

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

ÉRICA MICHELLE GONÇALVES DE LIMA FREITAS

**ANÁLISE DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL EM UMA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Alfenas/MG

2023

ÉRICA MICHELLE GONÇALVES DE LIMA FREITAS

**ANÁLISE DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL EM UMA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira.

Alfenas/MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Freitas, Érica Michelle Gonçalves de Lima.

Análise da referência e contrarreferência entre atenção primária e secundária em saúde bucal em uma microrregião de Minas Gerais : estudo exploratório / Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas. - Alfenas, MG, 2023.
107 f. : il. -

Orientador(a): Alessandro Aparecido Pereira.

Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.

Bibliografia.

1. Atenção secundária à saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Epidemiologia. 4. Saúde Bucal. 5. Integralidade em saúde. I. Pereira, Alessandro Aparecido, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

**AValiação DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL EM UMA
MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas, pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Odontologia.

Aprovada em: 16 de fevereiro de 2023

Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - MG

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - MG

Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - MG



Documento assinado eletronicamente por **Alessandro Aparecido Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 27/02/2023, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Coelho de Lima, Professor do Magistério Superior**, em 02/03/2023, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Murilo César do Nascimento, Professor do Magistério Superior**, em 14/03/2023, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0921539** e o código CRC **7986618F**.

Dedico, primeiramente, a Deus, que me dá a alegria de viver todos os dias. Dedico a meu marido e minha filha, que são fonte de inspiração e a toda minha família, pelo companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores do Programa, pelo vasto conhecimento ministrado, que tanto me engrandeceu.

À equipe da Coordenação do Curso, sempre atenciosa e atenta às necessidades dos docentes e discentes.

Ao Professor Dr. Alessandro Aparecido Pereira, meu orientador, a todo tempo disposto a auxiliar com seu conhecimento e disponibilidade.

Ao Professor Dr. Eric Batista Ferreira, pela contribuição no trabalho e pela disponibilidade em transmitir seu conhecimento.

Aos colegas de curso, pela parceria.

A meu marido João Henrique e minha filha Alice, pela paciência, companheirismo ilimitado e pela alegria de viver a cada dia.

A toda minha família, por me inspirarem a ir mais longe.

Aos cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa, e fizeram com que os resultados fossem possíveis.

Às Secretarias de Saúde Municipais que, com sua presteza, fizeram possível a realização da pesquisa.

À Fapemig, pelo apoio financeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

E finalmente, a todos que contribuíram de alguma forma para que essa tarefa fosse cumprida.

RESUMO

A implementação da atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil da referência e contrarreferência entre atenção primária e secundária em saúde bucal na microrregião de saúde Alfenas/Machado, em Minas Gerais, segundo a perspectiva dos cirurgiões-dentistas atuantes nas unidades de atenção básica. Realizou-se um estudo de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, utilizando um questionário semi-estruturado, como instrumento de coleta de dados, redigido no Google Forms e enviado via e-mail aos 80 cirurgiões-dentistas inseridos no atendimento na atenção primária em saúde bucal dos 16 municípios pertencentes à microrregião de interesse. Foi enviado, no mesmo e-mail, o TCLE, para realização do esclarecimento sobre a pesquisa voluntária. Foram realizadas três tentativas de contato para cada profissional. O profissional que não respondeu à solicitação foi excluído do estudo. Após a coleta, os dados primários desta pesquisa foram registrados em planilhas do software Microsoft Excel® 2010 e Epiinfo 7. Foram calculadas estatísticas descritivas, distribuições de frequências e apresentadas representações tabulares e gráficas. Testes de independência de qui-quadrado (5% de significância) foram aplicados para identificar possível associação entre variáveis. Todos os testes, análises e gráficos foram feitos no software R versão 4.2.1 (R CORE TEAM, 2022), por meio do programa RStudio versão 2022.02.3+492 (R STUDIO TEAM, 2022). Como resultados, encontrou-se referência para atenção secundária em 95% dos 16 municípios avaliados. Grande parte dos encaminhamentos são realizados para as duas Universidades de Odontologia do município polo da microrregião (Alfenas-MG) (53%). Existe apenas um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), na cidade de Poço Fundo, que correspondendo apenas a 21,6% dos encaminhamentos realizados nessa microrregião. As especialidades mais encaminhadas foram Endodontia (26,7%), Cirurgia (25%) e Periodontia (22,8%). A maioria dos profissionais que não encaminham para o atendimento especializado orienta aos usuários a procurar por atendimento particular (61,5%). Em relação ao número de encaminhamentos, 36,7% dos profissionais realizaram vinte ou mais encaminhamentos, 26,7% realizaram de 10 a

20 encaminhamentos, 23,3% encaminharam de 5 a 10 pacientes. O tempo de espera para atendimento na atenção especializada variou de 0 a mais de 2 meses, com moda de 15 dias a um mês (33,3%). Quanto ao retorno do paciente à unidade de origem, após o atendimento especializado, a maior parte dos cirurgiões-dentistas (71,2%) afirmou que ocorre esse retorno. Por fim, a maioria dos cirurgiões-dentistas acreditam que o sistema de referência e contrarreferência da microrregião pode melhorar (85%). Relações significativas foram encontradas entre as variáveis cidade e local de encaminhamento ($p < 0,003$), cidade e número de encaminhamentos ($p < 0,001$), cidade e tempo de espera ($p < 0,04$) e entre cidade e contrarreferência ($p < 0,04$). Conclui-se que há referência para atendimento especializado na microrregião de interesse, porém os profissionais não estão satisfeitos com o serviço. As principais especialidades odontológicas são atendidas, o número de encaminhamentos e o tempo de espera foi conhecido. Constatou-se a necessidade da existência de Centros de Especialidades que atendam de forma suficiente toda a população.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde; atenção à saúde; epidemiologia; saúde bucal; integralidade em saúde.

