



O CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: O QUE AS PRÁTICAS REVELAM?

Alessandra de Oliveira Lippert*
Fernanda de Freitas Mendonça**
Brígida Gimenez Carvalho***
Pablo Guilherme Caldarelli****

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas de cuidado dos profissionais de odontologia na Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado do Paraná, Brasil. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com cirurgiões-dentistas de uma região de saúde. Os dados foram coletados em março e abril de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidas à análise de discurso. **Resultados:** destaca-se que a organização da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qualificação das filias, e a definição do fluxo de referência e contrarreferência foram fundamentais para o fortalecimento de práticas de cuidado mais integradas. No entanto, a hegemonia de práticas curativas e a demanda reprimida do centro de especialidades odontológicas são situações limitantes. **Considerações finais:** mesmo após inegáveis avanços com a inserção de equipes de saúde bucal na ESF e da Política Nacional de Saúde Bucal, esta área ainda é permeada de indefinições e posta à margem da organização dos serviços na perspectiva de rede, distanciando-se do previsto para um cuidado integral efetivo. Portanto, pensar mudanças assistenciais que promovam a produção de práticas de cuidado integradas que superem a perspectiva curativa ainda se constitui desafio na odontologia.

Palavras-chave: Assistência Odontológica; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

No que se refere à saúde bucal, o Brasil é um dos poucos países que oferta acesso universal às ações relacionadas a essa área. Em diversos países da Europa, por exemplo, apesar das altas prevalências de doenças bucais, a cobertura de sistemas públicos de saúde ainda é baixa, cabendo à população arcar com os custos e deixando àqueles que não possuem condições de custear seus tratamentos pelo setor privado sob condições de vulnerabilidade⁽¹⁾. Tal realidade tem motivado esforços por parte de diversos países europeus para atingir a meta proposta pelo relatório global do estado de saúde bucal da ONU, que propõe uma cobertura universal até o ano de 2030⁽²⁾.

No Brasil, a saúde bucal passou a ganhar espaço na agenda de prioridades do SUS a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e com a expansão e qualificação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽³⁾. Esta estratégia visa a substituir os modelos assistenciais

curativista, excludente, tecnicista e biologicista, os quais ainda estão muito presentes em países europeus⁽¹⁾, inclusive em países que possuem sistemas universais e tratam a saúde como um direito⁽⁴⁾. Por meio de suas diretrizes, a PNSB direciona formas de superar, com qualidade, a fragmentação do sistema de saúde por meio da proposta de uma rede de cuidados progressivos, e busca a integração dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), delineada por princípios do cuidado e da integralidade⁽³⁾.

O modelo de atenção com conformação de redes de atenção em saúde bucal propõe garantir a mudança das práticas hegemônicas do modelo cirúrgico-restaurador para um modelo que atue em uma perspectiva integral de cuidado. A RASB, ordenada pelos princípios de regionalização e hierarquização, exige a implantação e integração de diversos pontos de atenção, que garantam o acesso aos diferentes níveis de complexidade, e é considerada condição para elevar o cuidado em saúde bucal ao patamar de atenção integral⁽³⁾. Contudo,

*Odontóloga. Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil. E-mail: odonto.lippert@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2391-4708>

**Enfermeira. Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil. E-mail: femanda0683@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3532-5070>

***Enfermeira. Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Londrina, PR, Brasil. E-mail: brigidagimenez@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

****Odontólogo. Universidade Estadual de Londrina, Faculdade de Odontologia, Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil. Londrina, PR, Brasil. E-mail: pablocaldarelli@hotmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4589-9713>

pesquisa recente aponta que o fato dessa rede, no âmbito federal, não ter sido colocada como uma das redes prioritárias, mas com uma inserção transversal, torna-a invisível às demandas específicas da área⁽⁵⁾.

Já no estado do Paraná, a RASB foi designada como a sexta rede prioritária e como política pública para o estado no ano de 2014, compreendendo que o modelo de organização do cuidado de modo fragmentado, vigente à época, estava ultrapassado⁽⁶⁾. Este modelo preconiza que pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS) pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da atenção primária que necessitem de atenção especializada tenham como referência os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁽³⁾.

A RASB, como já mencionado, é estruturada para ofertar cuidado de saúde bucal com vistas à integralidade⁽⁶⁾. Em relação à integralidade, este estudo adota a concepção de que esta constitui características que podem ser consideradas desejáveis do sistema de saúde, relacionadas aos profissionais e suas práticas, à organização de políticas e de suas instituições. Nesse sentido, recorre-se aos sentidos da integralidade do cuidado ressaltados sob três perspectivas: da prática profissional, da organização de serviços e da constituição de políticas⁽⁷⁾.

