra posto... a gente não encaminha porque a gente não tem nem como é... o paciente da gente ele não entra na marcação pra especialidades, a gente simplesmente orienta ele a procurar o posto mais próximo da casa dele, onde ele é cadastrado e geralmente o que eles dizem a gente é que ou no posto não tem dentista ou no posto o dentista tá de licença, tá de férias, tá pintando, tá faltando água... sempre é o que a gente escuta aqui. Na maioria das vezes, entendeu?" (suj 7 urg)

No tocante ao encaminhamento do paciente, no Caderno da Atenção Básica n° 17 (Saúde Bucal), encontramos apenas a referência aos CEO, aonde cita que o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. No entanto, não se refere aos serviços de pronto-atendimento (BRASIL, 2006).

Apesar de não existir nos SOU nenhum protocolo de referência e contra-referência aos PSF ou CEO, na prática, entende-se a necessidade de encaminhamento para a continuidade, promovendo a longitudinalidade de seu atendimento, fortalecendo a integralidade dos serviços.

Ressaltamos que esse processo não deveria passar por uma burocracia, como relata o estudo de Spedo, Pinto e Tanaka (2010), em relação à assistência médica de média complexidade, onde os servicos de pronto-atendimento eram obrigados a encaminhar os pacientes que necessitavam de consulta ou exame especializado para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pois somente esse serviço tinha acesso ao sistema informatizado de agendamento, transformou burocraticamente a UBS na porta de entrada do SUS no municipio de São Paulo. Medida esta que tinha duas importantes repercussões: dificultar o acesso de pacientes que, de fato, necessitavam de servicos especializados e de disputar e ocupar as poucas vagas disponiveis para consultas médicas das UBSs, com procedimentos meramente burocráticos, de "trocas de guia" de encaminhamentos.

Os profissionais da APS entrevistados reconhecem seu papel dentro do modelo de atenção em saúde bucal preconizado pela PNSB, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência (BRASIL, 2004).

> *"Pra urgência e emergência, a gente não faz o encaminhamento. Porque assim, a urgência gente faz aqui na unidade, então, eu não encaminho para a urgência. Se o paciente procura, procura espontaneamente e em algum momento que a gente não tenha atendimento, como no final de semana, acontece muito." (suj 4 psf)*

> *"Quando o paciente chega aqui pra uma urgência, a gente atende. Só não atende quando, por algum motivo, por exemplo... Se não tiver instrumental... Ou quando eu tô na escola, ta entendendo? Ou como tá aqui hoje, que a gente não tá*

atendendo por que não tem material!!! Não tem nem rolinho de algodão! E olhe que a gente fez o pedido...” (suj 2 psf)

Logo, com base na PNSB e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, deve-se garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto-atendimento, pronto socorro e hospital). Suas diretrizes acrescentam ainda a importância dos serviços de urgência em saúde bucal desenvolverem ações durante as 24 horas do dia, com ações resolutivas e com qualidade, permeadas pelo princípio da humanização e do acolhimento, baseadas nas boas práticas da clínica. As unidades de saúde teriam como compromisso atuar como um elo de intersecção entre os vários níveis de complexidade da atenção a saúde.

No documento apresentado pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal, “Recife Sorrindo Mais”, o Serviço Odontológico de Urgência (SOU) é apontado como aquele que apresenta a finalidade de solucionar os problemas de urgências do complexo maxilo-facial, ou encaminhá-las quando necessitem de atendimento especializado. A demanda do SOU é espontânea e o seu objetivo é atender a população de forma imediata e ininterrupta, dando resolutividade a casos de urgência. Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, esses serviços atuam também como uma porta de entrada ao sistema.

A fim de assegurar a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços integrantes da rede de atenção, o paciente deve então ser encaminhado à estratégia de saúde da família ao qual está vinculado, ou mesmo, ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ou orientado a buscar a continuidade do tratamento em unidades tradicionais (RECIFE, 2013).

Destacamos que, no Brasil, entre os desafios identificados em relação à coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, encontramos: dificuldades em realizar referência e contra-referência de pacientes, inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação como marcação de consultas e exames e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos (MENDES, 2010). Todos essas dificuldades resultam em descontinuidade do cuidado à saúde dos usuários do SUS (HARTZ;

CONTANDRIOPOULOS, 2004). Problemas esses que ferem e dificultam a concretização das características de uma interface ideal.