ABSTRACT

The implementation of secondary care is currently a major challenge for achieving comprehensiveness in the Unified Health System (SUS). The difficulties encountered in this path are definitely the obstacles to comprehensiveness. The objective of this study was to know the profile of referral and counter-referral between primary and secondary oral health care in the Alfenas/Machado health micro-region, in Minas Gerais, according to the perspective of dentists working in primary care units. An exploratory, descriptive study was carried out, with a quali-quantitative approach, using a semi-structured questionnaire, as a data collection instrument, written in Google Forms and sent via e-mail to the 80 dentists inserted in the attendance at the primary oral health care in the 16 municipalities belonging to the micro-region of interest. The TCLE was sent in the same e-mail, in order to clarify the voluntary research. Three contact attempts were made for each professional. The professional who did not respond to the request was excluded from the study. After collection, the primary data of this research were recorded in Microsoft Excel® 2010 and Epiinfo 7 spreadsheets. Descriptive statistics, frequency distributions were calculated and tabular and graphical representations were presented. Chi-square independence tests (5% significance) were applied to identify possible associations between variables. All tests, analyzes and graphics were performed in the R software version 4.2.1 (R CORE TEAM, 2022), through the RStudio program version 2022.02.3+492 (R STUDIO TEAM, 2022). As a result, reference to secondary care was found in 95% of the 16 municipalities evaluated. A large part of referrals are made to the two Universities of Dentistry in the center of the microregion (Alfenas-MG) (53%). There is only one Dental Specialty Center (CEO), in the city of Poço Fundo, which corresponds to only 21.6% of the referrals made in this micro-region. The most referred specialties were Endodontics (26.7%), Surgery (25%) and Periodontics (22.8%). Most professionals who do not refer users to specialized care advise users to seek private care (61.5%). Regarding the number of referrals, 36.7% of professionals made twenty or more referrals, 26.7% made 10 to 20 referrals, 23.3% referred 5 to 10 patients. The waiting time for assistance in specialized care ranged from 0 to more than 2 months, with a mode of 15 days to one month (33.3%). As for the patient's return to the unit of origin, after specialized care, most dentists (71.2%) stated that this return occurs. Finally, most dentists believe that the referral and

counter-referral system of the microregion can be improved (85%). Significant relationships were found between the variables city and place of referral ($p < 0.003$), city and number of referrals ($p < 0.001$), city and waiting time ($p < 0.04$) and between city and counter-referral ($p < 0.04$). It is concluded that there is a reference for specialized care in the micro-region of interest, but professionals are not satisfied with the service. The main dental specialties are served, the number of referrals and the waiting time was known. It was verified the need for the existence of Specialty Centers that sufficiently serve the entire population.

Keywords: secondary care; delivery of health care; epidemiology; oral health; integrality in health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Redes de Atenção à Saúde.....	41
Figura 2 –	Mapa Físico do Estado de Minas Gerais (IBGE).....	54
Figura 3 –	Divisão por Macro e Microrregiões conforme Ajuste 2019 (PDR-SUS/MG).....	57
Gráfico 1 –	Tempo de inserção dos profissionais na atenção primária, por intervalo.....	63
Gráfico 2 –	Tempo médio de atendimento do usuário encaminhado para a atenção secundária, Alfenas-MG, 2022.....	68
Gráfico 3 –	Respostas à questão “ Os pacientes referenciados retornam para sua unidade de origem?”, Alfenas-MG, 2022.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Municípios por agrupamento de microrregiões.....	57
Quadro 2 – Quantitativo de cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica em 2022, por município.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência de cirurgiões-dentistas atuantes na microrregião de Alfenas/Machado, Alfenas-MG, 2023.....	62
Tabela 2 –	Locais de encaminhamento para atenção especializada dos usuários atendidos nas unidades de saúde e orientação fornecida quando não houver esse encaminhamento, Alfenas-MG, 2023.....	65
Tabela 3 –	Relação de independência entre as variáveis cidade e local de atendimento, Alfenas-MG, 2023.....	65
Tabela 4 –	Relação de independência entre as variáveis cidade e número de encaminhamentos nos últimos 6 meses, Alfenas-MG, 2023.....	66
Tabela 5 –	Percentual de encaminhamentos realizados nas unidades de saúde, nos últimos 6 meses de atendimento e para quais especialidades, Alfenas-MG, 2023.....	67
Tabela 6 –	Relação de independência entre as variáveis local de encaminhamento e especialidade atendida, Alfenas-MG, 2023.....	67
Tabela 7 –	Relação de independência entre variáveis selecionadas, Alfenas-MG,2023.....	69
Tabela 8 –	Retorno dos pacientes da atenção secundária para atenção primária (contrarreferência), Alfenas-MG, 2023.....	70
Tabela 9 –	Relação de independência entre variáveis locais de encaminhamento,cidade e contrarreferência, Alfenas-MG, 2023.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
IDH	Índice Médio de Desenvolvimento Humano
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBS	Programa Brasil Sorridente
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PNSB	Programa Nacional de Saúde Bucal
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....	28
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E BRASIL SORRIDENTE (PNSB).....	30
2.4	OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs).....	34
2.5	RAS (REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE) E O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).....	38
2.6	AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....	43
3	OBJETIVOS.....	51
3.1	OBJETIVO GERAL.....	51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
4	METODOLOGIA.....	52
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	52
4.2	ASPECTOS ÉTICOS E AUTORIZAÇÃO	52
4.3	CENÁRIO DA PESQUISA.....	52
4.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	56
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	58
4.6	COLETA DE DADOS.....	58
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	60
4.8	DIVULGAÇÕES DE RESULTADOS E RELEVÂNCIA SOCIAL.....	60
5	RESULTADOS.....	62
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	62
5.2	RESULTADO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS.....	64
6	DISCUSSÃO.....	73

7	CONCLUSÃO.....	80
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICES	88
	APÊNDICE A.....	88
	APÊNDICE B.....	89
	APÊNDICE C.....	91
	APÊNDICE D.....	95
	ANEXOS	100
	ANEXO I	100

1 INTRODUÇÃO

A saúde, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, é um direito fundamental do povo brasileiro garantido pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo assistencial com acesso universal, igualitário, integral e descentralizado (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2000b).