Ou seja, apesar de, do ponto de vista da constituição de políticas, o Brasil possuir uma cobertura universal para a saúde bucal⁽¹⁾ e o estado do Paraná inserir a RASB como uma rede prioritária⁽⁶⁾, ainda assim as práticas profissionais, foco do presente estudo, também podem interferir no alcance da integralidade da rede⁽⁷⁾. Uma coordenação do cuidado efetiva necessita incorporar as perspectivas dos profissionais de saúde na condução do sistema, e

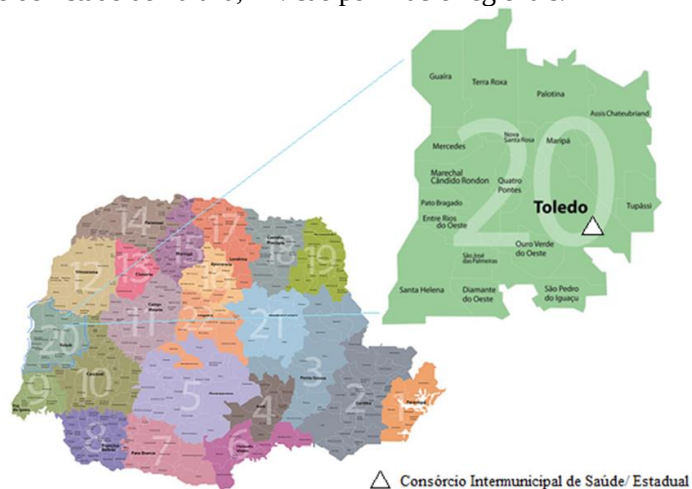
promover o entrelaçamento de conexões entre os atores das equipes da atenção básica e especializada⁽⁸⁾.

A falta de qualidade técnica profissional na provisão do cuidado, o uso ineficiente dos recursos existentes, serviços com traços de fragmentação e o descompasso entre a oferta e as necessidades da população produzem obstáculos para a funcionalidade da rede. Dito isso, torna-se relevante a realização de estudos que identifiquem, por meio de uma análise crítica, lacunas, desafios e oportunidades de melhoria da prática do profissional enquanto um elemento fundamental para a construção de uma rede que visa promover o cuidado integral. Portanto, o objetivo desse estudo é analisar as práticas de cuidado dos profissionais de odontologia na Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado do Paraná, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado na 20ª Regional de Saúde do estado do Paraná, Brasil. Nesta região de saúde, está implantado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município sede de Toledo, vinculado ao consórcio intermunicipal de saúde, conforme ilustra a Figura 1. Este é referência para o atendimento odontológico especializado para as equipes de atenção básica (AB) dos 18 municípios consorciados e uma base populacional de 398.323 habitantes. Todos os municípios disponibilizam ações e serviços de saúde bucal na atenção básica, e esboçam um mínimo de integração entre os demais níveis de atenção.

Figura 1. Mapa Político do Estado do Paraná, Divisão por Macrorregionais.



Para a análise, foram entrevistados 14 profissionais cirurgiões-dentistas, nove deles atuando nas UBS e cinco no CEO. Os profissionais das UBS foram selecionados daqueles municípios indicados pela Seção de Atenção Primária à Saúde (SCAPS) da 20ª RS, estando inseridos no processo de tutoria de qualificação da atenção primária em saúde, implantado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) em 2014. De acordo com a SESA, estes municípios têm cumprimento satisfatório dos itens de saúde bucal relativos à estratificação de risco, melhoria do acesso e desenvolvimento contínuo de ações de planejamento, negociação e contratualização, dentre outras ações elencadas na Resolução SESA nº 741/2018.

No CEO, foram entrevistados cinco cirurgiões-dentistas selecionados aleatoriamente, sendo um profissional por especialidade odontológica ofertada (prótese dentária, endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, periodontia e pacientes especiais).

Os dados foram obtidos de março e abril de 2019 pela pesquisadora principal, cirurgiã-dentista vinculada ao consórcio de saúde, por meio de entrevistas gravadas, previamente agendadas via contato telefônico, e realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais e tiveram em média 30 minutos de duração. As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado apropriado fisicamente e utilizado pela pesquisadora, contendo questões relacionadas às práticas de cuidado em saúde bucal e à organização dos serviços na RASB. Estas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise do discurso, e, posteriormente, os áudios foram deletados.

As entrevistas foram analisadas segundo técnica ideográfica - individual e nomotética - geral⁹. Primeiramente foi realizada análise ideográfica mediante leitura flutuante dos discursos e depois foram selecionadas unidades de significado (US), palavras ou frases que possuem sentido na perspectiva do fenômeno estudado. A seguir, realizou-se a interpretação das US e a convergência das US dentro do discurso de cada entrevistado. Por último, executou-se a análise nomotética, relendo-se as US e identificando as convergências e as divergências presentes possibilitando a construção das categorias de análise. Foram analisadas as significações obtidas por meio das unidades de significado identificadas de maneira a interpretar as práticas de cuidado em saúde bucal.

