



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA

**Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: O caso de João Pessoa/PB.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima de Sousa.

BRASÍLIA-DF

2013

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA

**Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: O caso de João Pessoa/PB.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima de Sousa.

Aprovado em 1º de abril de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima de Sousa

Universidade de Brasília (Presidente)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilce Santos de Melo

Universidade de Brasília (Titular-Membro Interno)

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza

Universidade de Brasília (Titular-Membro Externo)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliete Neves da Silva Guerra

Universidade de Brasília (Suplente)

*Ao meu pai, Edson, exemplo de honestidade, sinceridade, dignidade e coragem. Através do Sr. aprendi que estudar nunca é de mais.*

*A minha mãe, Hateilma, alicerce da família. Exemplo de bondade, caridade e amor ao próximo. Mulher de garra, simplicidade e que vive a vida irradiando alegria. Através da Sra. aprendi o que é o amor.*

*Aos meus irmãos, Élcio e Tatiane, eternos e verdadeiros parceiros. Com vocês aprendi a conviver com as diferenças e a entender as pessoas como elas são. Estaremos sempre ao lado um do outro.*

*A minha esposa, Carolina, pelo amor, pelo companheirismo, pela força no dia a dia, pela felicidade e orgulho que sinto de estar ao lado de uma grande Mulher. Tenho certeza que estamos unidos pelos laços da alma.*

*Obrigado por vocês darem sentido a minha vida!  
Amo todos vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, que mesmo á distância sempre me apoiaram na minha caminhada.

A minha esposa pela enorme paciência, pelo companheirismo nas horas difíceis e por nunca me deixar desistir de alcançar os meus objetivos.

À orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Fátima de Sousa, por ter me aceitado nesse programa de Pós-Graduação e pela ajuda para a realização dessa pesquisa. Sua sabedoria e humildade foram importantes para o meu aprendizado acadêmico e para a vida. Como uma boa Paraibana, a Sra. é uma mulher “*arretada*”!

Ao amigo e chefe, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, pelos ensinamentos e pela oportunidade de poder estar contribuindo na construção de uma Política pública de saúde bucal de qualidade com equidade, através do Brasil Sorridente.

Aos amigos e amigas da Coordenação-Geral de Saúde Bucal, pelo vigor e determinação no dia a dia para a concretização do Brasil Sorridente.

À Edgress pelo empenho em nos atender na secretaria da Pós-Graduação.

Ao Lenildo de Moura pelo apoio e incentivo na conclusão dessa pesquisa.

Aos professores que gentilmente aceitaram participar da banca examinadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilce Santos de Melo, Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliete Neves da Silva Guerra.

Aos participantes da pesquisa, que colaboraram para realização da mesma.

Meu muito Obrigado!

*“É exatamente disso que a vida é feita: De momentos! Momentos os quais temos que passar, sendo bons ou não, para o nosso próprio aprendizado, por algum motivo. Nunca esquecendo do mais importante: Nada na vida é por acaso...”*

*(Chico Xavier)*

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo geral descrever e analisar as estratégias adotadas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na cidade de João Pessoa/PB. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, no qual foram realizadas entrevistas *online* semi-estruturada com profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família e gestores. Foram enviados convites a 25 sujeitos, destes apenas 16 sujeitos responderam as questões da entrevista, sendo essa a amostra de análise deste estudo. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo com o apoio da ferramenta do software NVivo 10, através do qual criou-se uma base de dados. A discussão foi efetuada com base no referencial teórico da coordenação dos cuidados na Atenção Básica. Como resultados, no que concerne à concepção do atributo da coordenação dos cuidados na saúde bucal, verifica-se a complexidade do conceito e a diversidade de opiniões dos participantes que traz tanto a relação entre os níveis assistenciais, a continuidade da atenção, do cuidado, do usuário no sistema, como a associação equivocada com o papel a ser desempenhado pela coordenação municipal de saúde bucal. Quanto às estratégias adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal, que visam assegurar a coordenação dos cuidados no âmbito da Atenção Básica, apontou-se para a necessidade de minimizar as barreiras de acesso entre os níveis assistenciais, criar mecanismos de aproximação entre os mesmos, co-responsabilizar os serviços, implementar a linha do cuidado, enfim, criar estratégias de integração da rede assistencial. O entendimento e a efetivação da coordenação dos cuidados em saúde bucal é um desafio crucial para a obtenção de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde bucal dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde, e assim a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família de fato, ocupe o seu papel estrutural no sistema de saúde, entendendo-a como base e ordenadora de redes integradas para a coordenação dos cuidados.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal; Coordenação dos Cuidados.

## ABSTRACT

This dissertation has as a general objective to describe and analyse the strategies adopted for the coordination of oral healthcare by the Oral Health Teams of the Family Health Strategy, in the city of João Pessoa in the Paraíba State, Brazil. It is a qualitative study, in which online semi-structured interviews were performed with health professionals that work at the Family Health Strategy and managers. Twenty-five invitations were sent, however only 16 answered the questions of the interview, being this the sample for analysis for this study. For the data analysis, the Content Analysis technique was used with the support of the NVivo 10 software tool by which a database was created. The discussion was performed based on the theoretical referential of the primary health care coordination, As results, in what concerns the conception of the attributes of the coordination of care in oral health, the complexity of the concept is perceived and the diversity of opinion of the participants that bring the relation between levels of assistance, the continuity of care of the user within the system, as the mistaken association of the role to be performed by the municipal oral health coordination. As for the strategies adopted by the Oral Health teams, that aim at assuring the coordination of care in the scope of Primary Care, it was underlined the need to reduce the access barriers between assistance levels, to build mechanisms for closeness between them, co-responsibility of services, implement the line of care, and finally to integrate the assistance network. The understanding and the effectuating of the coordination of oral healthcare is a crucial challenge for the obtaining of a integral answer, able to take care of the set of needs in oral health of the users within the Brazilian Health System (SUS) and this way the Oral Health Team of the Family Health Strategy can take on its structural role within the health system, understanding it as a base and the ordinating of integrated networks for the coordination of care.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Oral Health; Coordination of Care.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, POR REGIÃO, DEZ/02 A DEZ/12. ....	25
FIGURA 2. PERCENTUAL DO CRESCIMENTO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, POR UNIDADE FEDERATIVA, DEZ/02 A DEZ/12. ....	26
FIGURA 3. COBERTURA POPULACIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, POR REGIÃO, DEZ/02 A DEZ/12. ....	27
FIGURA 4. PERCENTUAL DE COBERTURA POPULACIONAL PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, POR CAPITAL, DEZ/12. ....	28
FIGURA 5. NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, BRASIL, DEZ/02 A DEZ/12. ....	29
FIGURA 6. INCENTIVOS FINANCEIROS FEDERAIS PARA IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASIL, 2002 E 2012. ....	30
FIGURA 7. INCENTIVOS FINANCEIROS FEDERAIS ANUAIS PARA CUSTEIO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASIL, 2002 E 2012. ....	31
FIGURA 8. PRODUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, BRASIL, 2009 A 2012. ....	36
FIGURA 9. PRODUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, POR REGIÃO, 2009 A 2012. ....	37
FIGURA 10. MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS, POR DISTRITO SANITÁRIO, EM JOÃO PESSOA/PB. ....	45
FIGURA 11. NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, JOÃO PESSOA/PB, 2002 A 2012. ....	46
FIGURA 12. SUJEITOS PARTICIPANTES, SEGUNDO SEXO. ....	48
FIGURA 13. SUJEITOS PARTICIPANTES, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. ....	49



FIGURA 14. SUJEITOS PARTICIPANTES, SEGUNDO O TEMPO DE FORMAÇÃO DA GRADUAÇÃO. .....	49
FIGURA 15. SUJEITOS PARTICIPANTES, SEGUNDO O TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. ....	50
FIGURA 16. ÁRVORE DE PALAVRAS DO GRUPAMENTO: ENTENDIMENTO SOBRE A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS. ....	53
FIGURA 17. ÁRVORE DE PALAVRAS DO GRUPAMENTO: FATORES LIMITADORES À COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL. ....	59

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NÚMERO DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, POR ESTADO, JAN/13.....	33
TABELA 2 – NÚMERO DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, POR CAPITAL, JAN/13.....	34
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, BRASIL, JAN/13.....	35
TABELA 4 – PRODUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, POR UNIDADE FEDERATIVA, 2009 A 2012. .....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
AC – Acre  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AL – Alagoas  
AM – Amazonas  
AP – Amapá  
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal  
BA – Bahia  
BS – Brasil Sorridente  
CACON – Centro de Atendimento Oncológico  
CD – Cirurgião Dentista  
CE – Ceará  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DF – Distrito Federal  
DS – Distritos Sanitários  
EACS – Equipe de Agente Comunitário de Saúde  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ES – Espírito Santo  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FS – Faculdade da Saúde  
GM – Gabinete do Ministro  
GO – Goiás  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MA – Maranhão  
MG – Minas Gerais  
MS (UF) – Mato Grosso do Sul  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Mato Grosso  
PA – Pará  
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde  
PB – Paraíba  
PE – Pernambuco  
PI – Piauí  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PR – Paraná  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RJ – Rio de Janeiro  
RN – Rio Grande do Norte  
RO – Rondônia  
RR – Roraima  
RS – Rio Grande do Sul  
SC – Santa Catarina  
SE – Sergipe  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TO – Tocantins  
TSB – Técnico em Saúde Bucal  
UF – Unidade Federativa  
UNACON – Unidade de Atendimento Oncológico

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE.....	21
2.1 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	24
2.2 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) .....	31
2.3 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS (LRPD) .....	35
3 ATENÇÃO BÁSICA COMO COORDENADORA DOS CUIDADOS.....	39
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	42
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	43
4.3 COLETA DOS DADOS .....	47
4.4 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	50
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	53
5.1 ENTENDIMENTOS SOBRE A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS NA SAÚDE BUCAL.....	53
5.2 ESTRATÉGIAS ORGANIZATIVAS PARA A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	56
5.3 FATORES FACILITADORES E LIMITADORES À COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64
APÊNDICES.....	68
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE.....	68
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ONLINE.....	70
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA ONLINE SEMI-ESTRUTURADA .....	71
ANEXO.....	72
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP-FS/UnB.....	72

## APRESENTAÇÃO

Ter a Equipe de Saúde Bucal como objeto de estudo, aportada nos princípios da Atenção Básica e dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, teve início há 11 anos, período em que iniciei a minha graduação.

O meu contato com a Odontologia iniciou-se em janeiro de 2002, quando ingressei no curso de graduação na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em uma turma de pessoas extraordinárias, diferenciadas e que não se acomodava com o “básico” que a Universidade tinha a nos ofertar e por isso, sempre buscávamos mais. Não aceitávamos o distanciamento do ensino com a comunidade, muito menos, da realidade e por isso, questionávamos bastante.

Em menos de um ano de curso, eu e um grupo de amigos já tínhamos sido eleitos para o Centro Acadêmico “CA-Conceito A”, quando iniciei a minha participação no movimento estudantil. Esse sem dúvida foi um espaço político de muita aprendizagem e crescimento pessoal.

Concomitante ao meu período de graduação nascera o Brasil Sorridente, que por força de um Presidente da República, ex-operário, que havia sentido na pele o dano causado pela exclusão social proporcionada pela falta de uma odontologia pública de qualidade, o Brasil passara a investir em uma Política Pública de Saúde Bucal nos princípios do Sistema Único de Saúde.

A minha vida profissional iniciou-se no interior do Estado do Nordeste, Juru/PB, cidade do sertão Paraibano com um pouco mais de 10 mil habitantes, sendo mais de 50% moradores da zona rural. Trabalhei aproximadamente 1 ano como dentista do saúde da família, tentando promover saúde com os escassos recursos disponibilizados.

Tive uma rápida passagem por um plano odontológico, que não durou muito por não fazer parte do meu objetivo de vida, muito menos profissional.

Em seguida, fui contratado pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB para trabalhar em uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família. Agora com mais estrutura e apoio para realizar um trabalho em equipe com resolutividade.

Nessa ESB tive oportunidade de conhecer mais de perto o dia a dia de uma comunidade, de conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como as condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e, suas necessidades de saúde, relatadas ou não.

Após pouco mais de um ano, fui transferido para outra ESB em uma comunidade totalmente diferente das anteriores. Com outros costumes e especificidades e da mesma forma, muito rica de cultura e bastante a ensinar e aprender.

Nesta Equipe atuei pouco mais de 6 meses e fui convidado a assumir a Coordenação Municipal de Saúde Bucal de João Pessoa/PB. O desafio estava posto, trocar a assistência pela gestão, coordenar uma área técnica que tinha sob sua gerência uma ampla rede de saúde bucal composta por 180 ESB da Estratégia Saúde da Família, 5 Unidades Básicas de Saúde atuando no modelo tradicional, 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e alguns serviços odontológicos em ambiente hospitalar.

Foi a partir desta experiência que iniciei as minhas atividades na parte da gestão em saúde pública. Acredito que o maior desafio tenha sido tentar articular toda esta rede, tendo a Atenção Básica como eixo estruturante e ordenadora, no sentido de mudar o modelo assistencial de saúde bucal, aumentar a resolutividade, ampliar o acesso e promover a inclusão social.

Um ano após assumir a coordenação municipal fui convidado a trabalhar na Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento da Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, onde permaneço atuando. Esta oportunidade de trabalhar no Brasil Sorridente é uma das grandes realizações profissionais, a oportunidade de poder contribuir e ajudar na construção dessa Política que é considerada uma das maiores, se não a maior, Política Pública de Saúde Bucal do mundo é um desafio diário.

Incluir a saúde bucal na Atenção Básica é uma peculiaridade do Brasil e um grande desafio de universalização da atenção. Hoje não visualizo a possibilidade de êxito em uma Rede Atenção à Saúde Bucal onde a Atenção Básica não seja a porta de entrada, responsável por coordenar e integrar a atenção à saúde bucal, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.

Neste estudo busco descrever e analisar as estratégias adotadas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na cidade de João Pessoa/PB.

Não tenho a pretensão, com esse estudo, de esgotar as análises acerca das estratégias para a coordenação dos cuidados, nem tampouco propor “fórmulas” para alcançar esse objetivo. Há muito que se estudar e aprofundar no tema proposto, e apesar de 12 anos da inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, ainda é um grande desafio mudar do modelo assistencial. Portanto, faz-se necessário que novos estudos sejam realizados em busca de alcançar um cuidado em Saúde Bucal mais integral e resolutivo para a população, a partir da coordenação dos cuidados.