A maioria dos países que possuem sistemas públicos de saúde tem como princípio a promoção da equidade no acesso aos serviços, porque este reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade. O SUS é um dos amplos sistemas públicos de saúde do mundo que garante assistência gratuita para a população. O financiamento do SUS, na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado, levando em consideração a base populacional e a incorporação de indicadores que possam refletir as necessidades e mensurar as desigualdades em áreas geográficas distintas (MEDEIROS, 1999).

A fim de alcançar as diretrizes constitucionais e de superar a fragmentação dos serviços de saúde, o SUS tem pautado a sua organização na forma de Redes

de Atenção à Saúde (RAS) em um arranjo intercalado de dispositivos coordenados pela atenção primária à saúde que é a porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção. Seguindo a diretriz da descentralização, as RAS obedecem a um arranjo regional com base populacional e territorial (BRASIL, 1990). As redes de atenção são vistas como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatoriais hospitalares; a média complexidade formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras) (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), importante programa criado em 1994, é vista atualmente como estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da atenção primária no Brasil, reafirma os princípios e os valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família, no seu território de vida. Com base em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção. A articulação deve garantir o foco na identificação de vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social (BRASIL, 2004).

A odontologia foi inserida na Estratégia de Saúde da Família pela Portaria Ministerial Nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Com isso, a saúde bucal tem como grande desafio reformular suas práticas para responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a). A saúde bucal

incorporada a ESF, além de ser vista como uma possibilidade de romper com os modelos anteriores considera as famílias como núcleo social primário (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Com a expansão da atenção primária e o conseqüente aumento da demanda por procedimentos com maior grau de complexidade, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Inicialmente, a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, a expansão da atenção primária. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, até pouco tempo, se limitava a procedimentos de baixa densidade tecnológica, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal. No Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003, realizado pelo Ministério da Saúde, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Brasil Sorridente, que investe na expansão da Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o repasse do nível federal para municípios e redefinindo suas ações. Inicia a implantação de uma rede de referência e contrarreferência, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), agrega a reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), expande a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil, além de melhorias nos serviços estabelecidos, buscando a maior qualificação dos serviços (LUCENA *et al.*, 2011).

A partir de então, houve uma contínua ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil com o aumento do número de ESB. A cobertura de saúde bucal na APS passou de 20,5 % em 2003 para 52,1% em setembro de 2018 (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008). A saúde bucal passa a se constituir como uma política estruturante de várias interfaces, apoiando-se nas ações de promoção à saúde, no âmbito da atenção básica, na estruturação de uma rede de atenção à saúde, incorporando procedimentos e serviços de média e alta complexidade, e articulando ações de intersetorialidade, como a fluoretação das águas e ações de vigilância em saúde (LUCENA *et al.*, 2011).

O setor de saúde em Minas Gerais se destaca pelas grandes disparidades interregionais, à vista disso, o princípio da equidade neste setor é relevante porque reconhece a diferença entre indivíduos, portanto, eles merecem tratamento diferenciado que possa eliminar ou diminuir a desigualdade. Assim, existindo a opção pela equidade, as pessoas devem ter a oportunidade de acesso ao serviço. Por estar marcado por desigualdades, o estado de Minas Gerais tem grandes desafios em lidar com a persistência de problemas e enfermidades que comprometem a saúde da população, ao passo em que vão se tornando cada vez mais acentuadas e significativas. Assim, as políticas de saúde precisam ser incorporadas as demais políticas sociais e econômicas, com a objetivo de assegurar a sua efetivação. A situação de vulnerabilidade das populações menos favorecidas se traduz na falta de proteção social, porque esta é oriunda de implicações da forma com que as políticas de proteção social são delineadas. Contudo, estas devem se traduzir em uma abordagem integral, adotando-se uma perspectiva de proteção que incorpore a garantia da assistência social, com sistemas de cuidado para populações que se encontrem em situação de vulnerabilidade e viabilize uma estrutura que possa atender a necessidades de saúde dessa população (MEDEIROS, 1999).

Em municípios de pequeno porte, como os pertencentes a microrregião de saúde estudada, sem a população necessária para constituir uma rede de saúde bucal com todos os pontos de atenção, existe a necessidade do arranjo regional, processo dificultado pela divergência de interesses dos gestores. Além disso, a estruturação da atenção primária deve estar muito organizada na região para evitar encaminhamentos desnecessários e sobrecarga do serviço especializado. Podemos encontrar altas taxas de coberturas de equipes de Saúde Bucal em municípios com pequeno porte populacional, nos quais com pequeno número de equipes se alcança com mais facilidade coberturas próximas a 100% da população. Contudo ainda permanecem modelos inadequados de oferta, cobertura e gasto público em saúde, uma vez que o modelo dá ao gestor local a liberdade de organização de redes municipais e não torna clara a organização e o financiamento de redes regionalizadas de atenção à saúde (FIGUEIREDO; GOES 2009).

Na microrregião avaliada, as opções de acesso à atenção secundária são diversificadas e individualizadas, caracterizando-se por possuir vários locais para o encaminhamento de pacientes, entretanto, sem a adequada relação entre eles. Isso

se dá pelo fato de pertencerem a diferentes gestões. Surge então, a necessidade de composição de parcerias visando à melhoria das relações entre os municípios, atenção básica e atenção especializada.

O estudo traz aspectos relevantes relativos à contribuição para a ciência, através da pesquisa clínica realizada a partir de profissionais de saúde. Podemos conhecer a prática realizada pelos profissionais e o que as implicações clínicas podem trazer de benefícios para a população. Vale ressaltar também, a importância do estudo com a ligação entre os profissionais da atenção básica e os estudos acadêmicos. Essa aproximação visa conhecer as necessidades populacionais, visto que os princípios do SUS precisam, para serem exercidos, dessa discussão sobre os assuntos de interesse dos usuários.