No processo de codificação, foram atribuídos aos

profissionais cirurgiões-dentistas as iniciais CD. Os profissionais das UBS receberam a sequência numérica de 1 a 9 (CD1 ao CD9), e os do CEO de 10 a 14 (CD10 ao CD14), conforme a ordem da realização das entrevistas.

Os aspectos éticos foram rigorosamente obedecidos conforme a Resolução 466/12 que regulamenta pesquisa que envolve seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que os pesquisadores estão vinculados, com parecer número 3.120.681/2019 e CAAE 04165518.2.0000.5231.

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram 14 profissionais cirurgiões-dentistas atuantes em pontos de atenção à saúde bucal do sistema único de saúde, nos níveis de atenção básica e especializada. Entre os nove profissionais da UBS, sete são do sexo feminino e dentre eles, seis possuem especialização em saúde da família. Entre os profissionais do CEO, quatro do sexo feminino e todos possuem especialidade em suas áreas de atuação (prótese dentária, endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, periodontia e pacientes especiais). A faixa etária dos profissionais concentra-se dos 30 aos 49 anos, com distintos tempos de atuação nos pontos de atenção, que variam de 1 até 12 anos de atuação.

Do processo de análise, emergiram subcategorias articuladas à categoria de cuidado em saúde bucal, mais precisas e mais específicas em relação ao objeto de pesquisa, as quais serão descritas a seguir.

As práticas de cuidado nas UBS e no CEO

No âmbito das práticas de cuidado nas UBS, o conhecimento da atribuição de cada nível de atenção da RASB e a qualificação das filas para encaminhamento ao CEO mostraram-se essenciais para possibilitar um cuidado integral.

Nota-se nas falas dos profissionais das UBS que estes reconhecem seu papel como nível de assistência ordenadora.

A equipe oferta a atenção básica e o que precisa ser encaminhado, a gente encaminha para o CEO, e informamos que eles podem voltar para a UBS quantas vezes for preciso. (CD1)

De maneira geral, as equipes da AB atuam na triagem motivando o encaminhamento à atenção especializada, e mantendo o controle sobre os

usuários que são referenciados e os contra referenciados pelo CEO.

A gente consegue acompanhar esse paciente a cada 6 meses, e eu consigo marcar retorno, então tem pacientes que já voltam ao consultório só para uma revisão e ele não tem um problema novo. (CD6)

Algumas estratégias eficientes como qualificação da fila prévia ao encaminhamento para o CEO também contribuem para o cuidado integral. Este processo consiste na identificação dos usuários, de forma que aquele que mais precisa seja atendido mais rapidamente, e que os que não têm indicação clínica para a realização de procedimento especializado sejam retirados dessa fila, ou referenciados à especialidade correta. Isso favorece o tratamento em tempo hábil, e a otimização da referência, diminuindo a demanda inapropriada aos níveis especializados e contribuindo também para um atendimento equânime.

Experiências exitosas têm sido registradas na priorização de atendimentos de usuários contra referenciados pelo CEO para a conclusão do tratamento em tempo oportuno, favorecendo o processo de manutenção da longitudinalidade do cuidado.

O paciente volta com a contrarreferência, veio da endodontia, então nós encaixamos como urgência, eu não deixo 2, 3 meses na fila, para cair o curativo e contaminar o dente. (CD8)

A organização dos serviços e os desafios impostos às práticas de cuidado

Por outro lado, os profissionais relatam os principais desafios enfrentados cotidianamente na UBS para a promoção do cuidado integral. Destaca-se a dificuldade em promover mudanças no processo de trabalho, que ocorre, em parte, devido ao número insuficiente de profissionais, à pouca qualificação e à sobrecarga de funções nesse nível de atendimento.

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

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

Além disso, há o reconhecimento de limitações técnicas e insegurança em atender alguns casos e

realizar procedimentos odontológicos na UBS, principalmente em pacientes mais complexos.

“O paciente especial de poli farmácia com várias enfermidades, às vezes a gente acaba fazendo os procedimentos, mas com receio, com insegurança”. (CD2)

A estrutura da unidade e a limitada disponibilidade de materiais e insumos adequados ao trabalho do cirurgião-dentista também comprometem os serviços.