5.3 INTEGRALIDADE

A integralidade está entre os princípios do SUS e significa assistir ao usuário em suas necessidades, ou seja, ter seus problemas resolvidos. Neste estudo foram eleitos alguns parâmetros disponíveis no trabalho desenvolvido por Morris & Burke (2001), onde a integralidade, juntamente com a equidade e, eficiência e efetividade, encontra-se entre as características consideradas necessárias para uma interface ideal.

Para o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal, a PNSB, além da integralidade, como um de seus princípios, é também norteada pela universalidade, eqüidade, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional.

Atenção integral quanto a integração da APS com o SOU

São apresentados os problemas na garantia de uma atenção integral, quanto a integração entre APS e SOU. Segundo os respondentes, o objetivo de promover uma atenção integral com integração entres esses dois níveis parece não acontecer.

> *"Acho que a integração ainda precisa melhorar um bocado. Tanto entre PSF e CEO, como entre PSF e SOU. De uma certa forma existe, de outra, não. Acredito que tenha alguma integração com o CEO, mas não com o SOU". (suj 1 psf)*

> *"Acho que o principal problema é essa falta de reunião, né? Acho que a falta de interação entre as duas classes, né? Entre os dois, a urgência e as unidades de PSF e unidades tradicionais". (suj 7 urg)*

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos. Com base na afirmação dos autores, por meio das entrevistas realizadas nesta pesquisa, pôde ser visto

nas falas dos cirurgiões-dentistas que, na prática, muito pouco é realizado face à integração dos diferentes serviços.

Contrapondo o que encontramos no estudo em relação à integração, observamos nos sistemas de saúde europeus, ampla atenção nas reformas recentes destes com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde. Englobando entre as possíveis formas de interface com a atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, a consultoria de "curto ou longo prazo" e a definição comum de protocolos de manejo de casos, bem como o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede de atenção primária. Esses caminhos também podem ser construídos nos sistemas locais de saúde (MORRIS; BURKE, 2001a; FAULKNER et al., 2003).

A integralidade da atenção à saúde deve estar inserida no cotidiano do serviço público, independente de em qual nível de atenção este se insere. Ofertar a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada para concretizar o sentido da atenção integral no SUS. Portanto, a integralidade deve incorporar a finalização do cuidado, com máxima resolubilidade, considerando o conhecimento atualmente disponível para o problema de saúde que o indivíduo está vivendo (COSTA et al., 2012).

> *"Eu acho é sentar, é conversar, é ver o que é que eu faço e o que você faz, o que é da minha competência da urgência e o que é da competência do posto de saúde... eu acho que é isso, eu acho que é no caso falta de orientação talvez até dos gestores, pra colocar todos os... as classes, os profissionais interagindo no mesmo problema, na mesma coisa... que é o paciente, né, no caso... eu acho na minha opinião que seja isso... realmente a gente não tem isso, a gente não tem essa interação entre os postos e a urgência. A gente não tem isso..." (suj 8 urg)*

> *"E a gente, que eu acho que a gente devia, uma coisa que a gente realmente tá omisso, a gente deveria buscar a gestão. Buscar a direção mais e cobrar mesmo". (suj 7 urg)*

> *"eu acho que falta de comunicação, falta de... da gestão, e... tornar a gente consciente da rede". (suj 5 urg)*

As falas dos profissionais da ponta (cirurgião-dentista) reportam exatamente o que foi afirmado na revisão sistemática realizada por Armitage et al. (2009), onde a presença do

gestor neste processo de integração é importante, não só para esclarecer o papel dos atores de cada nível, como também para elencar as deficiências existentes na rede. A fim de preencher uma lacuna identificada pelos gestores e planejadores em saúde sobre a integração entre os níveis de atenção à saúde, foram destacados alguns modelos, ferramentas de medição e resultados de integração que podem subsidiar o planejamento e implementação de sistemas integrados de saúde.