A realização desse estudo trouxe os resultados e o impacto das ações odontológicas realizadas pelos municípios no que diz respeito à resolutividade das ações nos serviços de atenção secundária. A partir de uma coleta de dados com os profissionais atuantes na atenção básica dos municípios avaliados, pretendeu-se conhecer a realidade local e, conhecer sugestões de ações a serem realizadas para que a população adscrita a esse território tenha garantido seu direito constitucional à integralidade do cuidado em saúde. Buscou-se conhecer os problemas encontrados, e sugestões para melhorias dos mesmos, como, como melhorias na gestão, melhor relacionamento entre unidade de origem e unidade de atendimento especializado, além da importância do entendimento da satisfação do profissional atuante na unidade de saúde, que influencia diretamente na satisfação do usuário.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde em 1990, delineou um novo modelo de política de saúde pautado na equidade e integralidade das ações, o qual, baseado em propostas como universalização do acesso e democratização das ações levou a uma transição do modelo da medicina curativa e individual para o modelo universal e coletivo à população, privilegiando o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Permitiu-se também, uma mudança tanto filosófica, na forma de se pensar a saúde, quanto de organização da prestação de serviço, tendo a partir de então a proposta de um modelo de atenção à saúde, englobando a promoção, a prevenção e a assistência, de forma universal com base nos princípios de equidade, integralidade e com participação social (RONCALLI, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), traz no seu artigo 7º do capítulo III, os princípios e diretrizes do SUS seguintes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência (entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema), preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde (sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie) e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde. Traz também o princípio da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, sobre a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a participação da comunidade. Também rege sobre a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (regionalização e hierarquização) (BRASIL, 1990).

A criação do Sistema Único de Saúde foi como uma “carta fundadora” de uma nova ordem social, que se chocou com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e segmentação no campo da atenção à saúde. A organização da assistência foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS, com o desafio de substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda, por um modelo centrado no usuário (SILVA *et al.*, 2020).

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 1990).

O sistema concebido na constituição de 1988 para financiar o acesso universal e integral à saúde marcou, indubitavelmente, um avanço importante na consolidação do SUS. Neste sistema, o Estado almeja garantir o atendimento mínimo vital a todos, como um princípio de justiça social; e em se tratando da distribuição de recursos públicos, a equidade é tida como um dos mais importantes princípios dos paradigmas de justiça, porém, a aplicação desse princípio repercute diretamente na estrutura de desigualdades de uma sociedade e como a saúde pode ser vista como um bem público, isto acaba acarretando em uma série de implicações para as decisões alocativas, deste modo os sistemas públicos de saúde acabam se defrontando com os desafios de proporcionar os serviços de saúde com a restrição de recursos financeiros (MEDEIROS, 1999).

A maioria dos países que possuem sistemas públicos de saúde tem como princípio a promoção da equidade no acesso aos serviços, porque esse “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade”. O SUS é um dos amplos sistemas públicos de saúde do mundo que garante assistência gratuita para a população (MEDEIROS, 1999).

Compreende-se que os serviços de saúde, quando baseados nas necessidades, tendem a ser mais eficientes, porque podem apresentar uma maior eficiência em perceber e responder as necessidades em saúde dos distintos grupos populacionais, considerando que os sistemas de saúde devam buscar a equidade como princípio que o oriente, para alcançar uma melhor situação de uma população

na área da saúde. Com a escassez de recursos há exigências de adequação na distribuição dos serviços de saúde, à vista disso, as políticas públicas de saúde guiadas pelo princípio da equidade exigem que maior atenção deva ser dada às localidades em que se identificam maiores necessidades em saúde (MEDEIROS, 1999).

As tentativas de transformações do modelo assistencial no Brasil foram despertadas com o avanço de dois programas de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991, com o intuito de cooperar para a diminuição das mortalidades materna e infantil, em especial nas regiões Nordeste e Norte e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF estabelece um marco funcional em direção à transição do método assistencial brasileiro, determinando a necessidade de reconsiderar as vigentes práticas. Na circunstância contemporânea da organização da saúde brasileira, o PSF tem realizado um papel programado para a composição e edificação do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A sustentabilidade dos sistemas de saúde, baseada no modelo tradicional de atenção, apresentava evidente sinal de esgotamento, com questionamento sobre a cultura da busca pelo especialista e da oferta em regime de livre demanda. A Estratégia Saúde da Família se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas. Esta Estratégia foi adotada como prioritária na reorganização e na expansão da Atenção Primária em Saúde no país, sendo implantada em 1994 com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (modelo médico hegemônico), orientado para a cura de doenças (CALADO, 2002). No Brasil, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (LUCENA *et al.*, 2011).

Esse programa caracteriza-se como modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2006a). Com a proposta de intervir nos fatores de risco e promover a qualidade de vida, a ESF baseia-se no trabalho em equipe, com a definição de território e população adscrita, o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes, a abordagem multiprofissional e intersetorial, além de práticas continuadas de avaliação, visando o alcance da atenção integral à saúde (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2009).

Quando da criação da Estratégia Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) não foram incluídas na composição da equipe; esta inclusão foi regulamentada apenas no ano de 2000, através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28/12/2000, com alocação de incentivo financeiro. Tais políticas promoveram aumento da rede de serviços em todo o país e importante aporte de recursos no financiamento público da saúde bucal. Poderiam ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerassem a lógica de organização da atenção básica. A portaria também, permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de uma ESB para cada duas ESF, para uma relação de 1:1, ou seja: uma ESB para uma ESF (BRASIL, 2004).

Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), só tinha direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social), a exemplo do que também acontecia em outros setores da saúde. Essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo Cirurgião- Dentista (MATTOS *et al.*, 2014).