“Porque a gente vê que muitos municípios não têm muito instrumental, não tem material, isso torna as coisas meio árduas. O dentista, de repente, não quer se arriscar, e não tem o amparo ali no município caso aconteça alguma coisa”. (CD10)

Além disso, as equipes também referem que constantemente defrontam-se com tensões entre a demanda espontânea e a programada. Esta última encontra-se sucumbida sob a pressão da demanda por atendimentos imediatos, e isto não corresponde ao ideal de integralidade.

É constante o relato de que os profissionais da AB sentem-se:

“[...] afogados na parte curativa (CD3)

“As ações são imposta pela demanda espontânea, pois a população que procura os serviços ainda é para procedimentos curativos”. (CD1)

Por outro lado, observa-se que o modelo de organização da AB por meio das equipes de saúde da família e saúde bucal é uma característica que altera o processo de trabalho dos profissionais tornando o cuidado mais integral, conforme destaca o relato:

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

A implantação de equipes de saúde bucal organizadas por meio da ESF também contribui para o movimento de reversão da perspectiva da odontologia curativa para a odontologia coletiva nos municípios estudados. E, embora com limitações, devido à baixa cobertura, tem oferecido um atendimento mais integral.

“Nas unidades da estratégia têm uma população mais definida, consegue trabalhar mais, consegue ter essa visão diferente do paciente, uma visão maior de ser humano”. (CD9)

Entretanto, a conduta de cada cirurgião-dentista é também influenciada pela formação acadêmica destes profissionais.

“A minha visão é uma escola mais antiga, e hoje em dia você vai conversar com o estudante de odontologia, é tudo diferente, os profissionais não têm mais a mesma paciência para ações coletivas”. (CD6)

Já no âmbito das práticas de cuidado no CEO, os instrumentos de referência e contrarreferência são bem definidos, o cuidado direcionado também às famílias dos usuários e a busca pela eficiência e resolutividade do problema indicam práticas que se aproximam da integralidade.

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

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

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

Este estudo identificou um sistema de contrarreferência organizado. Os indivíduos que frequentaram a AB foram referenciados aos serviços especializados, e, posteriormente, foram contra referenciados à AB após a realização dos procedimentos especializados.

Os profissionais do CEO também identificaram que o instrumento de contrarreferência é importante para direcionar a atuação da AB.

“Quando você manda a contrarreferência com as orientações para fazer limpeza, cuidar do paciente, orientar o paciente, funciona”. (CD13) E de certa forma, os profissionais da atenção especializada relatam estar “assumindo algumas responsabilidades que são da atenção básica”. (CD10)

A atenção especializada também relata oferecer cuidado em saúde bucal aos usuários e às famílias:

Eu faço orientação para as mães dos pacientes especiais, porque muitas vezes a família também acaba sendo uma família especial, na verdade são uma família especial. Muitos deles são analfabetos, são pessoas que não conseguem entender o que o filho tem, então eu sempre oriento a escovação, eu ensino como é que faz [...]. E neste caso em especial, eu vou encaminhar uma

carta para a assistente social, e para a escola, para que acompanhem ele, e ele vai ter que ficar vindo aqui a cada 4 meses. (CD12)

Por fim, a busca pela eficiência e resolutividade aparece de forma constante nas falas dos profissionais do CEO, pois

“Tem que resolver, está nas mãos do especialista, é o nosso papel, a resolução”. (CD14)

“O que a gente pode suprir aqui a gente sempre tenta ser eficiente”. (CD10)

De modo que existe um fluxo também dentro do CEO entre as especialidades, isso é importante,

“Porque não é só a nossa especialidade, a gente tem que ver o paciente como um todo, e eu acho que isso aqui funciona bem”. (CD11)

Outros fatores relacionados, como a demanda reprimida do CEO, também comprometem a integralidade do cuidado em saúde bucal.

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

A maior demanda reprimida tem sido relatada principalmente nas especialidades de prótese dentária, endodontia e odontopediatria. A primeira apresenta a maior demanda reprimida, tendo um tempo de espera aproximado de três anos.

“A nossa lista é de mil e poucos pacientes de prótese, a gente está chamando paciente de 2016”. (CD9)

Outro aspecto que aumenta a demanda reprimida de acordo com os participantes é o fato de que alguns usuários

“[...] antes só iam em consultório particular, agora fazem uso da rede SUS”. (CD6)

A conquista do acesso de tais serviços para a população é de extrema importância, pois possibilita a continuidade dos tratamentos odontológicos.

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

DISCUSSÃO

O Brasil é o único país do mundo a propor um sistema de saúde universal com o objetivo de garantir a atenção em todos os níveis de atenção à saúde. A PNSB proporcionou um crescimento expressivo de postos de trabalho na rede de serviços de odontologia e a inserção da equipe de saúde bucal, mesmo que tardia, no conjunto das atividades e ações da ESF, constituiu-se em um inegável avanço⁽¹⁰⁾. Em comparação, os países europeus, por exemplo, apresentam baixas coberturas de sistemas públicos, deixando uma parcela da população desprovida de recursos financeiros para pagar por tratamentos no setor privado, em condições de grande vulnerabilidade⁽¹⁾.