## 1 INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, n.º 8080/90 e nº 8.142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado de forma descentralizada, hierarquizada, regionalizada, com participação comunitária e de acesso universal, com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS consolidou-se como a maior política de Estado do País, promotor de inclusão e justiça social [1]. Nas últimas décadas a construção do SUS vem avançando substancialmente, e a cada dia fica mais evidente a importância da Atenção Básica à Saúde (ABS) nesse processo. Os esforços dos governos federal, estaduais e municipais são para ter uma ABS fortalecida e atuando como base do sistema de saúde entendendo como essencial para o bom desempenho do SUS [2].

A ABS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo de atenção por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população [3].

O entendimento acerca do significado do termo Atenção Básica (AB) apresenta vários sentidos, desde o primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de serviço, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde.

No Brasil, o termo AB denota o primeiro nível de atenção à saúde e apresenta uma relação de dependência com o princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto uma construção peculiar do Sistema Único de Saúde, com os seus princípios e suas diretrizes organizativas, neste contexto insere-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual possibilita concretizar na forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar [4].

Na agenda política de saúde no Brasil, emergiu nas últimas duas décadas, a proposta de organização da Atenção Básica à Saúde por meio do Programa dos

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em seguida com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que apresentou um importante crescimento para a consolidação do que posteriormente passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família. Essa Estratégia trata-se de um conjunto de ações, no âmbito da saúde individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tem caráter participativo, pressupõe a integração das ações e fundamenta-se nos princípios do SUS, enfatizando-se o trabalho em equipe, a territorialização, a coresponsabilidade sanitária e o foco nas necessidades da população [5].

Para Merhy (2002) [6], a Estratégia Saúde da Família surgiu no interior dos projetos mais abrangentes oriundos do processo de Reforma Sanitária Brasileira, trazendo consigo possibilidades de transformar o setor saúde, sobretudo no que se refere ao modelo de atenção à saúde. Para tanto, pressupõe uma transformação radical no processo de produção do cuidado em saúde, pois determina a reorientação de uma lógica centrada nas ofertas de consumo dos atos de saúde, para outra lógica, pautada pelas necessidades de saúde.

Deve-se ressaltar que a proposta da ESF brasileira traz elementos de singularidade em relação a outras experiências de saúde da família que se praticam no mundo. No Brasil tem importantes características que nos diferenciam dos modelos de outros países orientados pela AB: a decisão da equipe multidisciplinar ser responsável por territórios geográficos e população adscrita; a presença dos agentes comunitários de saúde que é um enorme diferencial porque cria um relacionamento íntimo entre as equipes e as famílias e a inclusão da saúde bucal na Atenção Básica [7].

A implantação da ESF e a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) é uma importante e ousada iniciativa para melhorar qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde para milhares de brasileiros. Com essa Estratégia, o Brasil inova e amplia os horizontes da ABS, contribuindo com os movimentos da Reforma Sanitária no Brasil [8].

A expansão das ESB tornou-se realidade com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente (BS), a qual busca concretizar ações convergentes aos princípios da ABS, com o entendimento de que tal nível de atenção deve ser operacionalizado como um campo prioritário da práxis

sanitária, não podendo ser reduzido à oferta de procedimentos menos complexos e direcionado para atender exclusivamente pessoas pobres, escolares e população materno-infantil.

Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal:

Esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal [9].

O Brasil Sorridente tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da Atenção Básica [10].

A integração do sistema de saúde contribui para o exercício de coordenação dos cuidados pelos serviços de Atenção Básica, assegurando a continuidade da atenção aos pacientes crônicos. A coordenação dos cuidados é desafio contemporâneo para qualquer sistema de saúde que vise garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico, em decorrência de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva [11].

Para Starfield (2002) [3], a coordenação ou integração dos serviços implica na garantia de continuidade da atenção por meio de estratégias que busquem integrar as diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas.

De acordo com Giovanella et al. (2009) [11], a integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados e interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do usuário ao ser cuidado. A integração se expressa na organização do sistema de saúde, a coordenação se realiza no cuidado individual exercido pelos profissionais de saúde no processo de atenção articulando diferentes prestações, e se concretiza

na continuidade da atenção, que deve ser centrada no usuário, adequada e ofertada em tempo oportuno às suas necessidades de saúde.

A depender do ator envolvido e da perspectiva de avaliação, a coordenação dos cuidados pode ser compreendida e experimentada de diferentes formas. Para o usuário reflete-se na garantia de acesso aos demais pontos da rede de saúde, por meio da continuidade assistencial, e na experiência de recebimento de atenção contínua; para a ABS, na integração à rede assistencial; e para a atenção especializada, na garantia de ações que complementam o cuidado no nível hospitalar e o retorno do paciente aos cuidados do prestador mais apropriado.

Mudanças na organização e na gestão dos serviços são estratégias importantes para minimizar a divisão entre os pontos da rede de saúde e para que o usuário receba os cuidados apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua [12]. Uma atenção integrada envolve mecanismos de referência e contrarreferência em todos os pontos da rede e com outros serviços sociais.

A coordenação dos cuidados tem uma relação de dependência da integração de serviços dentro da própria ABS, como também entre a ABS e os pontos do sistema de saúde. Isto é, a coordenação reflete a natureza e a extensão de integração dos diversos pontos da rede de saúde [13].

Um bom desempenho da continuidade da atenção tem impactos positivos na confiabilidade da ABS como serviço de primeiro contato e porta de entrada, favorecendo assim ao estabelecimento de vínculo. A continuidade do cuidado é uma dimensão qualitativa do serviço, que é experimentada pelo usuário dependendo do grau de coordenação e de integração dos serviços [14].

Esta pesquisa tomou como objetivo geral descrever e analisar as estratégias adotadas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na cidade de João Pessoa/PB. E para aprofundar o estudo foram desenhados os seguintes objetivos específicos: (1) compreender o significado do atributo coordenação dos cuidados empreendido pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e pela gestão municipal de João Pessoa/PB; (2) identificar estratégias adotadas ao desenvolvimento da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família; (3) descrever e analisar o desenvolvimento de estratégias e ferramentas à coordenação dos cuidados em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; e (4)

identificar fatores facilitadores e limitadores à efetivação da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa/PB.

Nesse sentido, buscou-se contextualizar a implantação, a estruturação e os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, Brasil Sorridente, como forma de auxiliar a compreensão dos objetivos geral e específicos traçados no estudo.

## **2 CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE**

Ao longo de décadas de história sanitária brasileira, a saúde bucal sempre ocupou pouco espaço político, basta verificar os principais indicadores epidemiológicos nacionais de saúde bucal que se constata uma história de omissão do Estado [15].

Quando se pensava em Políticas Públicas de Saúde Bucal, segundo a tradição brasileira, falava-se em um modelo assistencial com foco exclusivo na população materno infantil. Desta forma, Políticas anteriores ao Brasil Sorridente focavam os grupos populacionais constituídos por crianças e gestantes. Além disso, devido a fragilidade da participação do aparelho público no campo da prestação de serviços, vigorava uma prática restritiva e curativa, com predominância do setor privado e uma tímida participação do setor público, limitada a procedimentos de baixa complexidade e exclusivo à Atenção Básica [16]. Soma-se a isso um nível de exclusão muito importante, com grandes seguimentos populacionais que não acessavam ações de saúde bucal, tanto de promoção a saúde como ações assistenciais. Este quadro resultou em níveis de edentulismo elevados e grande parte da população desassistida.

Em 2002, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República, provocou uma importante mudança que colocou em outro patamar os princípios da Reforma Sanitária do Brasil e do ideário do SUS, e possibilitou a estruturação de uma Política Nacional de Saúde Bucal, com o título de Brasil

Sorridente. Em seus discursos o Presidente Lula sempre lembrou que a discussão que temos que travar na área de saúde bucal não é apenas de acesso na Atenção Básica, mas de integralidade. Temos que reforçar o atendimento básico, como parte importante da estratégia, mas devemos também garantir que aquilo que era privilégio de uma minoria possa ser de acesso geral a toda a população, por exemplo, os atendimentos especializados em saúde bucal [15].

Embora tenha recebido forte impulso, a partir de 2003, essa Política Nacional de Saúde Bucal vem sendo construída há muitas décadas, por diversos setores da sociedade, como aqueles vinculados aos movimentos sociais da saúde e aos sindicatos progressistas, à militância estudantil, aos professores e pesquisadores que atuam no entrecruzamento da odontologia com a saúde coletiva, bem como equipes de saúde pública, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Saúde (CNS), por movimentos de profissionais e por algumas gestões de entidades odontológicas. O que o Governo Federal assumiu e colocou na pauta das prioridades políticas foi o desenho político que vinha sendo formatado desde o início da Reforma Sanitária Brasileira. O Brasil Sorridente é, portanto, a Política de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde [15].

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente visa a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e pauta-se na garantia de uma rede de Atenção Básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; na integralidade das 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, além de garantir atenção a qualquer cidadão em situação de urgência [9].

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) está estruturada em seis importantes componentes:

- **Reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal:** ampliação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e consequentemente aumento da cobertura populacional. Essa expansão é incentivada principalmente através dos consecutivos aumentos dos incentivos financeiros federais para os municípios. Neste

componente inserem-se as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal realizadas pelas ESB, priorizando equitativamente as áreas com população vulneráveis (quilombolas, população indígena e população rural de difícil acesso);

- **Ampliação e Qualificação da Atenção Especializada:** implantação de uma rede de saúde bucal, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de agregar a reabilitação protética, por meio da implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD);
- **Assistência Odontológica na Atenção Terciária:** emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tratamento odontológico em ambiente hospitalar para pessoas com necessidades especiais e assistência odontológica nas Unidades e nos Centros de Atendimento Oncológico (UNACON e CACON);
- **Promoção e prevenção:** ampliação da rede de abastecimento público de água fluoretada e distribuição de kits de higiene bucal;
- **Reestruturação e qualificação:** doação de equipamentos odontológicos e incentivo e financiamento de pesquisas na área de saúde bucal coletiva; e
- **Vigilância e Monitoramento:** implantação de uma rede de centros colaboradores em vigilância à saúde bucal e pesquisas epidemiológicas transversais em saúde bucal.

O Brasil Sorridente é uma Política de ampliação e qualificação da atenção à saúde bucal em todos os níveis da saúde, que busca assegurar inclusive

atendimento de maior complexidade, sendo assim, a saúde bucal passa a se constituir como uma política estruturante de várias interfaces.

## 2.1 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma nova perspectiva para a saúde bucal na Atenção Básica surge no início dos anos 2000, com a inserção do cirurgião-dentista, do auxiliar em saúde bucal e do técnico em saúde bucal no então chamado de Programa de Saúde da Família. A partir daí, esta Equipe de Saúde Bucal passa a ter um incentivo financeiro próprio, repassado pelo Ministério da Saúde, voltado para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio deste Programa [17].

A saúde bucal, ao fazer parte da Saúde da Família, visa superar a “odontologia de mercado”, e procura trabalhar para a reorganização do acesso às ações de saúde, buscando a atenção integral em saúde bucal aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial.

Após a implantação do Brasil Sorridente, até dezembro de 2012, o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família passou de 4.261 para 22.203, um crescimento superior a 420%. Desse total de ESB, em 2012, 20.155 (91%) são da modalidade I, composta por um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB) e 2.048 (9%) modalidade II, composta por um cirurgião dentista (CD), um auxiliar em saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB). As ESB modalidade I concentram-se em sua grande parte na Região Nordeste (48%), seguida da Região Sudeste (24%), Sul (12%), Centro Oeste e Norte (8%). Enquanto as modalidade II encontram-se em maior número na Região Sudeste (49%), seguido da Região Sul (23%), Nordeste (15%), Centro Oeste (9%) e Norte (5%).

Vale ressaltar que não se utilizou, no parágrafo acima, a nova composição das ESB, nas modalidades I e II, determinada pela Portaria nº 3.012/GM/MS, de 26 de dezembro de 2013, que redefiniu a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pois esta Portaria embora publicada em dezembro de 2012 passa a vigorar



a partir do mês de fevereiro de 2013 e a avaliação desta pesquisa corresponde até dezembro de 2012.

No Brasil, 88% (4.905) dos municípios contam com, no mínimo, uma ESB implantada em seu território, isso representa um crescimento superior a 110% quando comparado com dezembro de 2002 onde apenas 2.302 municípios brasileiros tinham no mínimo uma ESB.

O maior crescimento de Equipes de Saúde Bucal foi registrado na Região Sudeste (718%), seguido pelas Regiões Norte (576%), Nordeste (372%), Sul (348%) e Centro Oeste (242%) (Figura 1).

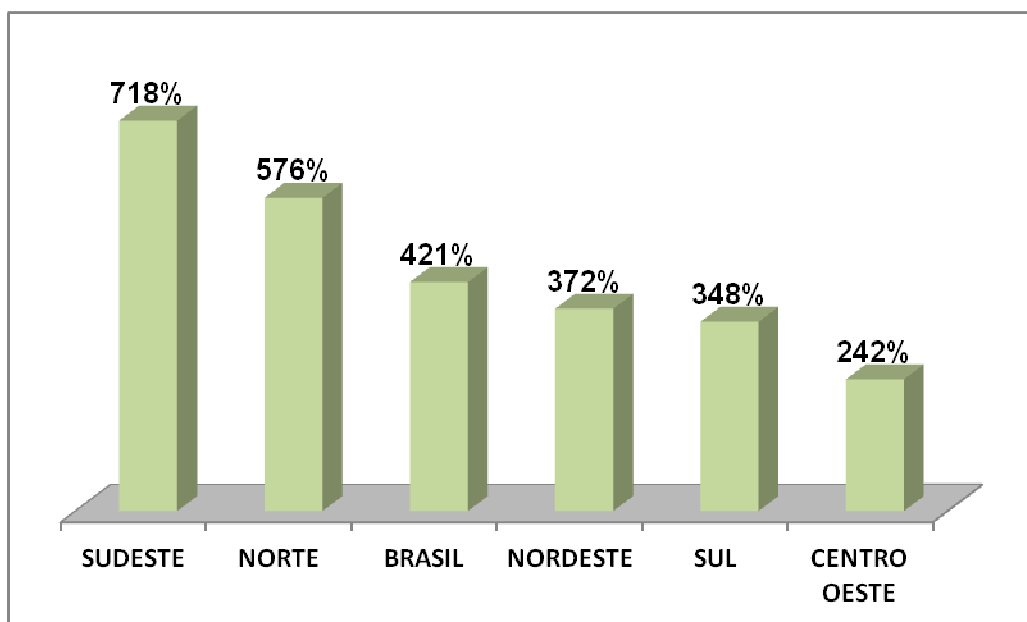


Figura 1. Percentual de crescimento de Equipes de Saúde Bucal, por Região, Dez/02 a Dez/12.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

O Estado com maior percentual de ampliação no número de Equipes foi o Rio de Janeiro (2.817%), seguido por Pará (1.550%), Roraima (1.250%) e Bahia (853%). Quem apresentou menor crescimento foi o Estado de Alagoas (164%) e o Distrito Federal (155%) (Figura 2).