A inserção da saúde bucal na ESF visou a incorporação dos princípios da territorialização, formação de vínculo com a população, do trabalho em equipe com caráter multidisciplinar, da ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das

ações intersetoriais, do estímulo à participação da comunidade e controle social. A equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo as potencialidades locais para alcançar a integralidade da atenção, rompendo o modelo de saúde bucal fragmentado. Após a implantação da ESF, a odontologia imergiu em um contexto de mudanças, numa ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (MATTOS *et al.*, 2014).

De acordo com a legislação, a atenção básica deve ser alinhada através de um dos tipos de equipe: Equipe de Saúde da Família, Equipe da Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Equipe de Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde. É composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

A Equipe da Atenção Básica deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica de acordo com características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário. As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de

Atenção Básica. A Equipe de Saúde Bucal pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB. Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica ou equipe de Saúde da Família (ESF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra (BRASIL, 2017).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar as equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios. Também é prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família estabelece a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população. Busca ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de medidas individuais coletivas e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Têm como responsabilidades a mapeamento do território, ações de escovação supervisionada, criação de grupos educativos, interconsultas com outros profissionais da equipe e do NASF, realização de visitas domiciliares, construção de fluxos de atendimento e acolhimento e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012).

O Cirurgião-Dentista, dentre suas atribuições deve, entre outras, realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

A inserção da Odontologia também trouxe mudanças em relação ao processo de trabalho das equipes. Além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Para a 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 (BRASIL, 2004).

A promoção de saúde bucal deve ser garantida por meio da implementação de estratégias múltiplas em ambientes diferentes, como residências, escolas, centros comunitários e locais de trabalho. Quanto mais espaços forem identificados para oportunizar esse tipo de prática, maior será a possibilidade de sucesso e mais efetiva será sua ação (JÚNIOR *et al.*, 2015).

A inclusão da saúde bucal na estratégia exigiu uma reorganização da prática odontológica, com as equipes de saúde bucal preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Mas para o efetivo funcionamento da ação, todos os recursos humanos envolvidos necessitam serem sujeitos de um processo de qualificação profissional, que os capacite a participar dos processos decisórios, integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia. É importante e necessária uma maior articulação de todos os setores administrativos do município a fim de implementar políticas públicas

universais, equânimes e integrais em todos os serviços, não somente na área de saúde. É preciso ainda que a própria população, habituada a consumir procedimentos nos serviços de saúde, esteja amparada por políticas públicas saudáveis para valorizar a promoção da saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Através dos estudos e levantamentos epidemiológicos que sucederam a inclusão da Odontologia na ESF, podemos ver um grande avanço, principalmente na cobertura proporcionada nas regiões do Brasil. Em fevereiro de 2002, dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, segundo o Ministério da Saúde, o número de municípios com equipe de saúde bucal aumentou substancialmente para 1.526 em todo país. De dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482, significando um aumento de 334% (BRASIL, 2009).

Segundo o último levantamento epidemiológico nacional (SB Brasil 2010), o Brasil saiu da condição mundial de média para baixa prevalência de cárie. Embora os resultados sejam satisfatórios nacionalmente, chamam a atenção, as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção, também pouca redução da cárie na dentição decídua (18,0%) e 80,0% dos dentes afetados continuam não tratados. O déficit atendimento a idosos é significativo, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos e a prevalência de oclusopatia que requer tratamento em 10,0% dos adolescentes, o que sugere a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos na atenção secundária (SB Brasil, 2010).

Mattos *et al.* (2014) objetivaram discutir a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em cidades de uma microrregião de Minas Gerais (macrorregião Sudeste), sob a perspectiva dos recursos humanos. Com relação à organização da atenção à saúde, a articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea” ainda apresenta entraves, nos municípios da microrregião. Mais de 95% das ESB trabalhavam com uma área definida, porém apenas 39 (81,40%) possuíam o mapeamento da área. O agendamento foi a forma de acesso aos serviços mais considerada (primeira opção) por mais de 90% dos CD e ASB participantes. Para 39 (90,2%) CD e 41 (86,0%) ASB, independente da forma como é feito, o agendamento melhorou o acesso da população aos serviços de saúde bucal, após a inclusão da mesma na ESF, apesar desse acesso restringir-se grande

parte das vezes ao nível primário de atenção, não havendo referenciamento adequado para os níveis secundário e terciário (MATTOS *et al.*, 2014).

Em 2006, a Estratégia de Saúde da Família foi incorporada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerada o marco histórico para a consolidação e expansão da mesma (BRASIL, 2006b).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2006b).

A porta de entrada do SUS é a atenção básica, entendida como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema e caracterizada como um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É regida pelos princípios do SUS e é dirigida a territórios delimitados. Utiliza tecnologia de baixa densidade, oferecendo um rol de procedimentos mais simples e baratos, porém capazes de atender à maior parte dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006b).

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2006b).

Compete à atenção básica assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e

monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004).

Os princípios e diretrizes da Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, e respeitando os princípios constitucionais. São eles: a Universalidade, a Equidade, a Integralidade. E para sua consolidação deveram ser seguidas as seguintes diretrizes: Regionalização e Hierarquização, a Territorialização, População Adstrição, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade e com cuidados integrais, com regulação do acesso e definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços (BRASIL, 2017).