Logo, concordamos com Campos (2003) que lança como desafio na busca do atendimento integral e de forma integrada, a reestruturação da forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. Devem ocorrer nos dois níveis uma mudança das práticas de saúde. Sendo a primeira, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. E a segunda, das práticas dos profissionais de saúde.

No tocante às barreiras de acesso entre níveis assistenciais, estudos apontam que para minimizá-las, deve-se oferecer atenção em saúde mais sincronizada e, em tempo oportuno, pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial, aumentando, assim, a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados (GIOVANELLA, 2002; CHAVES et al., 2010; ANDRADE, 2011).

5.4 LINHA DO CUIDADO.

Em função da realidade brasileira, além das características de base teórica da interface de Morris e Burke (2001) abordamos a temática referente à Linha do Cuidado, onde segundo Cecilio (2001) e Franco e Magalhães Júnior (2003), para a garantia do princípio da integralidade é preciso realizar mudanças na produção da linha do cuidado, sendo esta linha, uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas.

Conhecimento quanto à Linha do Cuidado

Em 2006, o MS/SAS já propunha um desenho denominado de Linha do Cuidado, o qual representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação.

Para Cecílio (2004) "...integralidade da atenção à saúde precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível", sendo possível apenas a partir da articulação de cada serviço de saúde, qualquer que seja ele, pensando em rede, pois a assistência não se dá nunca em um único lugar.

No transcorrer dos depoimentos, a questão referente à Linha do Cuidado, apareceu em alguns momentos dispersa e insuficiente. Os profissionais dos SOU, apresentaram pouco conhecimento a respeito.

> *"linha do cuidado é... pelo que eu entendo, é justamente o nome já tá dizendo é cuidado, é o cuidar, né, é o cuidar e eu sempre defino que é o ACS, assim, o agente de saúde, ele é um educador em saúde e é o mais que eu defino como cuidador, é o agente de saúde." (suj 7 urg)*

> *"a gente, a nossa urgência, eu acho que atende, que tem condições de, dentro de algumas limitações, se houver uma urgência clínica, da gente tem que tá cumprindo o nosso papel." (suj 8 urg)*

Segundo as respostas supracitadas, observamos o insuficiente conhecimento sobre a linha de cuidado referendada na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Saúde Bucal, destes profissionais da urgência.

Sabemos que, ambas as Políticas mostram que, entre suas diversas funções, consta a responsabilização pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Utilizando-se para tal de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, incluindo aí, entre outras, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Portanto, a linha do cuidado, é constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, tendo como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, como potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a

humanização das práticas. A política finaliza evidenciando, ainda, que prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004a).

> *"a gente trabalha muito na linha de ciclos prioritários, ok? Que em cada ciclo da vida a gente vai intervir dentro da área odontológica, entendeu?" (suj 2 psf)*

> *"Assim, a gente foca gestante, então, a gente tem uma atenção especial a gestante, ao cuidado dela, a trabalhar essa gestante pra cuidar bem do seu filho, aí na parte seguinte, na saúde da criança, a gente tenta trabalhar com a parte de promoção e prevenção com atividades coletivas pra que a gente possa tá agindo preventivamente e tá dando conta de uma população, de um número maior de pessoas cobertas por essa atividade, né? E nos outros ciclos da vida, a gente, assim, trabalha meio que... é... o paciente que busca mais pelo serviço, nem sempre o que busca mais é o que precisa mais, entendeu? Esse paciente que busca mais, termina tendo mais atenção, né? Nem sempre a gente consegue dar conta de ir buscar aqueles que estão precisando mais, mas que não vem ao serviço, né? Um ou outro... no caso, o ACS, principalmente, ele consegue identificar..." (suj 3 psf)*

> *"Já ouvi falar em Linha do cuidado... mas agora você não vai conseguir tirar muita coisa de mim não... Nós desenvolvemos estratégias para tentar garantir essa continuidade... Acredito que seja isso. Pelo menos, é o que tentamos, mas não é tarefal fácil por conta da imensa quantidade de pacientes para apenas uma equipe de saúde bucal." (suj 1 psf)*

Percebemos nas falas dos profissionais da APS, que o seu posicionamento corrobora com a PNSB, a qual preconiza em suas diretrizes que para a reorganização do modelo de atenção vigente é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado (da criança, adolescente, adulto e idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência) (BRASIL, 2004).