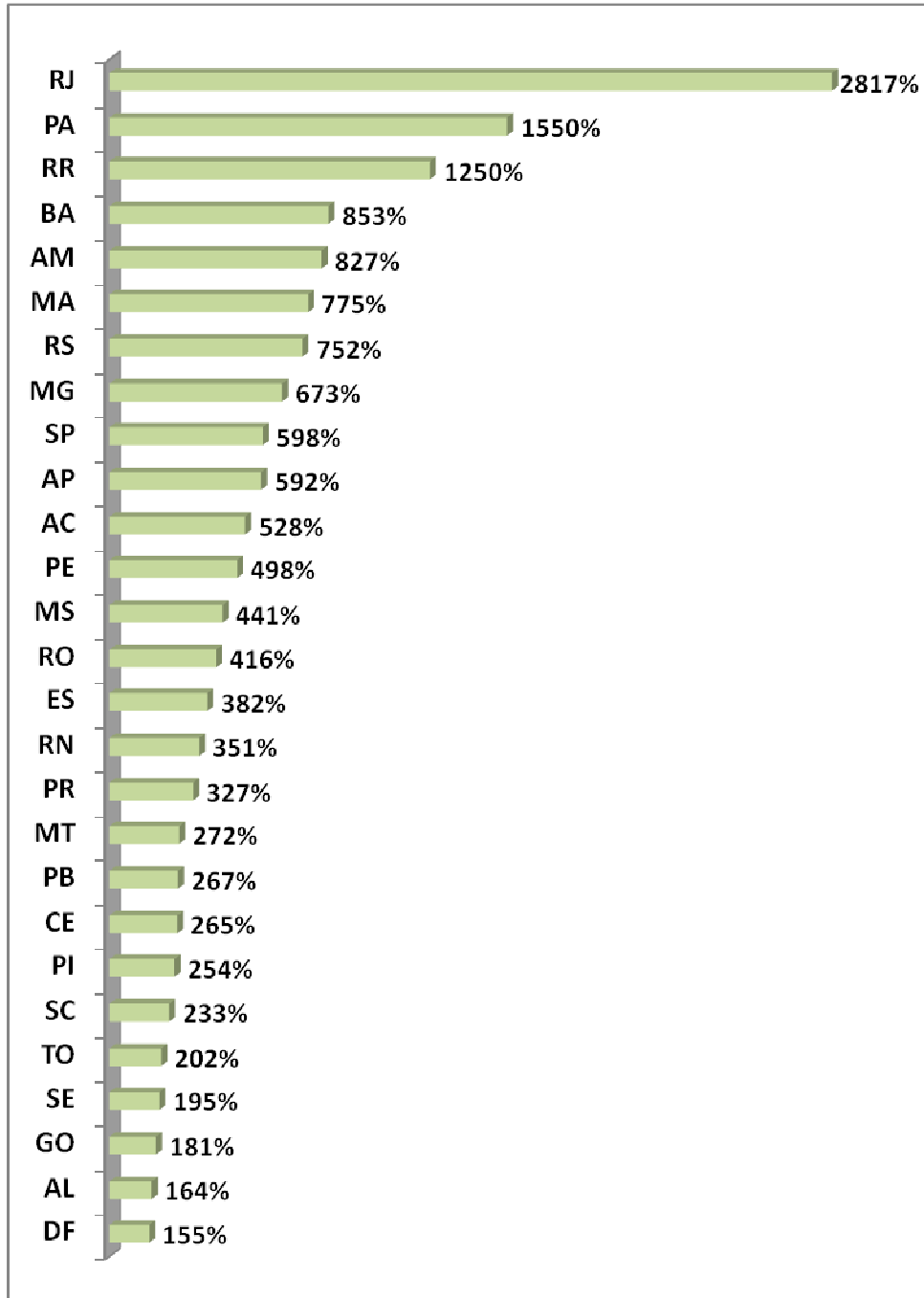


Figura 2. Percentual do crescimento de Equipes de Saúde Bucal, por Unidade Federativa, Dez/02 a Dez/12.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

Nos últimos 10 anos, a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, no Brasil, ampliou mais de 340%, saindo de 9% de cobertura em 2002 para 40% em 2012. A Região Sudeste embora apresente a menor cobertura populacional (25%) de ESB, foi a Região que mais ampliou a sua cobertura (733%) entre 2002 e 2012, saindo de 3% para 25%. No Brasil, o Nordeste é a Região que apresenta maior cobertura populacional (65%) (Figura 3).

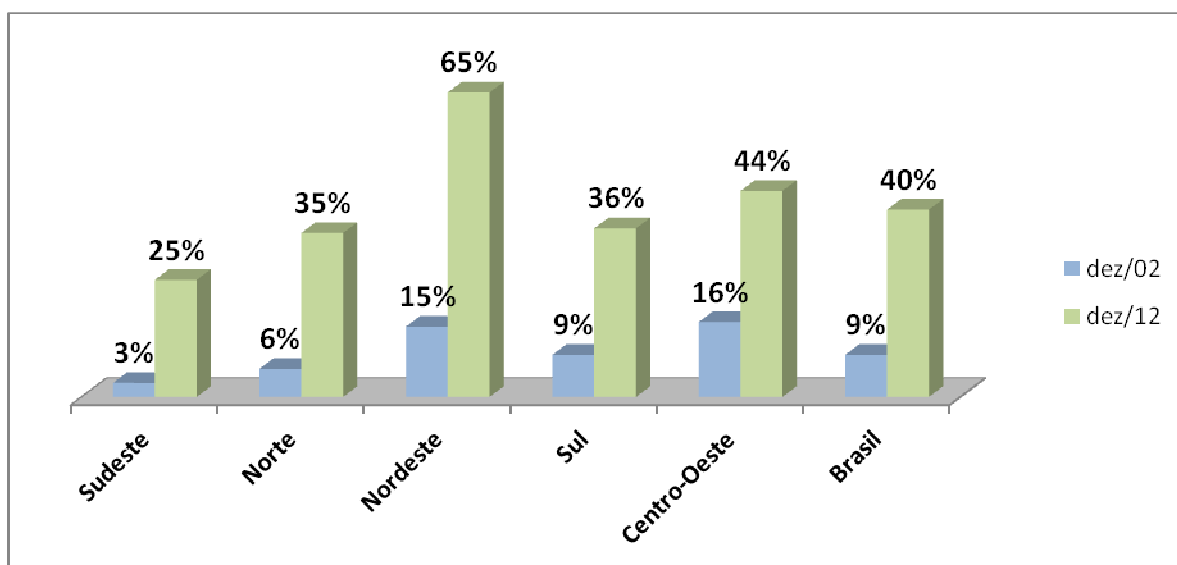


Figura 3. Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, por Região, Dez/02 a Dez/12.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

Comparando as coberturas populacionais pelas Equipes de Saúde Bucal nas capitais, em cada Região do Brasil, no mês de dezembro de 2012, na Região Nordeste a capital que apresenta a maior cobertura é João Pessoa/PB, com 85%; na Região Norte é Palmas/TO, com 56%; na Região Sudeste é Vitória/ES, com 51%; na Região Sul é Florianópolis/SC, com 48% e na Região Centro Oeste é Campo Grande/MS, com 37% (Figura 4).

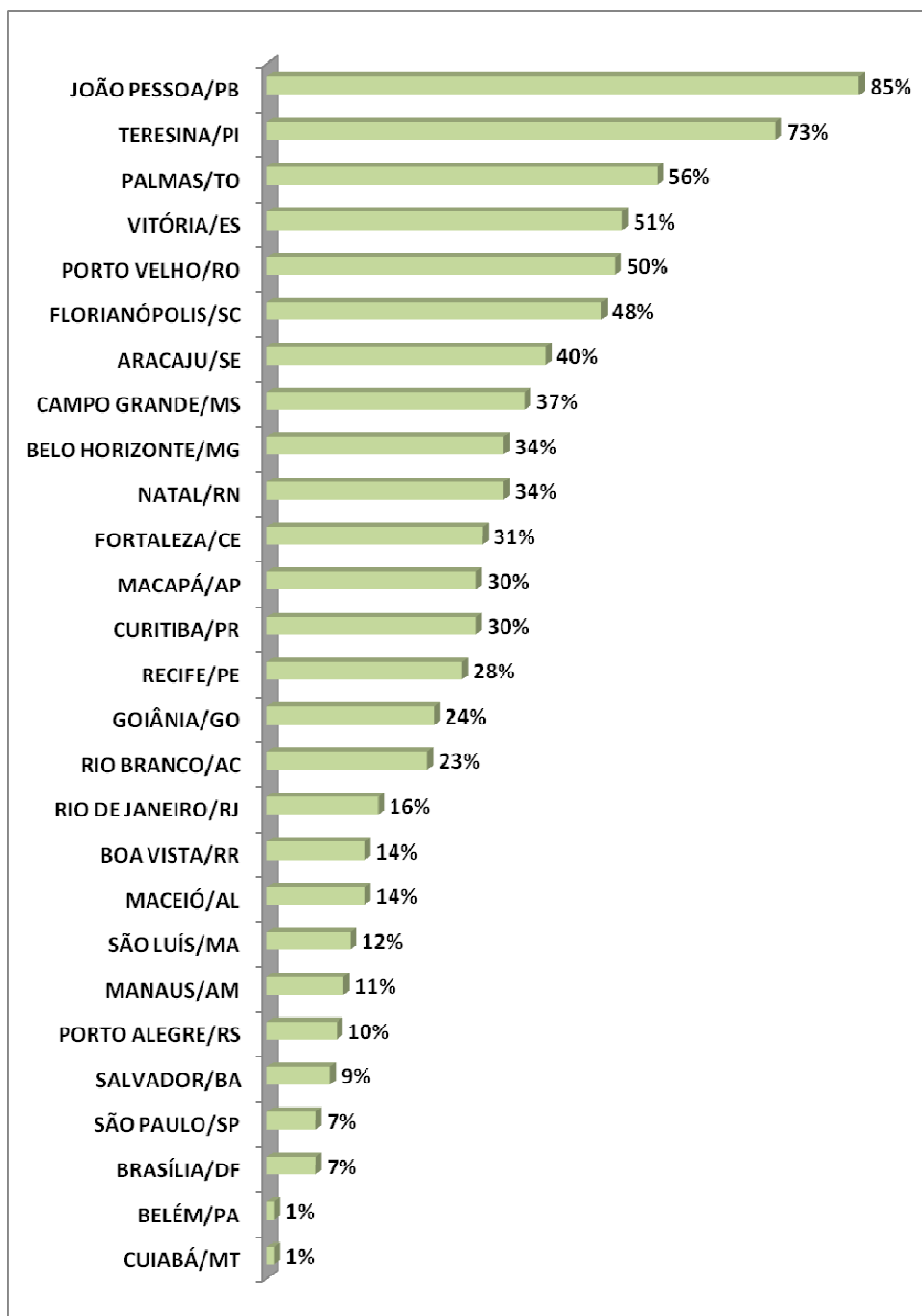


Figura 4. Percentual de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde Bucal, por Capital, Dez/12.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

Quando comparamos o crescimento, no Brasil, entre 2002 e 2012, das Equipes de Saúde Bucal com Equipes de Saúde da Família, a primeira ampliou 421% enquanto a segunda 100%. Mesmo assim ainda existe um grande número de ESF sem ESB, essa diferença corresponde a 11.201 Equipes. Isso quer dizer que apenas 66% das ESF implantadas apresentam ESB (Figura 5).

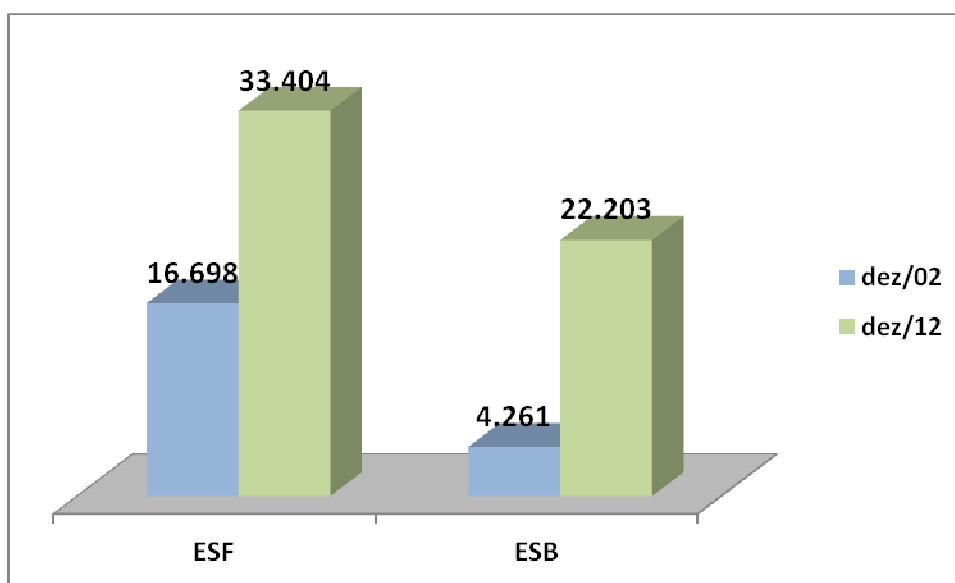


Figura 5. Número de Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, Brasil, Dez/02 a Dez/12.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

Os incentivos financeiros de implantação das ESB tiveram um reajuste, no período de 2002 a 2012, de 140% para modalidade I e 240% para a modalidade II (Figura 6). Já os recursos de custeio mensal, no mesmo período, foram reajustados em 106% e 124%, respectivamente (Figura 7).