Freitas *et al.*, (2005) objetivaram relatar a avaliação dos secretários municipais de saúde da Zona da Mata Mineira quanto ao consórcio em que estão associados. O objetivo dos consórcios intermunicipais de saúde é fazer com que os municípios desempenhem com maior frequência e eficácia os serviços para a população. O pacto federativo estabelecido na Constituição Federal fixa que as três esferas do Estado são responsáveis pela prestação do serviço público, por meio da implementação das políticas setoriais. Cada nível do Estado tem responsabilidade própria e a atuação deve se dar de forma harmônica, para melhor uso dos recursos públicos. Nesse estudo, foi aplicado um questionário estruturado a 66 gestores de saúde dos municípios associados aos consórcios envolvidos na pesquisa. Quanto à estrutura física, 60,6 % dos respondentes se demonstraram satisfeitos. Neste mesmo contexto indagou-se sobre os equipamentos dos consórcios e pôde-se perceber que 34,8 % dos respondentes não concordam que o consórcio está com equipamentos satisfatórios. Quando questionados acerca dos problemas dos consórcios, percebeu-se uma predominância dos seguintes pontos negativos: carência de especialidades e especialistas bem como existência de conflitos entre os associados (FREITAS *et al.*, 2005).

Um outro estudo avaliou a acessibilidade ao atendimento clínico em saúde bucal na zona urbana do município de Jauru (MT). Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde pertencentes às duas equipes de saúde bucal, além de usuários e não usuários destes serviços. A análise dos dados obtidos evidenciou que a acessibilidade geográfica, quando analisada pelo tempo de marcha até a unidade de saúde, mostrou-se como fator positivo para o acesso às ações odontológicas individuais em Saúde da Família, evidenciando a importância do processo de territorialização. Encontrou-se uma baixa acessibilidade no estudo, indicando a necessidade de reorganização dos processos de trabalho das equipes envolvidas, bem como a formulação de políticas específicas que formule protocolos locais em consonância com as necessidades dos usuários (METELHO FILHO; CHAVES, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E BRASIL SORRIDENTE (PNSB)

Apesar da inclusão da Odontologia na ESF, faltavam subsídios para o alcance de uma atenção integral e organizada. As ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. A assistência odontológica pública no Brasil foi construída historicamente se restringido quase que completamente aos serviços básicos. Apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de inadequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (LUCENA *et al.*, 2011).

É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus

problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades (SCARPARO *et al.*, 2015).

A expansão da oferta na esfera pública na saúde bucal, juntamente com os anseios por mudança no modelo de atenção têm produzido cenários muito heterogêneos. Há locais onde os serviços são organizados exclusivamente para o atendimento por livre demanda, com predomínio de intervenções cirúrgicas de natureza mutilatória, e aqueles onde os atendimentos só ocorrem de forma programada, onde a restrição do acesso é o principal problema. O esforço necessário da gestão setorial é produzir mecanismos que induzam à reorganização do processo de trabalho, particularmente na forma como as equipes de saúde bucal se relacionam com as necessidades de seu território, e criar formas participativas e integradas de porta de entrada que ampliem o acesso e garantam a integralidade do cuidado (CASOTTI *et al.*, 2014).

Surgiu então a necessidade de uma legislação para o desenvolvimento de ações e estratégias frente aos problemas odontológicos existentes na população. Para Pucca Jr (2006), após a criação da ESF e ESB, a assistência odontológica pública brasileira estava sendo prioritariamente desenvolvida para crianças e incluía procedimentos simples, tais como: exodontias, dentística restauradora, pequenas cirurgias e aplicações de flúor; sendo que apenas 3,3% dos procedimentos realizados eram considerados especializados. Dados do SB Brasil 2003 trouxeram resultados alarmantes. Na população adulta, menos de 22% da população apresentava boas condições gengivais, sendo que esta porcentagem, em idosos, diminuía para 10%. Além disso, 30 milhões de brasileiros estavam edêntulos e 28 milhões nunca tinham ido ao dentista (PUCCA JÚNIOR, 2006).

A partir dessa realidade foi criado, em 2004, a nova Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Programa Brasil Sorridente (PBS). Surgiu da premissa da necessidade as ações e serviços que resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para a construção de uma prática efetivamente resolutive (BRASIL, 2004). O Brasil Sorridente com o modelo de atenção à saúde baseado na Atenção Primária foi determinante para o aumento da diversidade de procedimentos prestados no setor. Na fase inicial da política em 2004, existiam 8.951 equipes de saúde bucal. Em 2019, 15 anos após sua implementação, havia 28.298 equipes, em 5026 municípios, resultando em uma cobertura de 87,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2012).

O Programa Brasil Sorridente é constituído por uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde e qualidade de vida da população. Apresenta como principal objetivo, a reorganização da prática, bem como a qualificação das ações e serviços ofertados, por meio de uma série de ações em saúde bucal direcionadas aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde. As diretrizes da PNSB surgem, então, com o propósito de oferecer a viabilização de fluoretação das águas de abastecimento público, a reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família e da atenção odontológica especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2013c).

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas unitárias. Os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica, para a realização desse serviço para a população (LUCENA *et al.*, 2011). Com essa ação, teve-se um grande avanço no benefício para a qualidade de vida dos pacientes. A perda dos dentes, principalmente no idoso, pode ser considerada um fator preditivo significativo para um maior nível de mortalidade, em virtude do comprometimento da qualidade da alimentação. Contudo, a possibilidade de realização desse procedimento na ESF veio como uma aliada para outros indicadores de saúde da população (JÚNIOR *et al.*, 2015).

Preconiza-se também, ações que visam a ampliação e qualificação da atenção básica. São voltadas para prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na atenção básica, ampliação do acesso maximizar a hora-clínica do cirurgião-dentista, para otimizar a assistência (75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência), de 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). Deve também garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o

Plano Diretor de Regionalização e adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi um marco no fortalecimento dos movimentos contra hegemônicos iniciados na década de 80. A qualificação das ações e serviços, a ampliação do acesso, a recuperação da saúde bucal, incluindo a oferta de próteses na APS, o caráter universal, a vigilância, o vínculo e a gestão participativa foram reforçados, seguindo os preceitos da ESF e da PNAB. Para os autores, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal. Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante e será preciso a realização de esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente. Dentre as possibilidades, está a ampliação do engajamento dos gestores e dos profissionais num processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais (SCHERER, SCHERER, 2015).