As evidências observadas neste estudo, na maioria das vezes, não pactuam com o que reporta Toledo (2008), ou seja, deve-se dar prioridade a detecção precoce, tratamento imediato do dano em serviços de pronto atendimento e a subseqüente referência do caso para outros níveis de atenção a saúde que cada caso requerer e, este deve ser providenciado

de imediato; caracterizando-se assim a necessidade da estruturação de um sistema organizado de saúde, com uma linha do cuidado adequada e pactuada para absorver as demandas advindas de variadas portas de entrada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente os problemas com a interface entre a Atenção Primária e Serviços de Urgência em saúde bucal são múltiplos e complexos. As soluções individuais possuem baixa efetividade, sendo estas complexas em sua operacionalização. Consideramos que a maioria destas iniciativas visa ampliar o acesso, dar suporte à tomada de decisão, ao referenciamento e a eficiência.

A frágil integração encontrada neste estudo, entre os níveis de atenção e a pouca resolutividade, deixam em débito inúmeras ações e diretrizes almejadas na Política Nacional de Saúde Bucal. Portanto, nos deparamos com uma rede parcialmente desconectada, com um gargalo na APS e SOU, ou seja, um acesso ainda longe de ser universal, o que leva a consciência da indiscutível necessidade de maior integração entre os serviços.

Ressaltamos que ao longo do aprofundamento teórico desta pesquisa, chama a atenção o fato do pouco conhecimento dos profissionais dos SOU quanto a esta temática. O que levantou alguns questionamentos: se os profissionais não enxergam o seu real papel dentro da rede, ou o enxergam de maneira insuficiente, para promover a integralidade, onde encontra-se a falha? Poucas atividades de educação permanente? Falta de interesse pessoal e motivação? Ausência ou pouca presença da gestão? Como e o que fazer para promover de fato a continuidade desta atenção? Questionamentos estes que deverão ser avaliados em novos estudos.

Acreditamos que os resultados do nosso estudo possam contribuir para o conhecimento acerca da interface da Atenção Primária à Saúde e os Serviços de Urgência de saúde bucal no SUS no município de Recife, ampliando a base de evidências quanto aos determinantes relacionados ao menor ou maior êxito da organização e integração destes serviços. Ademais busca ser uma contribuição às práticas de gestão e assistenciais desenvolvidas no âmbito municipal, não almejando apenas ficar restrita ao campo científico.

Nesse sentido, julgamos que o enfrentamento das dificuldades para o alcance de uma interface ideal, exige grande investimento por parte dos gestores do SUS. Para tanto,

devem-se implementar ações articuladas, tanto na APS quanto no SOU, orientadas pelas necessidades de saúde dos cidadãos-usuários.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P. F. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. / Patty Fidelis de Almeida. Rio de Janeiro : s.n., 2010.

2. ANDERSON, R.; THOMAS, D.W.; PHILLIPS, C.J. The effectiveness of out-of-hours dental services: I. Pain relief and oral health outcome. Br Dent J. 2005 Jan 22;198(2):91-7.

3. ANDERSON, R. Patient expectations of emergency dental services: a qualitative interview study. Br Dent J. 2004 Sep 25;197(6):331-4.

4. ANDRÉ, M.E.D.A.. Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional. Brasília: Liber Livro, 2005.

5. ARAÚJO, L. F.; COUTINHO M. P.; SANTOS, M. F. S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das Representações Sociais. Psicologia & Sociedade, 18, 89-98.

6. AUSTREGÉSILO, S.C. Avaliação dos serviços odontológicos de urgência (SOU) na cidade do Recife sob a ótica dos gestores, gerentes e profissionais. 2012. 39 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Universidade de Pernambuco, Recife, 2012.

7. BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. Riod e Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

8. BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S.R.; CORVÊLHO, V.M. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v. 10, p. 43-53, jun. 1995

9. BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000a.

11. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000b.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. 2. ed. Brasília, 2002a. 108 p.

13. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília, 2002b. 24p.