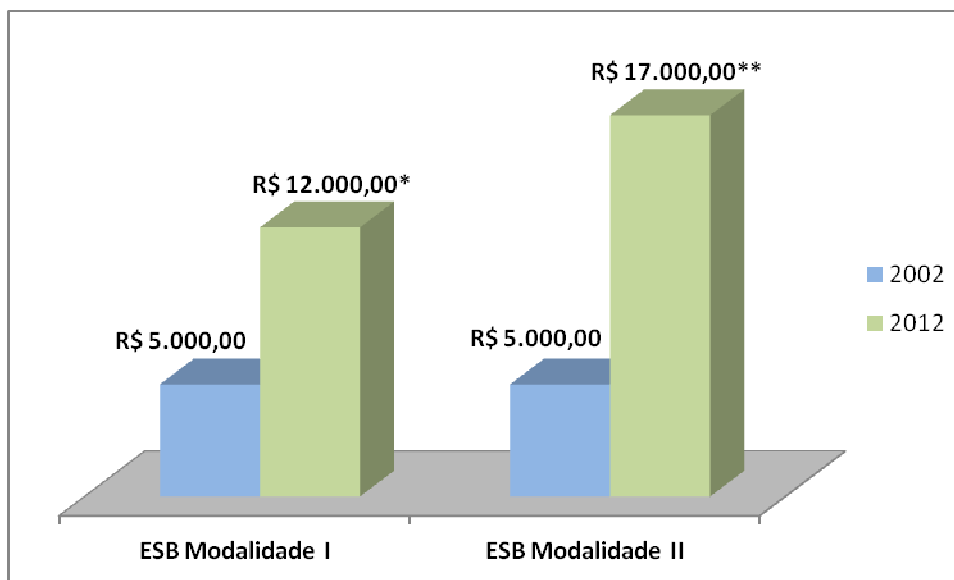


Figura 6. Incentivos financeiros federais para implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2002 e 2012.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

---

\* Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de uma cadeira odontológica completa.

\*\* Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de duas cadeiras odontológicas completas.

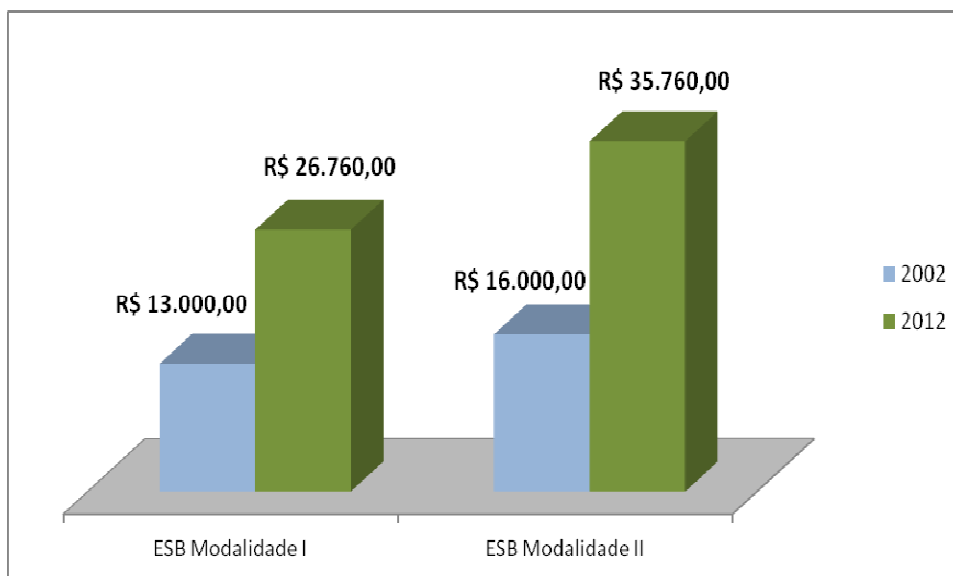


Figura 7. Incentivos financeiros federais anuais para custeio mensal das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2002 e 2012.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php).

As Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica são as coordenadoras dos cuidados em saúde bucal e ordenadora da rede de saúde bucal, enquanto que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços de referência para atenção de média complexidade em saúde bucal.

## 2.2 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

O Brasil Sorridente passou a organizar e estruturar a Rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal do Brasil através da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Esses estabelecimentos devem ofertar minimamente as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Os CEOs são classificados como Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independente do Tipo, todos os CEOs devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente [18].

A implantação desses serviços iniciou-se em 2004, e até janeiro de 2013 já são 951 CEOs implantados no Brasil. O maior número encontra-se na Região Nordeste (372), seguido da Região Sudeste (331), Sul (116), Centro Oeste (67) e Norte (65). O Estado com maior número de CEO é São Paulo (169), em seguida vem o Ceará (89) e Minas Gerais (84). O que tem menos é Roraima com apenas 1 CEO implantado.

Embora para os CEOs não haja cobertura populacional mínima exigida pelo Ministério da Saúde, se fizermos uma proporção entre o número de CEOs implantados, independente do Tipo, pela população em cada Estado, essa relação é mais favorável no Estado da Paraíba, que apresenta 1,3 CEO para cada 100 mil habitantes, seguido do Ceará, que apresenta 1 CEO para cada 100 mil habitantes, e o Piauí, que apresenta 0,9 CEO para cada 100 mil habitantes. Essa relação é mais desfavorável nos Estados do Rio Grande do Sul e Roraima, que apresentam 0,2 CEO para cada 100 mil habitantes (Tabela 1). Quando avaliamos essa proporção por capital, essa relação é mais favorável em Cuiabá/MT e Porto Velho/RO, apresentando 0,9 CEO para cada 100 mil habitantes. A relação mais avessa ocorre em Belo Horizonte/MG, que tem mais de 2,3 milhões de habitantes e apenas 1 CEO implantado, apresentando 0,04 CEO para cada 100 mil habitantes (Tabela 2).



Tabela 1 – Número de Centros de Especialidades Odontológicas, por Estado, Jan/13.

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO	Nº de CEO Tipo I	Nº de CEO Tipo II	Nº de CEO Tipo III	Nº Total de CEO	CEO por 100.000 hab.
DF	2.609.998	2	8	1	11	0,4
GO	6.080.716	9	15	6	30	0,5
MT	3.075.936	1	8	1	10	0,3
MS	2.477.542	5	10	1	16	0,6
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>14.244.192</b>	<b>17</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>67</b>	<b>0,5</b>
AL	3.143.384	10	10	1	21	0,7
BA	14.097.534	29	40	7	76	0,5
CE	8.530.155	44	17	28	89	1,0
MA	6.645.761	5	22	1	28	0,4
PB	3.791.315	32	16	3	51	1,3
PE	8.864.906	22	22	3	47	0,5
PI	3.140.328	14	12	1	27	0,9
RN	3.198.657	0	21	2	23	0,7
SE	2.089.819	0	7	3	10	0,5
<b>NORDESTE</b>	<b>53.501.859</b>	<b>157</b>	<b>167</b>	<b>48</b>	<b>372</b>	<b>0,7</b>
AC	746.386	1	2	0	3	0,4
AP	684.309	1	0	2	3	0,4
AM	3.538.387	2	8	1	11	0,3
PA	7.688.593	17	9	5	31	0,4
RO	1.576.455	2	6	1	9	0,6
RR	460.165	0	1	0	1	0,2
TO	1.400.892	4	2	1	7	0,5
<b>NORTE</b>	<b>16.095.187</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>0,4</b>
ES	3.547.055	7	2	1	10	0,3
MG	19.728.701	29	53	2	84	0,4
RJ	16.112.678	13	49	6	68	0,4
SP	41.587.182	56	96	17	169	0,4
<b>SUDESTE</b>	<b>80.975.616</b>	<b>105</b>	<b>200</b>	<b>26</b>	<b>331</b>	<b>0,4</b>
PR	10.512.349	13	22	14	49	0,5
RS	10.733.030	16	8	1	25	0,2
SC	6.317.054	26	15	1	42	0,7
<b>SUL</b>	<b>27.562.433</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>16</b>	<b>116</b>	<b>0,4</b>
<b>BRASIL</b>	<b>192.379.287</b>	<b>361</b>	<b>481</b>	<b>109</b>	<b>951</b>	<b>0,5</b>

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Tabela 2 – Número de Centros de Especialidades Odontológicas, por Capital, Jan/13.

UF	CAPITAL	POPULAÇÃO	Nº de CEO Tipo I	Nº de CEO Tipo II	Nº de CEO Tipo III	Nº Total de CEO	CEO por 100.000 hab.
MT	Cuiabá	556.299	0	5	0	5	0,9
RO	Porto Velho	435.732	1	3	0	4	0,9
SC	Florianópolis	427.298	1	2	0	3	0,7
AC	Rio Branco	342.299	1	1	0	2	0,6
PB	João Pessoa	733.155	2	0	2	4	0,5
AP	Macapá	407.023	0	0	2	2	0,5
PA	Belém	1.402.056	1	3	3	7	0,5
DF	Brasília	2.609.998	2	8	1	11	0,4
GO	Goiânia	1.318.149	3	1	1	5	0,4
RN	Natal	810.780	0	2	1	3	0,4
TO	Palmas	235.316	0	1	0	1	0,4
MS	Campo Grande	796.252	0	1	1	2	0,3
MA	São Luís	1.027.430	1	1	1	3	0,3
PE	Recife	1.546.516	0	3	1	4	0,3
RR	Boa Vista	290.741	0	1	0	1	0,3
ES	Vitória	330.526	0	1	0	1	0,3
RJ	Rio de Janeiro	6.355.949	15	2	0	17	0,3
SP	São Paulo	11.316.119	3	21	3	29	0,3
RS	Porto Alegre	1.413.094	0	4	0	4	0,3
AL	Maceió	943.110	0	1	1	2	0,2
BA	Salvador	2.693.606	0	1	4	5	0,2
CE	Fortaleza	2.476.589	0	1	4	5	0,2
PI	Teresina	822.364	0	2	0	2	0,2
SE	Aracaju	579.563	0	0	1	1	0,2
AM	Manaus	1.832.424	0	2	1	3	0,2
PR	Curitiba	1.764.541	0	1	1	2	0,1
MG	Belo Horizonte	2.385.640	0	1	0	1	0,04

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Os CEOs no Brasil estão localizados, em sua grande parte (379), em municípios maiores de 100 mil habitantes, embora seja a faixa com o menor número de municípios (287) é justamente onde existe maior concentração de pessoas (106.127.969). Em seguida, os CEOs (269) estão nos municípios de faixa populacional entre 20 e 50 mil habitantes, depois nos municípios de faixa populacional entre 50 e 100 mil habitantes e por último nos municípios menores de 20 mil habitantes, que é a faixa que apresenta o maior número de municípios no Brasil (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, Jan/13.

<b>Faixa Populacional</b>	<b>Total de Municípios Brasileiros</b>	<b>Total da População</b>	<b>CEO Tipo I</b>	<b>CEO Tipo II</b>	<b>CEO Tipo III</b>	<b>Total de CEO</b>
<b>0 - 20.000</b>	3.901	32.553.057	89	32	0	<b>121</b>
<b>20.001 - 50.000</b>	1.054	31.801.092	147	111	11	<b>269</b>
<b>50.001 - 100.000</b>	323	22.286.940	57	106	19	<b>182</b>
<b>&gt; 100.001</b>	287	106.127.969	69	231	79	<b>379</b>
<b>Total</b>	<b>5.565</b>	<b>192.769.058</b>	<b>362</b>	<b>480</b>	<b>109</b>	<b>951</b>

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

### 2.3 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS (LRPD)

Na perspectiva de ampliação e qualificação da atenção secundária, o Brasil Sorridente cria os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e com isso, busca resgatar uma histórica dívida social da saúde, que é a reabilitação oral protética. Até 2003, nenhuma política nacional de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento. Muitas vítimas do modelo hegemônico de atendimento em saúde bucal passam a ter oportunidade de receber uma prótese dentária através dos 1.351 LRPDs implantados no Brasil, até dezembro de 2012.

Nos últimos 4 anos, foram produzidas mais de 1 milhão de próteses dentárias pelo SUS. A produção de próteses dentárias cresceu aproximadamente 160% no último ano (Figura 8). Esse crescimento foi mais significativo na Região Nordeste (209%), seguido pelas Regiões Centro Oeste (206%), Norte (203), Sudeste (188) e Sul (55%) (Figura 9). O Estado que mais produziu próteses dentárias nesses anos foi São Paulo, um total de 266.839 próteses, seguido pelo Paraná, com 141.629 próteses, e o Ceará, com 91.313 próteses. Quando analisamos percentualmente essa produção, nesse mesmo período, o Estado do Piauí foi o que apresentou o maior crescimento, mais de 1.700% (Tabela 4).

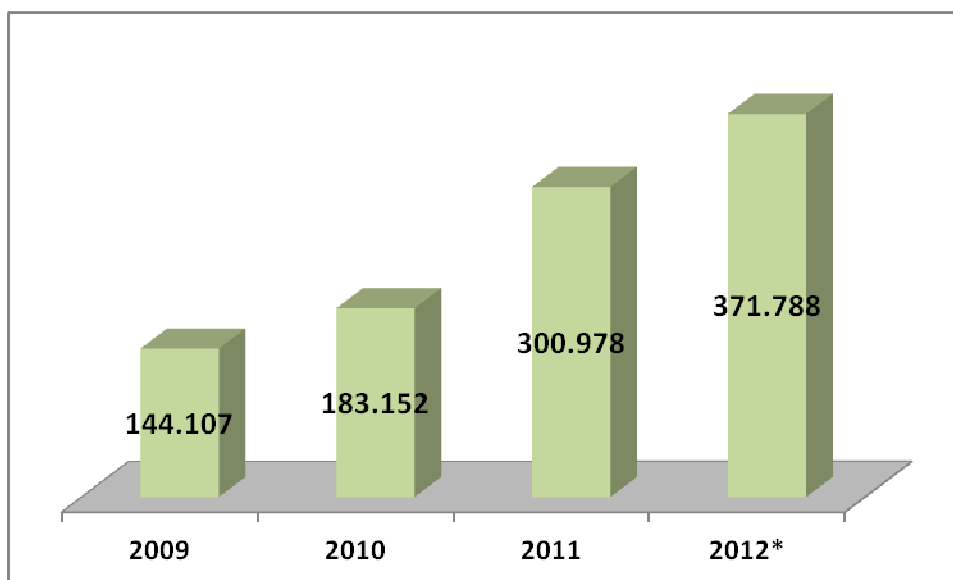


Figura 8. Produção de prótese dentária, Brasil, 2009 a 2012.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

---

\* Produção referente até a competência novembro/2012.