A análise do cenário da saúde bucal evidencia melhora na cobertura populacional após a implementação da PNSB, com a ampliação da atenção básica e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), demonstraram que, em 2003, 15,9% (27,9 milhões) da população brasileira nunca havia ido ao dentista, enquanto que, em 2008, após a implantação da PNSB, este valor foi reduzido para 11,7% (22,1 milhões) (LEAL *et al.*, 2021).

Lucena *et al.* (2011) objetivaram avaliar a cobertura da saúde bucal as regiões brasileiras após a implementação do Brasil Sorridente em 2004. Este seguiu atuando em 4.843 municípios, o equivalente a 87% das cidades brasileiras com no mínimo uma ESB na Estratégia Saúde da Família. Na região Sudeste, o crescimento foi de 620%, seguido pelas regiões Norte (545%), Nordeste (359%), Sul (312%) e Centro-Oeste (211%). O estado com maior percentual de ampliação no número de equipes foi o Rio de Janeiro (2.206%), seguido por Pará (1.447%), Roraima (1.275%) e Bahia (810%). A única unidade que registrou redução no número de equipes foi o Distrito Federal, onde a quantidade caiu de 20 para 19 entre dezembro de 2002 e junho de 2011 (LUCENA *et al.*, 2011).

Chaves (2011) trouxe resultados em números, bastante surpreendentes para melhor entendimento da implantação do Brasil Sorridente. Em 2010, alcançou-se 20.424 ESB, com cobertura de 34% da população. Observou-se também 853 CEO

em funcionamento e 676 LRPD implantados. Em 2014, observou-se 24.243 ESB implantadas, com cobertura de 38% da população. Quanto aos centros especializados, em 2006, dois anos após sua implantação, havia 498 CEOs em funcionamento e no final de 2014 esse número chegou a 1030 centros implantados no Brasil. A oferta de próteses pelo serviço público odontológico também avançou: 1.995 LRPD em 2014. Os procedimentos denominados “ações especializadas em odontologia” somaram 6,1 milhões em 2002, aumentando para 7,3 milhões em 2006, correspondendo a um crescimento de 18,3% no período entre 2002 e 2006. Ressalta-se que houve mudança na denominação no DATASUS a partir de 2008, passando para o termo “tratamento odontológico de média e alta complexidade”, portanto, são comparáveis, em termos de produção ambulatorial, dados obtidos apenas a partir deste período. Neste grupo, em 2010, foram 3,2 milhões de procedimentos realizados. Somou 3,7 milhões, apontando para um crescimento de 15,3% entre 2010 e 2014 (CHAVES, 2011).

Scarpato *et al.* (2015) analisaram também a cobertura do Programa Brasil Sorridente, 6 anos após sua implantação. Se tratando da cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, observa-se uma pequena ampliação no período analisado, passando de 23,06%, em 2004, para 31,25%, em 2010. Observou-se que os municípios de pequeno porte foram aqueles que mais implantaram equipes de saúde bucal no primeiro ano. Em contrapartida, os municípios de grande porte não aderiram imediatamente à proposta, porém houve um aumento significativo nos anos subsequentes. Quanto à implantação de CEOs, observa-se um grande incremento nos municípios de médio e grande porte no intervalo entre 2004 e 2007. Por outro lado, diferente do que ocorreu no âmbito da Atenção Básica, a implantação de CEOs nos municípios de pequeno porte mostrou-se lenta (SCARPATO *et al.*, 2015).

2.4 OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs)

O Brasil Sorridente trouxe avanços também na área de saúde bucal especializada, visando à atenção integral ao paciente. Dentro das suas três ações principais, está a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, que foi regulamentado em 2006 (BRASIL, 2013c). Visa complementar a organização dos serviços de atenção básica, já que tenciona aumentar a cobertura das ações de média complexidade nos serviços públicos. Tem como objetivo ampliar o

atendimento odontológico e melhorar as condições de saúde da população garantindo a integralidade do sistema, desta forma, tenta reverter o caráter mutilador predominante na saúde bucal (GUERRA, 2009).

Para o funcionamento da recente rede de atenção criada foram desenvolvidos mecanismos de organização e controle, como a sistematização da referência e contrarreferência, como elos da rede de assistência à saúde, permanecendo a Atenção Primária a Saúde como referência e organizadora do cuidado. A interface ideal entre os serviços de atenção primária e secundária deve levar em consideração algumas características como: equidade, quando todos os casos diagnosticados corretamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade, onde todo tratamento necessário deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário; e eficiência e eficácia, garantindo que as referências sejam apropriadas e com mecanismos de triagem adequados; e a contrarreferência assegurada após o tratamento finalizado, ou até mesmo, ao longo do mesmo (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

A necessidade para organizar a prestação de procedimentos de atendimento odontológico de média complexidade tornou-se evidente, a fim de atender aos requisitos do SUS. Esses dados destacaram a gravidade da situação de saúde bucal e também a precocidade de perda dentária, bem como a desigualdade que prevalece no acesso ao serviço odontológico. Com base nesses dados, as políticas públicas de saúde foram desenvolvidas de acordo com o perfil epidemiológico da população e tendo como princípio a integralidade. Assim, o propósito do “Brasil Sorridente” é corrigir distorções na gestão de recursos, realizando novos modos de ação eficazes para garantir maior acesso aos cuidados de saúde bucal, bem como promover a qualificação de profissionais para o atendimento especializado dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas, criados pela Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, são estabelecimentos de saúde registrados no CNES, criados para a realização de serviços de referência, de tratamentos não oferecidos na rede básica de atenção à saúde bucal. São classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, realizando as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia

especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento à portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006a).