14. 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, 2004a. 16p.

15. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília, 2004b. 68p. (Série C. Projetos,Programas e relatórios).

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília, 2006a. 91 p.

17. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006b. (Serie Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

18. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2006c. 29p.

19. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007a. 248p.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007b. p. 27.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde: 2010.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Brasília, 2011a.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília, 2011b. p. 92.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012, 72p.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde [on line]. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 13 set 2013.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 10 janeiro 2014.

27. CAMARGO, B.V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, J. C. Jesuíno, & B. V. Camargo (Eds.), Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 511-539). EdUFPB: João Pessoa.

28. CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva;8(2):569-584, 2003.

29. CARNUT L, FIGUEIREDO N, GOES PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. UFES Rev Odontol. 2008; 10(3): 10-15, 2008.

30. CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N; GÓES, P.S.A. Evaluation of out-of-hours dental service. Int J Dent, Recife, Brazil, v. 9, n. 3, p. 114-119, jul./set. 2010.

31. CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. D. ; BAVARESCO, C. S. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. APS; v. 14, n.1, p. 85-92 jan./mar. 2011.

32. CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2001. cap. 3, p.113-26.

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

34. COSTA, S. M. et al. Política nacional de saúde bucal e bioética da proteção na assistência integral. Rev bioét (Impr.) 2012; 20 (2): 342-8.

35. CRUZ, D. F. da. A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macroregional de saúde da Paraíba. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PN, 2010.

36. CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

37. DIAS, M. P. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. 2012. 205f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

38. ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(Spec):[08 telas] jan.-fev. 2013.

39. FAULKNER, A. et al. A systematic rewiew of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. British Journal of Gen. Practice. Londres, v. 496, n. 53, p.872-84, 2003.

40. FIGUEIREDO, N., GÓES & P. S. A. Urgência Odontológica: um passo na consolidação da atenção básica In: XII CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE ODONTOLOGIA, 2004, Recife. Revista da Associação Brasileira de Odontologia. 2004. XII:35

41. FIGUEIREDO, N. Urgência odontológica: um passo na consolidação da atenção básica em saúde bucal / Nilcema Figueiredo; orientador: Paulo Sávio Angeiras de Góes. – Camaragibe, 2005.

42. FIGUEIREDO, N. et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GOES, P. S. A. MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão, e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 248.

43. FIGUEIREDO, N. Centro de Especialidade Odontológicas-CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços da região Nordeste. 2008. 320f. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade de Pernambuco, Recife, PE. 2008.

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

45. FONSECA, D.A.V., 1962- A influência sociodemográfica e da organização do serviço na procura pelo pronto atendimento odontológico no município de Piracicaba-SP / Dirce Aparecida Valério da Fonseca. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

46. FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 4, p. 125-133.

47. FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Gestão em Redes. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 459-474.

48. FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. N. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n.81, p.64-71, jan./abr.2009.

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

50. GIOVANELLA et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no BrasilCiência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

51. GOMES, W.S. A integração dos serviços da atenção primária e da média complexidade no II distrito sanitário do Recife. 2012. 23 f. Monografia (Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Universidade de Pernambuco, Recife, 2012.

52. HAGGERTY, J. L.; REID, R. J.; FREEMAN, G. K.; STARFIELD, B. H.; ADAIR, C. E. Continuity of care: a multidisciplinary review, British Medical Journal. London, v. 327, p. 1219–1221, 2003.

53. HALLING, A.; ORDELL, S. Emergency dental service is still needed--also for regular attenders within a comprehensive insurance system. Swed Dent J. 2000;24(5-6):173-81

54. HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 331-336, 2004.

55. KAHAN, E. Definition of a Dental Emergency.TASA 2003 Conference, University of New England, 4–6 December 2003.

56. LEAL R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. Cien Saude Colet 2006; 11(1):155-160.

57. MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532. 2011 .

58. MAIA, L.S. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. 2008. 213f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

59. MAIA, L. S.; KORNIS, G. E. M. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-95, jan./mar. 2010.

60. MAIA, L.S.; KORNIS, G.E.M.; FORTUNA, R.F.P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 197-215.

61. MAYAN, M. J. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Edmonton, Universidade of Alberta, 2001.

62. MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 2, n. 2, p. 8-18 jan./abr. 2008.

63. MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20 (5): 1411-16

64. MAUTSCH,W.; SHEIHAM,A. Promoting oral health in deprived communities. Berlin, German Foundation for International Development, 1995.