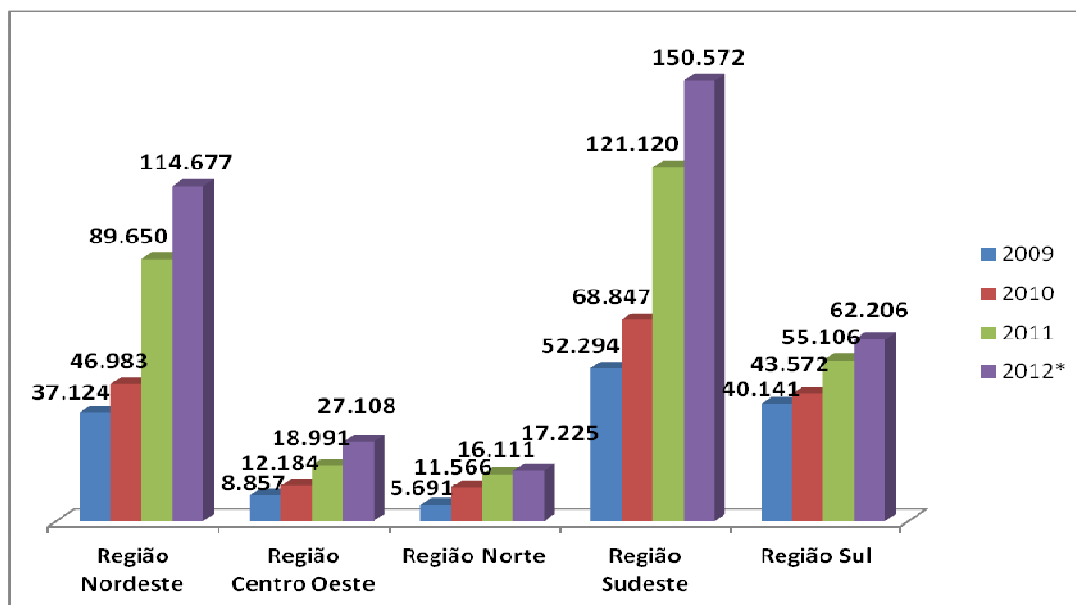


Figura 9. Produção de prótese dentária, por Região, 2009 a 2012.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

\* Produção referente até a competência novembro/2012.

Tabela 4 – Produção de prótese dentária, por Unidade Federativa, 2009 a 2012.

UF	2009	2010	2011	2012*	Total
<b>Acre</b>	658	934	140	264	1.996
<b>Alagoas</b>	2.370	1.475	2.368	3.862	10.075
<b>Amapá</b>	0	0	93	29	122
<b>Amazonas</b>	1.368	1.553	1.988	1.642	6.551
<b>Bahia</b>	3.282	6.001	12.136	17.885	39.304
<b>Ceará</b>	16.758	15.802	30.691	28.062	91.313
<b>Distrito Federal</b>	0	0	0	107	107
<b>Espírito Santo</b>	1.006	1.227	1.462	1.705	5.400
<b>Goiás</b>	3.905	6.216	9.726	13.129	32.976
<b>Maranhão</b>	6.616	3.497	3.676	5.484	19.273
<b>Mato Grosso</b>	1.793	1.737	3.182	6.593	13.305
<b>Mato Grosso do Sul</b>	3.159	4.231	6.083	7.279	20.752
<b>Minas Gerais</b>	11.782	14.233	22.107	35.931	84.053
<b>Pará</b>	2.400	7.224	11.691	12.970	34.285
<b>Paraíba</b>	3.766	10.451	22.000	23.625	59.842
<b>Paraná</b>	31.295	33.287	39.206	37.841	141.629
<b>Pernambuco</b>	1.731	4.281	6.135	10.102	22.249
<b>Piauí</b>	723	945	6.199	13.191	21.058
<b>Rio de Janeiro</b>	4.164	6.553	13.508	12.316	36.541
<b>Rio Grande do Norte</b>	1.878	4.531	6.089	11.973	24.471
<b>Rio Grande do Sul</b>	2.031	3.026	6.719	9.730	21.506
<b>Rondônia</b>	0	0	0	0	0
<b>Roraima</b>	0	0	0	0	0
<b>Santa Catarina</b>	6.815	7.259	9.181	14.635	37.890
<b>São Paulo</b>	35.342	46.834	84.043	100.620	266.839
<b>Sergipe</b>	0	0	356	493	849
<b>Tocantins</b>	1.265	1.855	2.199	2.320	7.639
<b>Total</b>	<b>144.107</b>	<b>183.152</b>	<b>300.978</b>	<b>371.788</b>	<b>1.000.025</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

\* Produção referente até a competência novembro/2012.

Entendendo que para efetivação e articulação da rede de serviços de saúde bucal no Brasil, estruturada através do Brasil Sorridente, é fundamental que haja coordenação dos cuidados pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, nesse sentido procurou-se apresentar este atributo essencial a Atenção Básica.

### **3 ATENÇÃO BÁSICA COMO COORDENADORA DOS CUIDADOS**

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde é desenvolvida com grande nível de descentralização e capilaridade nos municípios, acontecendo no local mais próximo da vida das pessoas. É colocada como a principal porta de entrada, deve ser o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação e articulação das Redes de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral [19].

A organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando os cuidados e atendendo às suas necessidades de saúde. Nesse sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, são elas: ser base, ser resolutiva, coordenar os cuidados e ordenar as redes [19].

Para coordenar os cuidados a AB deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre

os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na Atenção Básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da Atenção Básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade [19].

Dessa forma a coordenação dos cuidados pode ser entendida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum [20]. Segundo Starfield (2002) [3], a coordenação dos cuidados diz respeito a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

Conforme Souza (2012) [21], a coordenação dos cuidados implica na garantia da continuidade da atenção ao usuário, isto é, acompanhá-lo em outros serviços especializados, quando é necessário encaminhá-lo. Sob o aspecto organizacional, a coordenação diz respeito às formas de relacionamento dos serviços de ABS com os demais pontos de atenção disponíveis da rede prestadora.

A existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde funciona como ponto de sustentação da coordenação, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais [22]. Assim, a coordenação se comporta como um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na



perspectiva do usuário. A literatura traz uma associação positiva entre coordenação e continuidade dos cuidados, alta qualidade e aumento da eficiência da atenção em saúde [23].

Mediante os atributos que a caracterizam, a Atenção Básica tem plena capacidade para assumir o caminho terapêutico dos usuários. Entretanto, apenas uma AB fortalecida, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados [24]. Conforme Starfield et al. (2005) [25], a coordenação dos cuidados é positivamente associada com a força da AB. Nesse sentido, medidas para fortalecer a AB correspondem ao mais importante conjunto de ações que visam garantir a coordenação [26].

A importância de definir atributos específicos à AB e discutir sua integração ao sistema para que possa exercer um papel de coordenação foi se tornando evidente com a avaliação do desempenho dos serviços, que mostrou a relação entre a qualidade da estrutura e do processo de cuidado para a obtenção de resultados [27].

O tema da coordenação dos cuidados ganhou mais ênfase, no Brasil, na medida em que houve a expansão da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros, a qual foi assumida pelos entes federativos, no final dos anos 90, como proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma Atenção Básica abrangente [28]. O reflexo disso é que a partir do ano de 2004, atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade tornaram-se temas recorrentes de estudos avaliativos [29].

Segundo Rico et al. (2003) [30], as reformas empreendidas nos países europeus, desde os anos 90, voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica, objetivaram aumentar o poder deste nível de atenção como coordenador dos cuidados por meio da consolidação da função de porta de entrada e ampliação da resolutividade dos serviços prestados pela mesma, incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados apenas na atenção hospitalar como, por exemplo, atendimentos de urgência.

Através de estudos, Hofmarcher et al. (2007) [26] identificaram quatro medidas que podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação dos cuidados. A primeira, é o aprimoramento da coleta e

disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação. A segunda, relacionam-se as adequações necessárias na Atenção Básica para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas. A terceira intervenção refere-se à revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível. Por fim, este estudo retrata que a falta de integração entre os níveis assistenciais e a relação entre os prestadores afetam fortemente a capacidade de coordenação, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito dos usuários no interior do sistema de saúde. Assim, segundo Almeida et al. (2010) [31], para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõem da totalidade dos recursos.

A seguir, descreve-se o caminho metodológico dessa pesquisa para alcançar os objetivos propostos pela mesma.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo teve como método de pesquisa o estudo de caso que foi adotado em função das necessidades e objetivos propostos para a pesquisa. Segundo Yin (2005) [32], o estudo de caso é um método de pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo em seu ambiente natural, adotando múltiplas fontes de evidência sobre uma ou poucas entidades, sem o uso de manipulação ou controle.

O estudo de caso pode ser utilizado para descrever uma situação no seu contexto, gerar hipóteses, ou para testar teorias, sendo suas principais características: fenômeno examinado em seu contexto; dados coletados por múltiplas fontes; um ou poucos elementos sendo examinados; sem utilização de

controles ou manipulação; questão de pesquisa do tipo “por quê?” ou “como?”; foco em um evento contemporâneo; os resultados dependem fortemente da capacidade de integração do pesquisador [32].

É um estudo qualitativo, na medida em que, o objeto das ciências sociais é eminentemente qualitativo, como afirma Minayo (2004) [33]. Esta pesquisadora ainda alerta que toda ciência é comprometida, e a visão de mundo tanto do pesquisador (ou pesquisadores) envolvido em uma pesquisa, bem como dos demais atores sociais estão implicadas em todo o processo. Isso quer dizer, para Minayo (2004) [33], nenhuma pesquisa é neutra, seja ela quantitativa seja qualitativa. Alerta também que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio da compreensão total de uma dada realidade.

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo escolhido foi o município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, que é conhecida como "Porta do Sol" ou “lugar onde o Sol nasce primeiro nas Américas”, devido ao fato de no município estar localizada a Ponta do Seixas, que é o ponto mais oriental das Américas. Fundada em 1585, com o nome de Nossa Senhora das Neves, a cidade de João Pessoa é a terceira capital de estado mais antiga do Brasil.

Em João Pessoa, residem mais de 720 mil habitantes, sendo a maioria do gênero feminino (53%) e residentes em zona urbana (99,6%). Da população residente, 85% é alfabetizada. Quanto à representatividade dos grupos etários, os números mostram um predomínio da população adulta (20 a 59 anos de idade) em relação aos demais grupos etários, correspondendo a 59% da população, seguido de adolescentes (10 a 19 anos de idade) (16%), crianças (até 09 anos de idade) (14%) e por último, os Idosos (60 anos ou mais de idade) (10%).

Com base na distribuição das classes sociais, em João Pessoa há preponderância da classe C (45,67%), seguida da classe D, classe B, classe E e, em menor número, encontra-se a classe A.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das capitais do Brasil, João Pessoa (0,783) encontra-se na décima sexta posição e, quando avaliamos no Nordeste ela encontra-se à frente apenas de São Luís/MA (0,778), Teresina/PI (0,766) e Maceió/AL (0,739) [34].

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. O órgão é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS.

A principal política adotada pela SMS, nas gestões 2005-2008 e 2009-2012, foi centrada no usuário e na gestão do cuidado com humanização, acolhimento, produção de vínculo e participação popular. Para isso, apostou-se na Educação Permanente em Saúde (EPS), que consiste num movimento de transformação das práticas do setor, através do comprometimento de gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do SUS e movimentos sociais, que atuam na identificação de problemas e na cooperação para a resolução dos mesmos, visando a integralidade da Atenção à Saúde e na reestruturação do SUS municipal.

A cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de 5 Distritos Sanitários (DS) (Figura 10), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e a assistência hospitalar.

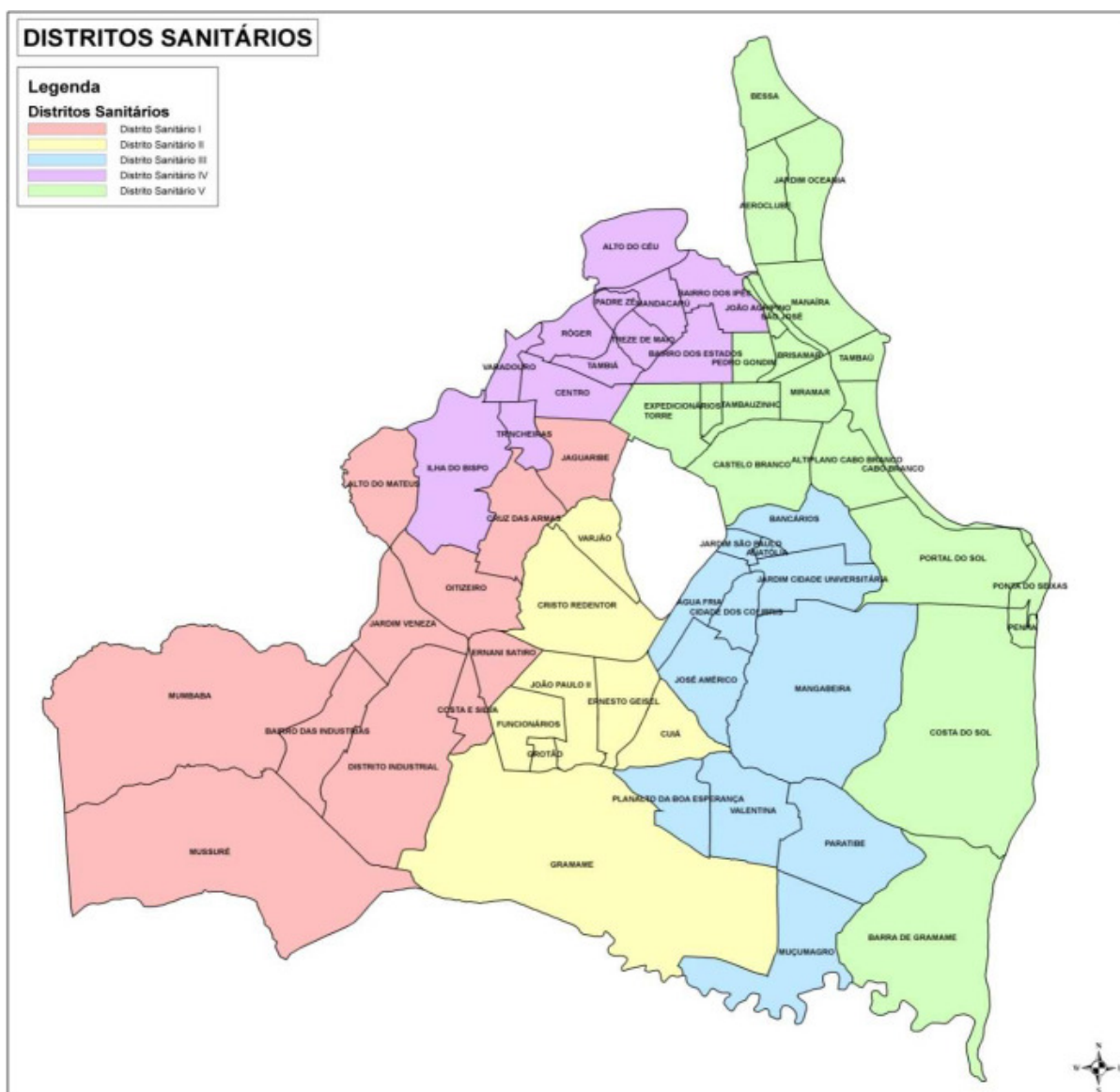


Figura 10. Mapa da distribuição dos bairros, por distrito sanitário, em João Pessoa/PB.