Neste modelo, os profissionais da AB devem atuar no ordenamento da rede de atenção à saúde bucal, na coordenação do cuidado em saúde, na responsabilização pelos usuários e na criação de vínculo com a comunidade, motivando o encaminhamento^(6,11), e favorecendo o atendimento compartilhado previsto na clínica ampliada⁽¹²⁾. Deste modo, a fragmentação presente na assistência deve ser desconstruída, de maneira que os profissionais de saúde passem a atuar numa perspectiva do cuidado integral^(4,10,13,14).

Porém, há relatos de dificuldades por parte dos profissionais da AB em desempenhar todas as atividades pertinentes a eles, como, por exemplo, visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção de saúde. Por muito tempo, a prioridade estabelecida para o atendimento odontológico foi marcada por necessidades consideradas mais urgentes, atuações de cunho curativista^(8,15), restrito ao atendimento clínico ambulatorial básico com ações assistenciais centradas na doença e na queixa momentânea do usuário⁽¹⁶⁾, na produção de procedimentos voltados ao cumprimento de metas de produtividade^(4,14) em detrimento das atividades preventivas e de ações coletivas^(6,8,10,12,13).

Assegurar o maior número de profissionais, dentre outros aspectos, pode representar mais acesso ao serviço e contribuir para superar esta realidade, além de evitar o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados^(10,16). Também é importante dispor de estrutura adequada e materiais e insumos indispensáveis ao trabalho do cirurgião-dentista⁽¹³⁾. Estudos recentes revelam que a falta de recursos materiais, insumos odontológicos, e infraestruturas inadequadas constituem uma fragilidade no trabalho em saúde bucal, por vezes taxando a saúde bucal como onerosa e de difícil manutenção⁽⁴⁾.

A falta de uma equipe de AB, ou aquela que não cumpra o seu papel de modo efetivo, seja pelo número insuficiente de profissionais, pela dificuldade de operar as diversas ações, ou pelo elevado número de demandas, prejudica a coordenação do cuidado pela atenção básica⁽⁸⁾. A ausência de cuidados oportunos aparece nas longas filas de espera e nas referências tardias. Estas dificuldades refletem em dependência e no aumento da demanda reprimida para a especialidade, em alguns momentos gerando demanda inapropriada⁽¹⁸⁾.

Um dos sentidos da integralidade baseia-se na necessidade de combater práticas fragmentadas e reducionistas de dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento de considerações psicológicas e sociais⁽⁷⁾. A produção do cuidado deve ser vista de forma sistêmica e integrada, com direcionamento trazido no conceito ampliado de saúde e a promoção da saúde⁽⁴⁾. Partimos do cuidado enquanto atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro, na realização de ações de saúde visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade⁽¹⁴⁾, que se iniciam pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais⁽³⁾. Contudo, tais colocações tornam-se desafiadoras considerando que as práticas dos profissionais de saúde bucal, historicamente, são baseadas no atendimento clínico individual, curativista e fragmentado^(10,13).

A reprodução do modelo hospitalocêntrico de modo geral está vinculado ao perfil de formação universitária do profissional, considerada tradicional, segmentada, acrítica e pouco reflexiva⁽¹⁵⁾. É eminente a necessidade de qualificar os recursos humanos em saúde bucal coletiva norteadas nos processos de formação profissional para SUS⁽⁴⁾. Pois é essencial superar os efeitos do ensino da odontologia, ainda curativista e individualista, que não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população⁽¹⁹⁾.

Trabalho pioneiro realizado no Brasil abordou a influência da formação profissional nos processos de trabalhos desenvolvidos ESB, e constatou que o modelo de atenção à saúde bucal predominante no país são ESB (81%) e que, apesar de somente 34% (4.272) dos profissionais terem formação em saúde da família, houve associação significativa entre esta formação e melhor desempenho em processos de

trabalho mais adequados às premissas do SUS de acesso, trabalho em equipe, integralidade e longitudinalidade⁽¹⁹⁾.

Além disso, a organização da rede a partir de uma AB resolutive e ampliada pode contribuir para redução da demanda por atendimentos especializados. Caso contrário, pode contribuir para a transformação da demanda espontânea da UBS em demanda referenciada aos serviços de atenção especializada³. Inclusive, alguns estudos indicam grande proporção de procedimentos típicos da AB sendo realizados nos CEO⁽¹⁷⁾.