65. MAZZILLI, L.E.N. Urgência Odontológica e Prevalência da Automedicação na População Economicamente Ativa de uma Micro-Área da Cidade de São Paulo. 2008. Tese de Doutorado. Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2008.

66. MEDEIROS, E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007.157 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2007.

67. MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Mimeo, 2003.

68. MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001, 144 p.

69. MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50-56.

70. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

71. MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M. & SOUZA, R. GA reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):509-521, 2002

72. MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. British Dental Journal. Londres, v. 191, n. 12, p. 660-664, 2001a.

73. MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? British Dental Journal. Londres, v. 191, n. 12, p. 666-70, 2001b.

74. NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. In: GARCIA, D. V. (Coord). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESC, 2005. p. 28-42.

75. NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. O SUS e a política nacional de saúde bucal. In: Tratado de saúde coletiva em odontologia. PEREIRA, A. C. e colaboradores. 1 ed. Nova Odessa: Napoleão, 2009.

76. NAVARRETE, M. L. V. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Publica. Madrid, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

77. NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, RJ, Ano 6, n. 2, 2º semestre de 2006.

78. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

79. PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). A luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24

80. PERRIN, D. et al. Urgência em Odontologia. Porto Alegre: Artmed, 2008.

81. PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2095-2104, 2013.

82. PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva; 11:999-1010 2006.

83. PINTO, V. G. Saúde bucal coletiva. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

84. PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciên. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

85. PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal do brasil, integralidade e acesso; o caso brasil sorridente. 2013. 100f. Tese (Doutorado em Odontologia em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF. 2013.

86. SANCHEZ, H.F.; DRUMOND, MM. URGÊNCIAS NA FO-UFMG: PERFIL DO PACIENTE E RESOLUTIVIDADE . RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.1, p.79-86, jan./mar., 2011

87. RECIFE. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Recife, 2010. 99p.

88. RECIFE. Secretaria de Saúde. Recife Sorrindo Mais, 2011-2012. Recife, PE, 2013.

89. RILEY, J.L.; GILBERT, G.H.; HEFT, M.W. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2006 34: 289–98.

90. ROSSI, T.R.A. A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da bahia: da entrada na agenda à sua implementação. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. 2011.

91. SANCHEZ, H.F.; DRUMOND, M.M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.1, p.79-86, jan./mar., 2011.

92. SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S.F. (org.) Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP:IDISA:CONASEMS, 2008. 23-28.

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

94. SARAIVA, E. R. A. (2010). Violência contra idosos: Aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

95. SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p. 7-12, dez. 2006.

96. SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011.

97. SILVA, K.S. do N. Potencialidades e desafios da política pública de saúde para o desenvolvimento socioambiental: discussão das unidades de pronto atendimento (UPAS). 2012. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
98. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.
99. SOUZA, G. C. A. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009.
100. SOUZA, T. Sem vergonha de se mostrar feliz... Revista Brasileira Saúde da Família. Ano XI, número 27, jul/dez 2010.
101. SPEDO, S.M; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 953-972, 2010.
102. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
103. TOLEDO, M.E. A interface da urgência em saúde bucal no SUS : um estudo de caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, no ano 2006. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Faculdade de Medicina de Botucatu, Botocatu, 2008.
104. TORTAMANO, I.P. et al. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgências da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. RPG Rev Pós Grad. 2007 13(4): 299-306.
105. TRIVINOS, A. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
106. VAZQUEZ, F.L. Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil / Fabiana de Lima Vazquez Cesar. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.
107. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos

teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-39.

108. YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Tema	Perguntas
Rede de Atenção/Modelo	1. Como se dá a Atenção em Saúde Bucal do município de Recife? Como a rede está organizada? Quais os serviços existentes? Você conhece?
Atenção Primária	2. O que você entende por Atenção Primária? Qual o seu papel, como funciona? 3. O que é o Programa de Saúde da Família? Qual o seu papel, como funciona? E como funciona a equipe de saúde bucal nesse contexto?
Atenção Secundária	4. O que você entende por Atenção Secundária? Qual o seu papel, como funciona? 5 O que é o SOU? Qual o seu papel, como funciona?
Rede / Integração	6. Você conhece os serviços de saúde de sua área de referência/abrangência? Tipos? Conhece os profissionais? Algum? Tem algum tipo de contato com o profissional de outro serviço? 7. Você sabe quais outros estabelecimentos poderiam servir aos usuários em caso de urgência além do SOU de referência? Quais são elas?
Integralidade	8. O que você entende por integralidade?
Interface	9. Como funciona a integração entre o SOU e os PSFs? Como você se comunica com o SOU? Existe algum tipo de comunicação? Alguma forma de contato? Como funciona o Sistema de referência? Como é o fluxo? Existem protocolos? Você conhece? Como você avalia a referência? Existem dificuldades? Acredita que existam algumas referências desnecessárias? Por quê? O que poderia ser feito para aprimoramento?
	Existem reuniões? Só entre a ESB? Entre profissionais do SOU?

	Compartilhadas entre SOU e PSF? Há alguma atividade de Educação Permanente? Aulas, capacitações, cursos de qualificação, aperfeiçoamento, atualização.
Integralidade	10. Para você qual o papel do SOU dentro da Rede de Atenção à Saúde, de maneira a promover a integralidade?
Integralidade / Integração	11. Quais os principais problemas encontrados para garantia de uma atenção integral ao usuário?
*	12. Como você avalia os serviços oferecidos para os usuários? PSF e SOU Em sua opinião as necessidades dos usuários são resolvidas por estes serviços? Como a integração dos serviços pode fazer com ocorra essa melhora da atenção ao usuário? Você acha que pode?
Linha do Cuidado	13. O que você entende por Linha de Cuidado? 14. Você acredita que em seu processo de trabalho se desenvolvam estratégias para essa garantia da continuidade do cuidado?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA (SOU) NO SUS**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Silvia Carréra Austregésilo, com endereço Rua de Apipucos, 193, Apipucos, Recife/PE, CEP: 52071-000/ tel: 81-82023857 para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) / e-mail: silvinha_carrera@hotmail.com.

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: Nilcema Figueiredo (orientadora) e Márcia Carréra Campos Leal (co-orientadora) Telefones para contato: (99751015) e está sob a orientação de: Nilcema Figueiredo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Este estudo tem como objetivo: Avaliar a interface entre atenção primária e secundária em Saúde Bucal, considerando os serviços de urgência odontológica no SUS Recife.
- Este estudo pode oferecer risco de constrangimento direto e/ou indireto ao participante, porém respeita as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 e garante a preservação da identidade.
- Não há benefícios diretos aos participantes, mas indiretamente este estudo, após sua conclusão, será encaminhado aos gestores do Sistema de Saúde, o que poderá servir de base para melhoria das Políticas Públicas pertinentes ao quadro apresentado.
- Os dados coletados (entrevistas gravadas) serão armazenados por um período de 5 anos, sob responsabilidade da pesquisadora principal pela guarda dos dados em local seguro, garantindo a permanência do anonimato do (s) participantes.
- É garantido o total sigilo sobre o nome e dados pessoais dos participantes.
- O participante tem a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à pesquisa em curso.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br.**

_____

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os

procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.
02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

ANEXOS

ANEXOS

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA (SOU) NO SUS

Pesquisador: Silvia Carréra Austregésilo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13744713.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 271.288

Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

CARTA DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Silvia Carréra Austregésilo e Márcia Carréra Campos Leal**, pesquisadoras do Mestrado - Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambucano - UFPE, a desenvolver pesquisa nos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) da Policlínica Amaury Coutinho do Distrito Sanitário II, da Maternidade Barros Lima do Distrito Sanitário III, da Policlínica Agamenon Magalhães do Distrito Sanitário V e da Maternidade Prof. Arnaldo Marques do Distrito Sanitário VI da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS",** sendo orientadas por Nilcema Figueiredo.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 09 de abril de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira
Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 87.655-5