A principal estratégia de qualificação da Atenção Básica adotada pela gestão municipal de João Pessoa, a partir de 2004, foi através da Estratégia Saúde da Família, com a ampliação das Equipes de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal. Em 2002, apenas 34% das ESF tinham ESB, em 2003 apenas 50% e em 2004 todas as ESF passaram a ter uma ESB, alcançando um total de 180 Equipes (Figura 11). Essa expansão das ESB ocorre concomitante com a implantação do Brasil Sorridente. Em 2012, a cobertura das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia

Saúde da Família atingiu um total correspondente a 84,7% da população, a maior entre as capitais do Brasil.

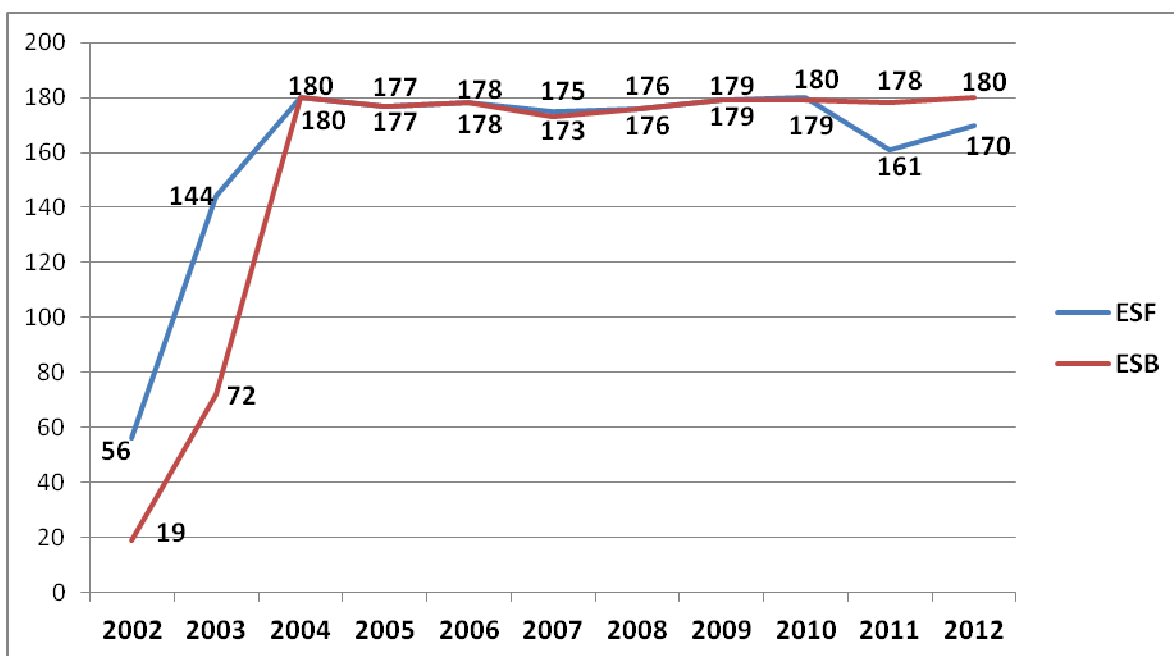


Figura 11. Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, João Pessoa/PB, 2002 a 2012.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

É importante esclarecer que a superioridade no número de ESB em relação à ESF, nos anos 2011 e 2012, tornou-se possível após a publicação da Portaria nº 302/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2009, que estabeleceu que os profissionais das Equipes de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Portanto os municípios nos quais as Equipes de Saúde da Família forem descredenciadas, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, poderão manter o credenciamento das ESB e conseqüentemente os incentivos financeiros mensais específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que vinculem a ESB à EACS [19].

Ainda compõem a rede da Atenção Básica do município, cinco Unidades Básicas de Saúde que se organizam em modalidade diferente da Estratégia Saúde da Família e que funcionam como referência para a população descoberta da ESF, buscando, assim, assegurar o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde.

Na saúde bucal, além das 180 Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, o município de João Pessoa/PB dispõe de 4 Centros de Especialidades Odontológicas habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo 2 Tipo I e 2 Tipo III, laboratório de prótese dentária e assistência odontológica hospitalar, com o serviço de traumatologia bucomaxilofacial.

#### 4.3 COLETA DOS DADOS

As experiências dos profissionais de saúde sobre coordenação dos cuidados em saúde bucal foram coletadas através de entrevista *online* aplicado aos sujeitos que trabalham em João Pessoa/PB. Para a realização dessas entrevistas, foi elaborado um roteiro semi-estruturado pelo pesquisador sob a supervisão do orientador (APÊNDICE C).

O contato com os sujeitos participantes foi realizado por meio de busca ativa. Foram enviados convites eletrônicos por e-mail, para a participação na pesquisa e assim, responder a entrevista. Foram enviados convites a 25 sujeitos, destes apenas 16 sujeitos responderam as questões da entrevista, sendo essa a amostra de análise deste estudo. Os demais 9 convites enviados e não respondidos foram desprezados pelo prazo estabelecido para a realização da coleta de dados desta pesquisa. É importante destacar que não houve preocupação com significância estatística do número de sujeitos, devido à análise qualitativa proposta.

O roteiro utilizado para a coleta de informações foi composto por nove questões abertas relacionadas ao objetivo da pesquisa e visava elucidar as concepções dos sujeitos acerca da coordenação dos cuidados em saúde bucal.

As entrevistas têm sido uma das técnicas de coleta de dados mais difundidas nas ciências sociais [33,35]. O uso de técnicas de entrevistas se reveste da maior

importância. Entrevistas possibilitam a obtenção de uma gama de informações referentes aos mais diversos aspectos da vida social, pois, como destaca Minayo (2004) [33], as falas podem ser reveladoras de sistemas de valores, normas, símbolos, individuais e de grupos sociais.

No presente estudo, optamos pela realização de entrevistas semi-estruturadas, pois, segundo Minayo [33], é o tipo de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas, e que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem ter que se ater a questões fechadas. A entrevista semi-estruturada garante um roteiro com um grau de uniformidade, e é considerado um importante instrumento em estudos qualitativos, na medida em que permite uma relação mais interativa entre entrevistador e entrevistado.

#### 4.4 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Através de um questionário *online* obteve-se dados do perfil dos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE B). Dos 16 sujeitos, 11 (69%) são do sexo feminino e 5 (31%) masculino (Figura 12). Sendo 11 naturais da Paraíba, 2 do Distrito Federal, 1 de Pernambuco, 1 do Ceará e 1 da Bahia. Em relação à faixa etária, 50% (8) dos participantes têm entre 26 e 35 anos (Figura 13).

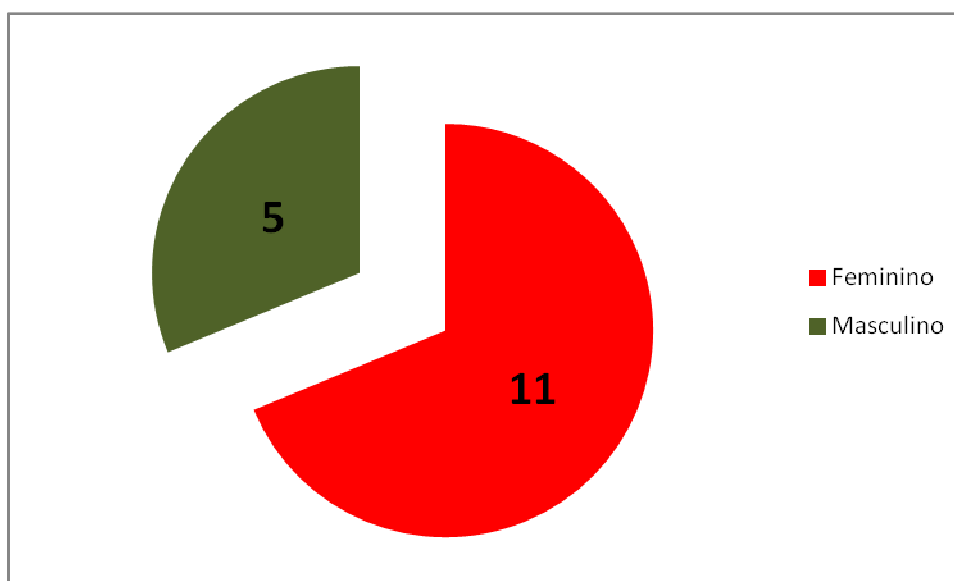


Figura 12. Sujeitos participantes, segundo sexo.



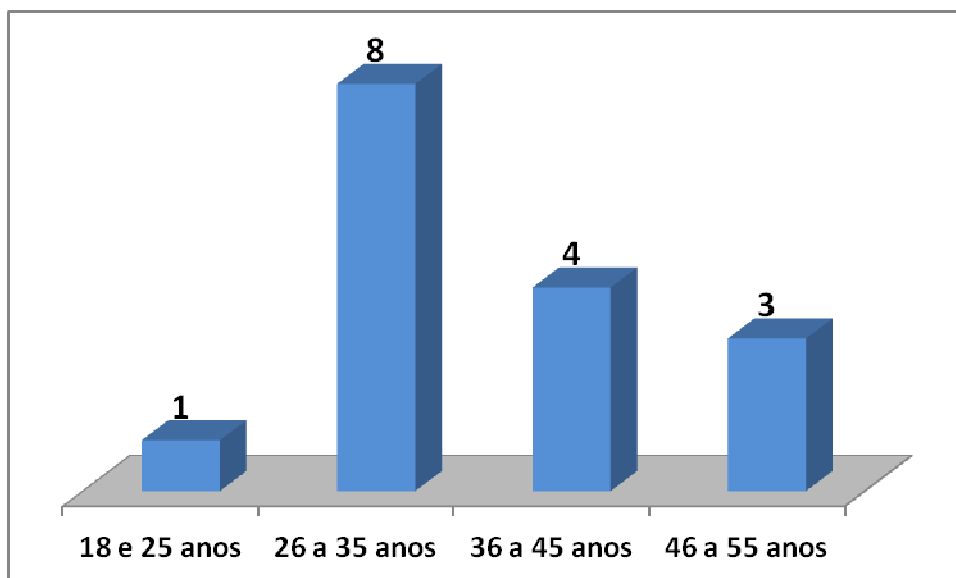


Figura 13. Sujeitos participantes, segundo a faixa etária.

Quanto à profissão, 13 são Cirurgiões Dentistas, 1 Agente Comunitário de Saúde, 1 Auxiliar de Enfermagem e 1 Educador Físico. Dos 14 profissionais com nível superior, 12 se formaram na Universidade Federal da Paraíba. Referente ao tempo de formação desses profissionais, 36% (5) tem mais de 20 anos de graduação (Figura 14). E apenas uma pessoa, dos 16 sujeitos da pesquisa, cursou algum programa de residência.

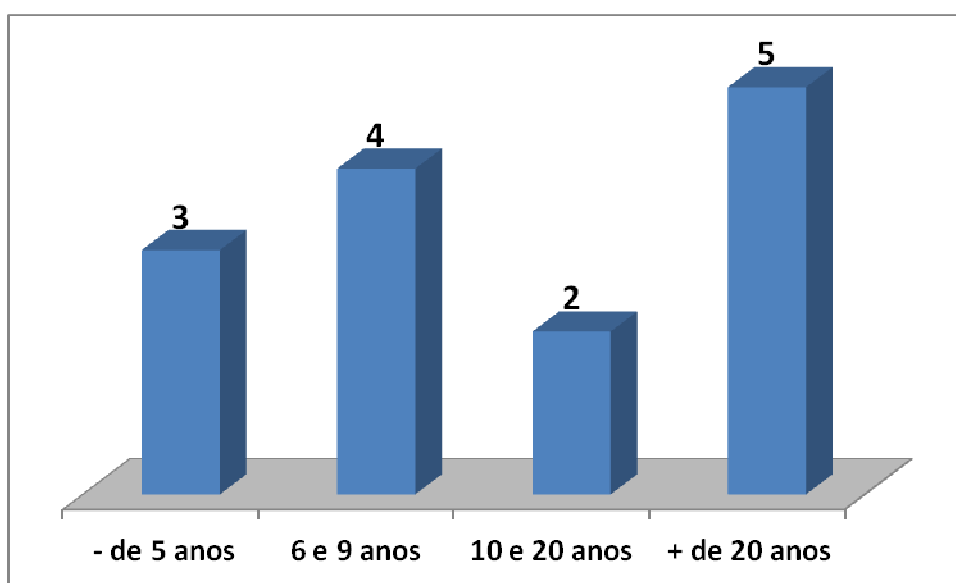


Figura 14. Sujeitos participantes, segundo o tempo de formação da graduação.

Do total dos sujeitos, 4 atuavam na gestão, dois na coordenação de municipal de saúde bucal e dois em Distrito Sanitário, os demais (12) atuavam na Equipe de Saúde da Família, sendo 1 no Distrito Sanitário I, 5 no Distrito Sanitário II, 5 no Distrito Sanitário III, 1 no Distrito Sanitário IV. Desses, aproximadamente 60% (7) atuam na Estratégia Saúde da Família entre 6 e 10 anos (Figura 15).

Quando se refere ao tempo de atuação na Equipe atual, 5 estão na mesma Equipe entre 1 e 5 anos, 4 entre 6 e 10 anos e 3 menos de 1 ano. Quanto aos 4 gestores, todos estão na gestão entre 1 e 5 anos e todos já atuaram na Equipe de Saúde da Família, três com cirurgião dentista e outro como agente comunitário de saúde.