O efetivo funcionamento dos CEO depende também de uma adequada interface AB/CEO. Esta interface é muito dependente da pactuação de fluxo das referências e contrarreferências e da organização da rede de atenção^(8,11,12,16,20). Deste modo, autores defendem que a RASB possui todos os elementos para constituir-se em uma rede prioritária, com pontos de atenção e apoios logístico e diagnóstico. Desse modo, é preciso situar o espaço de gestão da saúde bucal para além da atenção primária de forma a fortalecer a rede⁽⁴⁾. Integrar a AB aos demais níveis de atenção constitui ainda um desafio do sistema de saúde brasileiro para a conformação das redes de atenção à saúde^(3,8).

Portanto, ao identificar usuários que foram referenciados aos serviços especializados e posteriormente contra referenciados à AB ao final dos atendimentos, confirma-se o que determina a estruturação da RASB^(8,20). A integralidade em saúde bucal pode ser verificada no relato de realização pelo usuário de tratamento odontológico básico antes ou concomitante ao tratamento especializado. Estes pacientes têm maior êxito na continuidade do processo de cuidado em saúde bucal⁽¹⁸⁾. Por outro lado, estudos elegem a deficiência de acesso de primeiro contato, como agravante na longitudinalidade, uma vez que acessibilidade é fundamental na oferta regular de serviços^(16,21). Além disso, a não priorização dos retornos e tratamentos concluídos resulta em baixa resolubilidade dos problemas bucais, já que não há acompanhamento dos casos e nem a formação de vínculos entre os profissionais e os usuários⁽²²⁾.

Na dimensão do cuidado na média complexidade, a implantação dos CEO pode se constituir em estratégia relevante com vistas à organização dos serviços e práticas de integralidade em odontologia^(17,20). Quando um profissional, diante de um paciente, seja na atenção básica ou especializada,

aproveita para avaliar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto, e busca compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que ele apresenta, seria a marca maior de um dos sentidos da integralidade⁷.

Porém, estudo realizado nas capitais brasileiras destaca uma realidade de cobertura dos CEO aquém do esperado. Estes fatores na prática repercutem em elevado tempo de espera para se consultar e/ou remarcar retornos. A ampliação das ações de saúde bucal na AB aumentou a demanda por tratamento especializado, e os CEO não estão conseguindo absorvê-la a contento¹². A prótese dentária e a endodontia aparecem como maior demanda reprimida em estudos que avaliam o desempenho de CEO¹⁸, o que corrobora o resultado deste estudo.

Observa-se que, no início dos anos 2000, houve um grande salto de qualidade e quantidade de atendimento nos CEO. Estudo revela uma ampliação de 4% nos serviços da AB e, nos especializados, essas porcentagens ultrapassam os 200% entre 2001 e 2015; já no bloco “acesso e cobertura”, foi possível verificar o aumento de cobertura populacional de 9% para 43% no Brasil⁽¹⁹⁾. Atualmente, não se observa o mesmo ritmo de crescimento e alcance para a população que não dispõe de recursos para se locomover até as grandes cidades para o atendimento especializado⁽¹²⁾, configurando-se também como um limitador do acesso⁽⁸⁾.

E por se tratar de um serviço do nível secundário da atenção, os CEO requerem uma maior incorporação de equipamentos, insumos e materiais odontológicos, assim como de profissionais mais especializados em determinados problemas de saúde bucal. Estas características contribuem para a resolatividade da atenção especializada⁽¹⁸⁾.

O ponto de partida para a mudança é assumir o conceito ampliado e a promoção da saúde na reorientação do modelo com adesão à ESF^{4,14}. As potencialidades evidenciadas nos estudos foram a inserção da ESB na ESF, considerada como um acerto, um ganho para a saúde pública, pois facilita o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal⁽²²⁾. Nesta direção, faz-se necessário que a PNSB tome-se uma política de Estado, a fim de consolidar o modelo de atenção à saúde pautado na defesa da vida, dos determinantes sociais, e que a saúde bucal seja entendida como um direito social para toda a população, dentro de um sistema universal, público e de qualidade⁽⁴⁾.

Porém, inquietude instala-se diante das mudanças na Política Nacional e de Financiamento da Atenção Básica, a qual induz outros arranjos de equipes que não as de saúde da família, que desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais, de desenvolverem ações de saúde bucal. Fica, portanto, aberta a possibilidade de um município organizar seu sistema público de saúde com grandes fragilidades no âmbito da saúde bucal.

Aponta-se como limitações do estudo a ausência da perspectiva do usuário sobre a rede de cuidados em saúde bucal, bem como a interface com a alta complexidade. Portanto, sugerem-se novos estudos que objetivem analisar o cuidado também sobre essas perspectivas, considerando, sobretudo, as mudanças na organização e financiamento da AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde bucal da AB reconhecem seu papel na coordenação do cuidado e como ordenador da RASB, porém relatam dificuldades e desafios para a promoção do cuidado integral, e reversão do modelo curativista persistente nas práticas de saúde bucal, óbice imposto pela odontologia curativa, ainda hegemônica. Situação pautada historicamente na inserção tardia da atenção à saúde bucal na ESF.

As práticas profissionais e a organização dos serviços podem interferir na integralidade de um sistema, pois serviços com traços de fragmentação geram dificuldades de acesso às ações de saúde e a cuidados oportunos. Portanto, as iniciativas indicadas neste estudo, como a articulação do cuidado em

saúde bucal por meio da ESF, a qualificação das filas para a adequada referência e contrarreferência, mostram-se boas estratégias de melhoria dos fluxos assistenciais. Estas iniciativas também diminuem a demanda por procedimentos curativos mais complexos, e, conseqüentemente, a demanda reprimida para a atenção especializada.

A média complexidade destaca-se pela busca da eficiência e resolutividade, contudo, apresenta grande demanda reprimida, e sofre sobrecarga de encaminhamentos em razão da fragilidade da organização da AB, que também gera demanda inapropriada aos níveis especializados.

Mesmo com os inegáveis avanços conquistados após a inserção da equipe de saúde bucal na ESF e da PNSB e diante do cenário atual, a saúde bucal ainda é permeada de indefinições e posta à margem nas discussões referentes à organização dos serviços na perspectiva de rede. Portanto, pensar mudanças assistenciais de modo que se produzam práticas de cuidado integrais, não somente focadas na perspectiva curativa e de qualidade estritamente técnica, ainda se constitui em desafio na odontologia.

Por fim, observa-se que há um distanciamento entre o previsto e a realidade nos diversos níveis de atenção para que o cuidado integral à saúde bucal efetive-se. Implica a necessidade de revisão de práticas que possam otimizar vagas e ampliar o acesso, possibilitando a ampliação de cuidados adequados em tempo oportuno. Também é imprescindível a defesa da priorização e do fortalecimento da RASB nas instâncias municipais, estaduais e nacionais.

CARE IN THE ORAL HEALTH CARE COMPLEX: WHAT DO THE PRACTICES REVEAL?

ABSTRACT

Objective: analyzing the care practices of dental professionals in the Oral Health Care Network in the State of Paraná, Brazil. **Methodology:** this is a descriptive-exploratory study of a qualitative approach conducted with dentists in a health region. Data were collected in March and April 2019 through semi-structured interviews and submitted to discourse analysis. **Results:** it is emphasized that the organization of primary care through the Family Health Strategy (FHS), the qualification of queues, and the definition of the reference and counter-referral flow were fundamental for strengthening more integral care practices. However, the hegemony of curative practices and the repressed demand of the dental specialty center are limiting situations. **Final considerations:** even after undeniable advances with the insertion of oral health teams in the FHS and the National Oral Health Policy, this area is still permeated by uncertainties and sidelined by the organization of services from a network perspective, away from what is expected for effective comprehensive care. Therefore, thinking about care changes that promote the production of comprehensive care practices that overcome the curative perspective is still a challenge in dentistry.

Keywords: Dental Care. Health Knowledge. Attitudes and Practice. Health Integrality. Access to Health Services.

EL CUIDADO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL: ¿QUÉ REVELAN LAS PRÁCTICAS?

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas de cuidado de los profesionales de odontología en la Red de Atención a la Salud Bucal en el estado de Paraná, Brasil. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con cirujanos-dentistas de una región de salud. Los datos fueron recolectados en marzo y abril de 2019, por medio de entrevistas semiestructuradas y sometidos al análisis de discurso. **Resultados:** se destaca que la organización de la atención básica por medio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la calificación de las filas, y la definición del flujo de referencia y contrarreferencia fueron fundamentales para el fortalecimiento de prácticas de cuidado más integrales. Sin embargo, la hegemonía de prácticas curativas y la demanda reprimida del centro de especialidades odontológicas son situaciones limitantes. **Consideraciones finales:** incluso después de innegables avances con la inserción de equipos de salud bucal en la ESF y de la Política Nacional de Salud Bucal, esta área aún es permeada de indefiniciones y aislada de la organización de los servicios en la perspectiva de red, alejándose de lo previsto para un cuidado integral efectivo. Por lo tanto, pensar cambios asistenciales que promuevan la producción de prácticas de cuidado integrales que superen la perspectiva curativa aún se constituye desafío en la odontología.