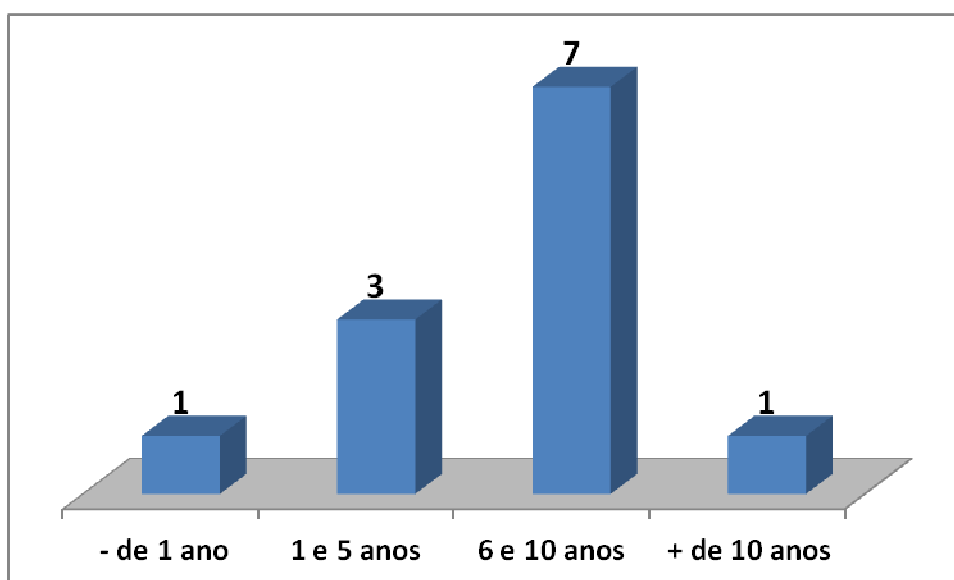


Figura 15. Sujeitos participantes, segundo o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica utilizada foi a Análise de Conteúdo, para tanto foi realizado a análise e categorização das respostas das entrevistas *online* pelo pesquisador sob a supervisão do orientador. A fim de viabilizar a Análise de Conteúdo foi criado uma

base de dados no software NVivo 10, que além de permitir a visualização do *corpus*, permite também algumas operações de organização e classificação dos textos.

Foram seguidas as seguintes etapas: organização dos dados, codificação, categorização, inferências e interpretações. A categorização inicial correspondeu aos itens previamente estabelecidos no roteiro da entrevista.

Segundo Bardin (1979) apud Minayo (2010) [36], essa técnica de análise de comunicação, que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Minayo (2004) [33] enumera três grandes eixos de análise de entrevistas. A análise de conteúdo, a análise de discurso e a hermenêutica-dialética. Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004) [37], pode ser considerada:

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.*

Minayo (1992) [38] esclarece sobre a Análise de Conteúdo:

*[...] na sua história mais recente, isto é, enquanto técnica de tratamento de dados considerada cientificamente, é caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Ou seja, também na análise de conteúdo o rigor científico invocado é a pretensa objetividade dos números e das medidas.*

Segundo Bardin (2004) [37], o objeto da análise de conteúdo é a fala, a palavra emitida e seus significados nem sempre aparentes. A análise de conteúdo trabalha com mensagens. Tendo claro que cada entrevista é única, formando um todo original, será também parte de um todo, composto pelo total de entrevistas realizadas, pois estarão calcadas em um objeto focalizado. Consideramos que produção da fala é um processo:

*O discurso não é transposição transparente de opiniões, de atitudes [...] que existam de modo cabal antes da passagem a forma de linguagem. O discurso não é um produto acabado, mas um momento, um processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de*

*imperfeições. Isto é particularmente evidente nas entrevistas em que a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação [37].*

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo, em nenhuma de suas etapas, ofereceu risco aos sujeitos participantes, sendo considerado benefício da pesquisa, a partir dos resultados gerados, contribuir na efetivação da coordenação dos cuidados pelos serviços de Atenção Básica, visando a continuidade da atenção de modo a garantir uma atenção integral e integrada da saúde bucal. Os dados coletados foram arquivados pelo pesquisador com a garantia do sigilo, sendo reservado o direito de desistência da pesquisa de quaisquer sujeitos a qualquer momento do estudo.

As etapas da pesquisa descritas somente foram executadas após a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Sendo assim, esta pesquisa teve seu projeto analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de registro 060/12 (Anexo), tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Previamente à coleta de dados, houve concordância dos sujeitos da pesquisa via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* (APÊNDICE A), e somente após a leitura e concordância dos sujeitos em participarem da mesma, o acesso à entrevista era liberado e a coleta dos dados iniciados. Foram disponibilizados contatos eletrônicos e telefônicos para aqueles que tivessem dúvida sobre o TCLE, de modo a garantir o pleno entendimento da proposta da pesquisa pelos sujeitos participantes, bem como a garantia dos demais direitos respaldados na Resolução nº 196/96.

Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados como P<sub>1</sub> a P<sub>16</sub>. A identificação ocorreu de maneira aleatória, por sorteio e, independente dos dados apresentados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões serão apresentados, a seguir, em três dimensões: Entendimento sobre a coordenação dos cuidados na saúde bucal; Estratégias organizativas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal na Atenção Básica e Fatores facilitadores e limitadores à coordenação dos cuidados em saúde bucal na Atenção Básica, tomando como base o referencial teórico da coordenação dos cuidados na Atenção Básica.

### 5.1 ENTENDIMENTOS SOBRE A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS NA SAÚDE BUCAL

Nesta categoria, percebe-se que coordenação dos cuidados, na perspectiva de alguns entrevistados, está relacionada à garantia da continuidade, seja ela, da atenção, do cuidado, do usuário no sistema, conforme podemos ver na árvore de palavras (Figura 16) e nos trechos a seguir:

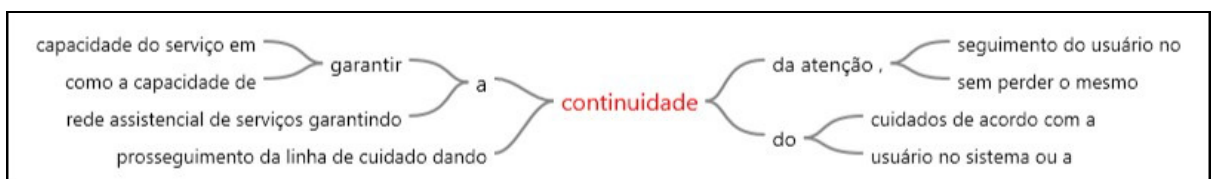


Figura 16. Árvore de palavras do grupamento: entendimento sobre a coordenação dos cuidados.

**P<sub>1</sub>** “[...] Capacidade do serviço em garantir a **continuidade** da atenção, seguimento do usuário no serviço ou a garantia de referência a outros níveis de atenção quando necessário.”.

**P<sub>2</sub>** “[...] Acompanhar o usuário ao longo de seu percurso na rede assistencial de serviços garantindo a **continuidade** dos cuidados de acordo com a sua necessidade.”.

**P<sub>3</sub>** “[...] Garantir a **continuidade** da atenção, sem perder o mesmo de vista, seguindo-o no sistema até a garantia de referência a outros níveis de atenção [...]”.

**P<sub>4</sub>** “[...] Assegurar o prosseguimento da linha de cuidado dando **continuidade** do usuário no sistema ou a referência em outros níveis de atenção, seja secundária ou terciária.”.

Os termos continuidade, coordenação e integração de cuidados são muitas vezes usados como sinônimos, mas se referem a diferentes conceitos [39]. A coordenação pode ser entendida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum [40], quando atinge o seu grau máximo, a atenção é considerada integrada [3]. A continuidade do cuidado, por sua vez, é o resultado de coordenação pela perspectiva do paciente [41].

Este atributo, essencial da Atenção Básica, efetiva-se no cuidado individual praticado pelos profissionais de saúde no processo de atenção articulando diferentes prestações, e se concretiza na continuidade da atenção, que deve ser centrada no paciente, adequada e oportuna às suas necessidades de saúde, devendo ser ofertada em tempo hábil. Sob o aspecto organizacional, a coordenação diz respeito às formas de relacionamento dos serviços de Atenção Básica com os demais pontos de atenção disponíveis na rede de saúde [11].

De acordo com Conill e Fausto (2007) [14], a continuidade do cuidado é uma dimensão qualitativa da atenção à saúde, que é sentido pelo paciente dependendo do nível de coordenação e de integração dos serviços. Como a coordenação é percebida pelo usuário por meio da continuidade assistencial, ela pode ser definida como o grau em que o paciente percebe e experimenta uma série de distintas intervenções de cuidado em saúde como processo ininterrupto, coerente, conectado e compatível às suas necessidades de saúde e ao seu contexto pessoal.

A coordenação dos cuidados pode ser compreendida e experimentada de diferentes formas, a depender do ator envolvido e da perspectiva de avaliação. Para o paciente, reflete-se na garantia de acesso aos demais níveis assistenciais e na

experiência de recebimento de atenção contínua; para a ABS, na integração à rede assistencial e na assunção de novas funções de coordenação; e para a atenção especializada, na garantia de ações que complementam o cuidado no nível hospitalar e o retorno do paciente aos cuidados do prestador mais apropriado [11].

Para Boerma (2007) [20], a coordenação dos cuidados pode ser entendida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, para isso, esses serviços precisam estar sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do ponto da rede onde sejam prestados.

Segundo Starfield (2002) [3], a coordenação dos cuidados diz respeito à capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

A coordenação dos cuidados proporciona a continuidade do usuário durante o seu percurso na linha do cuidado. Segundo Franco e Franco (2007) [42], a linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

Na perspectiva de outros entrevistados, perceber-se que há uma distorção do entendimento acerca do atributo relacionando-o com o papel, com a função do coordenador de saúde bucal do município, conforme fragmentos a seguir:

**P<sub>5</sub>** “[...] *Corresponde também ao planejamento, execução e acompanhamento das ações realizadas pelos Cirurgiões Dentistas [...]*”.

**P<sub>6</sub>** “[...] *Setor que planeja, desenvolve e avalia atividades vinculadas às realizações das ações de saúde bucal [...], organizando e garantindo a estrutura física, de equipamentos, insumos e funções de profissionais [...]*”.

**P<sub>7</sub>** “[...] *Existe para dar um direcionamento ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde voltados para atender as necessidades da população [...]*”.

A coordenação dos cuidados tem sido equivocadamente confundida com o gerenciamento da Atenção Básica [2]. Esse resultado mostra a complexidade e a confusão em torno do conceito da coordenação do cuidado, que também é relatado em algumas literaturas [22, 43].

## 5.2 ESTRATÉGIAS ORGANIZATIVAS PARA A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Esta categoria apresenta as estratégias adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal para assegurar a coordenação dos cuidados no âmbito da Atenção Básica. Do ponto de vista dos entrevistados, estratégias como articulação da rede, implementação linha do cuidado, referência e contrarreferência, regulação, aumento do acesso são importantes estratégias para efetivação da coordenação dos cuidados, conforme podemos perceber nos trechos a seguir:

**P<sub>1</sub>** *“[...] Articular as ações com demais profissionais da equipe; articular com os demais serviços da rede [...]”.*

**P<sub>2</sub>** *“[...] Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência [...] construção do fluxograma descritor para desenhar o fluxo dos usuários nos diferentes níveis de complexidade, formação de grupos tutorais [...] ampliação do diálogo com demais níveis de atenção [...] identificação das redes sociais de apoio no território [...]”.*

**P<sub>8</sub>** *“[...] Referência e contrarreferência, centrais informatizadas de regulação e marcação de consulta [...]”.*

**P<sub>9</sub>** *“[...] Resolutividade nas principais necessidades da comunidade e tentar garantir a integralidade no serviço [...]”.*

**P<sub>10</sub>** *“[...] Aumento da oferta de consultas e atendimentos; diminuição dos obstáculos ao acesso; fortalecimento da função de porta de entrada; capacitação para ser o mais resolutivo possível; estruturação da rede e organização de fluxos, possibilitando apoio diagnóstico e terapêutico (para continuidade do cuidado) e articulação entre ações de vigilância e assistência [...]”.*



**P<sub>4</sub>** “[...] *Humanização do processo de trabalho, com a escuta qualificada (acolhimento), co-responsabilização dos serviços e o sistema de referência e contrarreferência e desenvolvimento de ações voltadas para linha de cuidado [...]*”.

**P<sub>14</sub>** “[...] *Linha de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), [...] criação de fluxos que impliquem ações resolutivas [...]*”.

Estudos apontam que a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno podem ser otimizadas pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial [44, 45].

Vários estudos internacionais têm enfatizado a coordenação dos cuidados como estratégia crucial tanto, para a busca de maior eficiência dos sistemas de saúde como, para superar a histórica fragmentação da oferta de serviços de saúde e sua baixa eficácia nas condições sanitárias da população [44].

Segundo Feo et al. (2006) [12], mudanças na organização e na gestão dos serviços, envolvendo a garantia de acesso, a integração dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde e a continuidade da atenção, para que o paciente não perceba a divisão entre pontos da rede de saúde e, receba os cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua, são importantes estratégias de coordenação dos cuidados pela Atenção Básica. Nesse sentido, uma abordagem de atenção integrada abrange mecanismos de referência e contrarreferência em todos os pontos do sistema de saúde e com outros serviços sociais.

Segundo Hofmarcher et al. (2007) [26], os instrumentos de gestão de casos, programas de gestão clínica, uso de protocolos e programas para aumentar a autonomia dos pacientes são ações importantes para melhorar a coordenação dos cuidados.

Conforme o resultado do estudo de Martínez et al. (2009) [22], as estratégias globais para garantir a coordenação convergem fundamentalmente em facilitar a comunicação entre os serviços de saúde, o conhecimento e as informações compartilhadas, como por exemplo, a história clínica. Outra estratégia seria através de sessões clínicas compartilhadas como ferramenta para aproximar os profissionais

de outros níveis assistenciais e acordar critérios de atuação somando-se a isso a pactuação de protocolos.

### 5.3 FATORES FACILITADORES E LIMITADORES À COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Para os entrevistados, os fatores que facilitam a coordenação dos cuidados em saúde bucal na Atenção Básica estão na mudança de atitude dos profissionais da AB, trabalho em equipe, articulação da rede de saúde de forma intersetorial, qualificação dos profissionais através de educação permanente, boas condições de trabalho e disponibilidade de equipamentos e insumos, aproximação entre profissionais e gestão, participação e controle social, conforme verificamos nos fragmentos a seguir:

**P<sub>1</sub>** “[...] *Novas posturas dos profissionais assumindo o protagonismo, rede de serviço preparada e articulada, referência e contrarreferência, trabalho em equipe; compromisso ético e político; articulação intersetorial; educação permanente.*”.

**P<sub>2</sub>** “[...] *Humanização do atendimento e principalmente ter como foco da atenção as necessidades do usuário.*”.

**P<sub>5</sub>** “[...] *Uma boa estrutura, em relação aos consultórios, equipamentos e insumos [...]*”.

**P<sub>9</sub>** “[...] *Boas instalações e estrutura do espaço de trabalho [...]*”.

**P<sub>3</sub>** “[...] *Diálogo entre os trabalhadores de saúde bucal da própria rede e, entre os trabalhadores e a gestão [...]*”.

**P<sub>4</sub>** “[...] *A oferta de serviços qualificados e resolutivos, a educação permanente dos profissionais, o trabalho de articulação dos apoiadores [...]*”.

**P<sub>11</sub>** “[...] *Sujeitos mais participativos, usando o controle social para ajudar a gestão do cuidado [...]*”.

Quanto aos fatores que influenciam negativamente, isto é, que limitam a coordenação dos cuidados em saúde bucal, segundo os entrevistados,

fragmentação e vulnerabilidade na comunicação da rede, baixa qualificação e articulação profissional, baixa oferta de serviço especializado, além da falta de materiais, insumos e manutenção dos equipamentos odontológicos, conforme verificamos na árvore de palavras (Figura 17) e nos trechos a seguir:

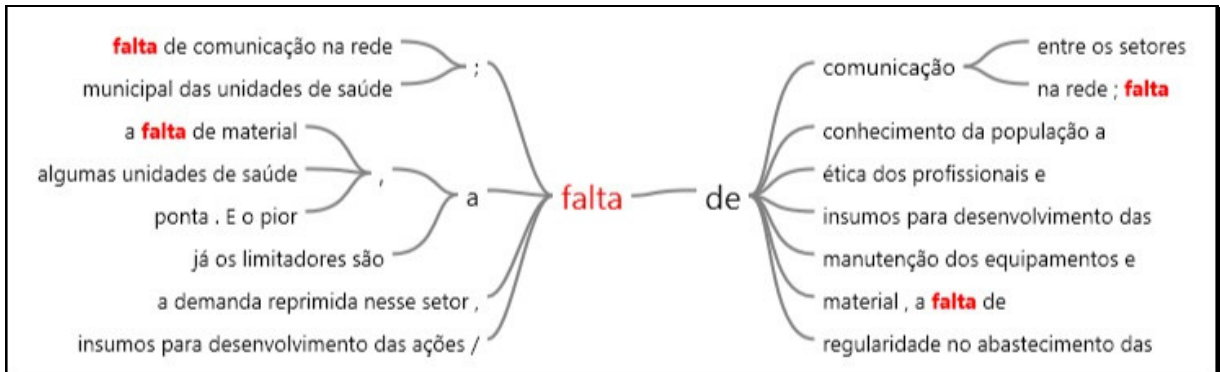


Figura 17. Árvore de palavras do grupamento: fatores limitadores à coordenação dos cuidados em saúde bucal.

**P<sub>1</sub>** “[...] *Fragilidade de comunicação; qualificação profissional; rede e serviço fragmentado; trabalho de equipe não articulado, fragilidade no planejamento das ações [...]*”.

**P<sub>2</sub>** “[...] *desafio de romper com lógica hospitalocêntrica, fragmentada, especializada [...] a baixa resolutividade da atenção básica gerando encaminhamentos [...] de sua competência [...] falta de comunicação entre os setores e a burocracia exagerada [...] que pode levar a descontinuidade do cuidado [...] deixando os usuários perdidos ao longo da rede assistencial [...]*”.

**P<sub>8</sub>** “[...] *Demanda reprimida para o serviço especializado [...]*”.

**P<sub>5</sub>** “[...] *Ausência da contrarreferência adequada entre AB e CEO [...]*”.

**P<sub>3</sub>** “[...] *Dificuldade de aproximação de alguns profissionais com a comunidade, perdendo a chance de construir com ele a autonomia possível no enfrentamento dos seus problemas [...]*”.

**P<sub>4</sub>** “[...] *Falta de material, a falta de manutenção dos equipamentos e a grande demanda reprimida [...]*”.

**P<sub>12</sub>** “[...] *Distanciamento da coordenação municipal das unidades de saúde [...] falta de comunicação na rede; falta de insumos para desenvolvimento das ações/falta de regularidade no abastecimento das unidades [...]*”.

**P<sub>13</sub>** “[...] *Baixa oferta de serviços nas especialidades como também, a deficiência no sistema de referência e contrarreferência [...]*”.

Ainda nesta categoria, alguns entrevistados equivocadamente fazem associação da coordenação dos cuidados em saúde bucal ao papel de gestor do coordenador municipal de saúde bucal, conforme os trechos a seguir:

**P<sub>11</sub>** “[...] *Há poucos profissionais da área da Saúde Bucal dentro da Gestão, dificultando o acompanhamento, avaliação e monitoramento periódico [...]*”.

**P<sub>6</sub>** “[...] *A gestão não dá autonomia suficiente para que a parte burocrática possa ser resolvida de forma mais rápida e eficiente pela própria coordenação.*”.

Segundo estudo de Martínez et al. (2009) [22] realizado na Cataluña, no qual dividiram os elementos que influenciam na coordenação dos cuidados em elementos externos e internos. No âmbito externo destaca-se como obstáculo para a coordenação, a diversidade de serviços que atendem a população de um território, tanto pelo uso de diferentes sistemas de informação que não compartilham informação do paciente, como pelo desconhecimento mútuo dos profissionais que atendem. No âmbito interno, os elementos facilitadores que apareceram com mais intensidade são a comunicação, o conhecimento e uma boa relação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais. E neste sentido, destaca a importância da existência de mecanismos que promovam a comunicação e o intercâmbio de informações, como sistemas de informação acessível a todos profissionais envolvidos no atendimento, formação de grupos de trabalhos com profissionais de diversos níveis assistenciais e multidisciplinares.

Através de um conjunto diversificado de iniciativas, vários municípios buscam efetivar a coordenação dos cuidados procurando superar a fragmentação do sistema. Por meio de estruturação de policlínicas de especialidades, centrais de marcação (consultas especializadas, exames e de internações), integração dos serviços por meio de tecnologias de informação com prontuário compartilhado,

fortalecimento de estruturas regulatórias, descentralização de funções para o nível local e estabelecimento de fluxos definidos entre a Atenção Básica e os demais pontos da rede [46, 47].

O atributo da Atenção Básica, de coordenação dos cuidados, precisa ser fortalecido no Brasil, para isso, deve-se enfrentar alguns desafios como melhorar a qualidade da informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja coordenação dos cuidados dentro da equipe multidisciplinar de saúde; efetivar as redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede; assegurar mecanismos de comunicação que qualifiquem o cuidado (a referência e a contrarreferência) e informatização dos sistemas, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de serviços de saúde [2].

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação analisou as estratégias adotadas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família na cidade de João Pessoa/PB, através de entrevistas *online* com profissionais da Estratégia Saúde da Família e com gestores.

A coordenação dos cuidados é condição imprescindível para Atenção Básica pois, a resposta integral, em alguns casos, não consegue ser alcançada apenas no interior da mesma, ainda que fortalecida e consolidada.

A concretização da coordenação dos cuidados reflete-se na existência de uma rede integrada, desde a Atenção Básica aos serviços de maior densidade tecnológica, a fim de que diferentes intervenções do cuidado sejam compreendidas e vivenciadas pelos usuários de forma ininterrupta, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais.

Quanto à concepção do atributo da coordenação dos cuidados na saúde bucal, verifica-se a complexidade do conceito e a diversidade de opiniões dos participantes que traz tanto a relação entre os níveis assistenciais, a continuidade da atenção, do cuidado, do usuário no sistema, como a associação equivocada com o papel a ser desempenhado pela coordenação municipal de saúde bucal.

O entendimento e a efetivação da coordenação dos cuidados em saúde bucal é um desafio crucial para a obtenção de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde bucal dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde, e assim, a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, de fato, ocupe o seu papel estrutural no sistema de saúde, entendendo-a como a base e ordenadora de redes integradas para a coordenação dos cuidados.

Quanto a análise das estratégias adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal que visam assegurar a coordenação dos cuidados no âmbito da Atenção Básica, apontou-se para a necessidade de minimizar as barreiras de acesso entre os níveis assistenciais, criar mecanismos de aproximação entre os mesmos, co-responsabilizar os serviços, implementar a linha do cuidado enfim, criar estratégias de integração da rede assistencial.

Para promover a coordenação dos cuidados é importante que haja mudanças de atitude dos profissionais, que haja qualificação através de educação permanente, realização do trabalho em equipe multidisciplinar, boas condições de trabalho, aproximação entre profissionais da rede com a gestão, definição e pactuação de fluxo de referência e contrarreferência. Em contrapartida, uma baixa oferta de serviços especializados, a fragmentação e a fragilidade na comunicação da rede de atenção à saúde são limitadores para a efetivação da coordenação.

A importância desta pesquisa encontra-se no aprofundamento dos conhecimentos de como as ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família se desenvolvem, ou não, em busca de alcançar um cuidado em saúde bucal integral e resolutivo para a população, a partir da coordenação dos cuidados.

Nesse sentido, espera-se que este estudo possa contribuir no processo de efetivação da coordenação dos cuidados na saúde bucal através dos serviços da Atenção Básica, visando à continuidade da atenção de modo a garantir uma atenção integral e integrada.

Por fim, faz-se necessário que novos estudos acerca da coordenação dos cuidados em saúde bucal sejam realizados, tendo em vista sua relevância, e que, envolvam avaliação do grau de integração dos serviços de saúde bucal dentro da Rede de Atenção à Saúde, assim como uma avaliação, da perspectiva dos usuários, em sua experiência de recebimento de cuidado contínuo, adequado e oportuno em outros níveis assistenciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
3. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
4. Sousa MF. Programa saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
5. Göttems LBD, Pires MRGM, Guilherm D, Alves ED, Martins CMF. Relatório final de pesquisa: análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Evaluation models and brazilian health reform: a qualitative-participatory approach. Rev. saúde publica. 2010;44(3):566-70.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
10. Junior GAP, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. Braz oral res. 2009;23:9-16.
11. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 469.
12. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev adm sanit. 2006;4(2):357-82.



13. Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Centre for health services and policy research, University of British Columbia. 2004. p.24.
14. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud; 2007. p.68.
15. Moysés SJ, Goes PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.15-32.
16. Pinto, VG. Prevenção da cárie dental: a questão da fluoretação do sal. Rev. saúde pública. 1982;16(1):66-72.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 1.444/2000. Brasília 2000; 85p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília 2006; 51p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM n.º 2.488/2011. Brasília 2011; 48p.
20. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007. p.3–21.
21. Souza DS. Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.124-34.
22. Martínez DH, Navarrete ML, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac sanit. 2009;23(4):280–6.
23. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health serv res. 2010;10:65-77.
24. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever. Geneva; 2008.

25. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
26. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007.
27. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2010;10(Supl 1): 15-27.
28. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad saude publica.* 2008;24(8):1727–42.
29. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 215.
30. Rico A, Saltman R, Boerma WG. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Soc policy adm.* 2003;37(6):592–608.
31. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. saúde pública.* 2010;26(2):286-298.
32. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre:Bookman; 2005.
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
34. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília; 2000.
35. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
36. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
37. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 1992.
39. Haggerty J et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327:1219-21.
40. Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac sanit*. 2006; 20:485-95.
41. Reid RJ, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare, final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
42. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integralconceito-como-fazer.pdf>.
43. Starfield B. Continuous confusion?. *Am J public health*. 1980;70:117-9.
44. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen*. 2005;31(9):418-23.
45. Hartz ZMA, 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*. 2004;20(Supl 2):331-6.
46. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcio em saúde: estudo de caso exitoso. *Cad saúde pública*. 2006;22:2207-17.
47. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciêns saúde colet*. 2002;7: 523-35.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *ONLINE*

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Título do Projeto:** Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em cinco capitais brasileiras.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Prezado (a) Senhor (a)

Você está convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo descrever e analisar as estratégias adotadas para a coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em cinco capitais brasileiras sob a óptica dos coordenadores da Atenção Básica, coordenadores de saúde bucal e profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá recusar a responder alguma questão que lhe traga constrangimento como também poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Neste estudo será realizado uma entrevista semi-estruturada on-line com o coordenador municipal de saúde bucal, com o coordenador da Atenção Básica e com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, com duração aproximadamente de 20 minutos.

Informamos que esta pesquisa não oferece prováveis riscos à saúde, nem qualquer meio de discriminação aos participantes do estudo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não

identificar os voluntários, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Esclarecemos que o Ministério da Saúde e as Regionais de Saúde não são os demandantes desta pesquisa.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o Pesquisador Responsável – Edson Hilan Gomes de Lucena pelo telefone (61) 8158-8272 ou pelo e-mail: ehglucena@yahoo.com.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde no Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília pelo telefone (61) 3107-1947 ou pelo e-mail: cepfs@unb.br.

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos nesta Pesquisa, assim **AUTORIZO** a utilização dos dados por mim fornecidos.

Enviar

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO *ONLINE***

**NOME:**

**E-MAIL:**

**1- PROFISSÃO:**  ▼

**2- SEXO:**  ▼

**3- NOME DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

**4- HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESTA EQUIPE:**  ▼

**5- TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  ▼

**6- NATURALIDADE:**  ▼

**7- SUA IDADE:**  ▼

**Graduação:**

**8- NOME DA INSTITUIÇÃO:**

**Localização da Instituição:**

**9- ESTADO:**  ▼

**10- PAÍS:**  ▼

**11- ANO DE GRADUAÇÃO:**  ▼

**Pós-Graduação:**

**12- VOCÊ CURSOU ALGUM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA?**  ▼

## APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA *ONLINE* SEMI-ESTRUTURADA

1. O que você entende por coordenação do cuidado na saúde bucal?

2. Como se organiza as ações e serviços de saúde bucal na atenção básica à saúde?

3. Quem exerce a função de coordenação dos cuidados na saúde bucal da AB/ESF?

4. Quais as estratégias adotadas pelas equipes de SB para assegurar a coordenação dos cuidados no âmbito da AB/ESF?

5. Quais são os fatores facilitadores e limitadores à coordenação dos cuidados das ações e serviços em saúde bucal na AB/ESF?

6. O que você entende por integralidade?

7. Como se dá a integralidade dos serviços de saúde bucal no sistema municipal de saúde?

8. Quais as estratégias utilizadas para promover a integralidade?

9. Quais são os fatores facilitadores e limitadores para a integralidade das ações e serviços de bucal no sistema municipal de saúde?

Enviar

**ANEXO****ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP-FS/UnB**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **060/12**

Título do Projeto: “Análise descritiva da coordenação de cuidados de saúde bucal pela equipe de saúde bucal estratégia saúde da família em cinco Capitais Brasileiras”.

Pesquisadora Responsável: Edson Hilan Gomes Lucena

Data de Entrada: 07/05/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **060/12** com o título: “Análise descritiva da coordenação de cuidados de saúde bucal pela equipe de saúde bucal estratégia saúde da família em cinco Capitais Brasileiras”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 12 de junho de 2012.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 10 de julho de 2012.

Prof. Natália Monsore  
Coordenador do CEP-FS/UnB