Palabras clave Atención Odontológica. Conocimientos. Actitudes y Práctica en Salud. Integralidad en Salud. Acceso a los Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*. 2022; 24(2): 1–169. [online]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/355605/HiT-24-2-2022-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization. 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [online]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>.
3. Pinto MHB, Araújo ME, Fujimaki M, Ditterich RG, Terada RSS, Martelli PJL. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quanti e quali sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE. 2016. 221-235. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.
4. Pinheiro EL, Vasconcelos M, Gomes VE, Mattos FF, Andrade CPS, Amaral JHL. Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2023; 28(4): 1139-1150. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.12502022>.
5. Calvasina P. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. *Cien Saude Colet*. 2023; 28(3): 785-788. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12802022>.
6. Ditterich RG, Moysés SJ, Graziani GF, Couto MP, Bueno RE, Gabardo MCL. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: Ditterich RG, Graziani GF, Moysés SJ [organizadores]. Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. Londrina: SESA/INESCO. 2019; 15-37. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro-caminhos-e-trajetorias-da-saude-bucal-no-estado-do-parana.pdf>.
7. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA [organizadores]. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª edição, Rio de Janeiro, CEPESC IMS/UERJ. Abrasco. 2009; 43-68.
8. Diaz BMR, Warmling CM, Pires FS. A integração ensino-saúde: um olhar sobre a rede de atenção em saúde bucal das regiões central e sul de Porto Alegre/RS. In: Warmling CM, Pires FS, Diaz BMR, Martino VN, Barwaldt CK, Prediger K, et al. [organizadores]. Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho [Internet]. Pimenta Cultural. 2023; 44-69. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=zv3UEAAAQBAJ>.
9. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro. 2005.
10. Anjos F, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Pinto IC, Mestriner-Junior W. Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. *Cienc Cuid Saude* [online]. 2011; 10(3): 601–607. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v10i3.10921>.
11. Pimentel BV, Carvalho BG, Caldarelli PG, Domingos CM. Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. *Interface*. 2021; 25:e210286. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210286>.
12. Moraes Junior RC, Carvalho LGA, Ribeiro ILA, Castro RD. Avaliação nacional dos centros de referência odontológico da média complexidade. *REFACS* [Internet]. 2018; 6(2): 166-173. DOI: <https://10.18554/refacs.v6i2.281>.
13. Salci MA, Silva DMGV, Meirelles BHS, Rêgo AS, Radovanovic CAT, Carreira L, et al. Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. *Saude e Pesqui*. 2020 abr./jun.; 13(2): 265-272. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p265-272>.
14. Pires FS, Barros NF, Nuto SAS. Diálogo 13 - As caras e as máscaras do cuidado em saúde (bucal). In: Sousa Néto OB, Chaves SCL, Colussi CF, Pimenta RMC, Bastos RS, Warmling CM [organizadores]. Diálogos bucais. Reflexões em tempos pandêmicos. São Paulo: Editorial Pimenta; 2021. 358-376. Disponível em: <https://www.pimentacultural.com/livro/dialogos-bucais>.
15. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2019; 24: 1809-1820. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>.
16. Pivatto, VM, Silveira, DS. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde bucal de Florianópolis, SC. *APS em Revista*. 2022; 4(1): 122-130. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i2.243>.
17. Vendruscolo C, Zocche DAA, Kleba ME, Silva KJ, Portaluppi DM, Duarte J, Araújo JAD. (.) Ações de promoção da saúde dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Cienc Cuid Saude*. 2020; 19: e51606. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.51606>.

18. Lippert AO, Mendonça FF, Carvalho BG, Caldarelli PG. The Dental Specialties Center as a point of attention in the Oral Health Care Network in a region of Paraná. Brazilian Journal of Oral Sciences [online]. 2020; 19:e209984. DOI: <https://doi.org/10.20396/bjos.v19i0.8659984>

19. Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Cien Saude Colet. 2018; 23: 4319-4329. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.12922016>.

20. Barros MG, Barbosa AB. Redes de Atenção à Saúde Bucal. Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2022,

8(11): 1571-87. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7756>

21. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz AP, Olinda RA, Padilha WVN. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Rev Bras Enferm. 2020; 73(Suppl 5): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0128>

22. Oliveira MTP, Farias MR, Vasconcelos MIO, Brandão IS. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. Physis: Rev Saude Colet. 2022; 32(1): 1-18. e320106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>

Endereço para correspondência: Alessandra de Oliveira Lippert. Rua Joana Darc, n.º 556 - Vila Industrial - Toledo – PR. 85.904-320. Telefone: (45) 98808-3163. E-mail: odonto.lippert@gmail.com

Data de recebimento: 24/04/2023

Data de aprovação: 15/02/2024