Os CEOs devem possuir abrangência regional com base populacional seguindo os critérios de população: CEO Tipo I, deve ter capacidade instalada para atender população referenciada de até 90.000 (noventa mil) habitantes e compostos por até 3 cadeiras. Já o CEO Tipo II, deve ter capacidade instalada para atender população referenciada de 90.001 (noventa mil e um) até 130.000 (cento e trinta mil) habitantes e possuir de 4 a 6 cadeiras odontológicas e por fim, o CEO Tipo III deve ter a capacidade instalada para atender população referenciada de 130.001 (cento e trinta mil e um) até 230.000 (duzentos e trinta mil) habitantes e possuir no mínimo 7 cadeiras odontológicas (BRASIL, 2006a). Os recursos financeiros disponibilizados para custeio são diretamente proporcionais ao número de equipos. Em relação aos serviços, é necessária a oferta mínima de atendimentos nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Lesões de Mucosa e Câncer de Boca, Pacientes com necessidades especiais e Cirurgia Oral menor (BRASIL, 2013a).

Os CEOs foram planejados como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos odontológicos complementares, criando-se um sistema de referência e contrarreferência importante para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde do cidadão. Deste modo, os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro contato com usuários, realização de diferentes ações de saúde e procedimentos clínicos e devem encaminhar aos centros especializados apenas casos mais complexos (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2015).

Uma das dificuldades encontradas na implementação dos CEOs dos é a de desvencilhá-los da caracterização “atalho do SUS”, que toma lugar das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada no sistema de saúde. Quando ocorre esse equívoco, há sinonimização da odontologia do SUS com o centro de especialidades por parte da população, sobrecarga do ponto de atenção secundário e descaracterização da rede de atenção. Apesar de desde 2010 a nova forma de organização de serviços do SUS planejar a inclusão de outros procedimentos como, por exemplo, a ortodontia preventiva e interceptiva, estudos mostram que o maior problema visto atualmente na rede é o de integralidade das ações com a falta de investimento nos pontos secundário e terciário da rede, os quais dão continuidade nos tratamentos (TAVARES *et al.*, 2020).

O processo de pactuação entre o município de referência e os municípios de origem fortalece o CEO como um serviço que ofereça uma atenção integral e de qualidade à população da sua área de abrangência. O estabelecimento de fluxos de referência/contrarreferência e de critérios e priorização para encaminhamento permite a regulação do serviço, que é um sistema logístico fundamental nas redes de atenção à saúde, por incentivar encaminhamentos corretos e permitir que o acesso seja definido com base no grau de risco (BRASIL, 2006a).

As diretrizes da política propõem a ampliação do acesso a todas as faixas etárias e o atendimento integral em todos os níveis, incentivando estados e municípios a implantarem as ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, e a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas, que funcionariam como unidades de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, favorecendo a resolutividade (SCARPARO *et al.*, 2015).

Zina *et al.* (2022) realizaram um estudo e listaram os principais componentes de um modelo assistencial dos Centros de Especialidades Odontológicas. O primeiro componente é o acesso às especialidades odontológicas, que se refere à disponibilidade de serviços odontológicos especializados e o desenvolvimento de ações organizativas para a facilitação do uso destes serviços pelos usuários. Neste contexto, o acesso está relacionado às características dos serviços que permitem que os mesmos sejam facilmente utilizados pelos usuários, inclusive como sinônimo de acessibilidade. A integralidade do cuidado é o segundo componente e contempla a organização do serviço para o desenvolvimento do processo de referência e contrarreferência em saúde bucal e o matriciamento envolvendo os profissionais das unidades básicas de saúde e do CEO. A integralidade é compreendida como a capacidade do sistema de saúde em incorporar as possibilidades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, por meio das interfaces da atenção primária, secundária e terciária. O terceiro componente é a gestão do serviço, e abrange todos os elementos administrativos necessários para que a oferta e o acesso ao serviço odontológico especializado, e a integralidade e o matriciamento com a atenção básica em saúde bucal se desenvolvam, com qualidade, equidade, efetividade e resolutividade. Atribui-se o conceito de gestão como o gerenciamento de um conjunto de variáveis em um serviço de saúde, tais como recursos humanos, processo de trabalho, produtos, e é um importante componente das políticas de saúde.

O estudo de Zina *et al.* (2022) também trouxe resultados quanto a avaliabilidade dos CEOs, demonstrando que o CEO é avaliável. Os pontos positivos à avaliação consistem em uma base teórica coerente, clara e conhecida pelas pessoas interessadas. Esta teoria permite identificar os componentes essenciais do CEO e é completa no sentido em que aborda os diversos elementos que compõem um serviço, quais sejam estrutura, atividades e resultados. Contudo, um aspecto limitante para avaliação do CEO é a quase ausência de informações e definições sobre o processo, ou seja, sobre a operacionalização das atividades cotidianas do serviço. Um segundo aspecto é a limitação da atenção especializada no que se refere à presença de metas. Atualmente, o serviço só possui uma única meta, relacionada à produção mínima mensal das especialidades odontológicas. Não há, por exemplo, metas relacionadas à disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade), apesar destes fatores serem contemplados pelas exigências normativas do serviço. Tais limitações devem ser corrigidas não apenas com intuito avaliativo, mas também para melhorar a operacionalização do serviço, e assim, dos seus resultados (BRASIL, 2006a; SILVA; GOTTEMS, 2017, ZINA *et al.*, 2022).

SILVA *et al.* (2020) realizaram um levantamento das guias de referência e contrarreferência dos pacientes encaminhados para o CEO, durante os últimos três anos em um município do Estado de São Paulo. Diversos cirurgiões-dentistas da rede primária não respeitam o protocolo de atendimento da rede secundária, resultando em um grande número de pacientes com tratamentos que poderiam ser realizados na UBS encaminhados erroneamente ao CEO. Verificou-se a importância da educação continuada a fim de capacitar os cirurgiões-dentistas da rede pública e, também, a necessidade de enfatizar os protocolos de encaminhamento para o CEO (SILVA *et al.*, 2020).

2.5 REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS) E O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

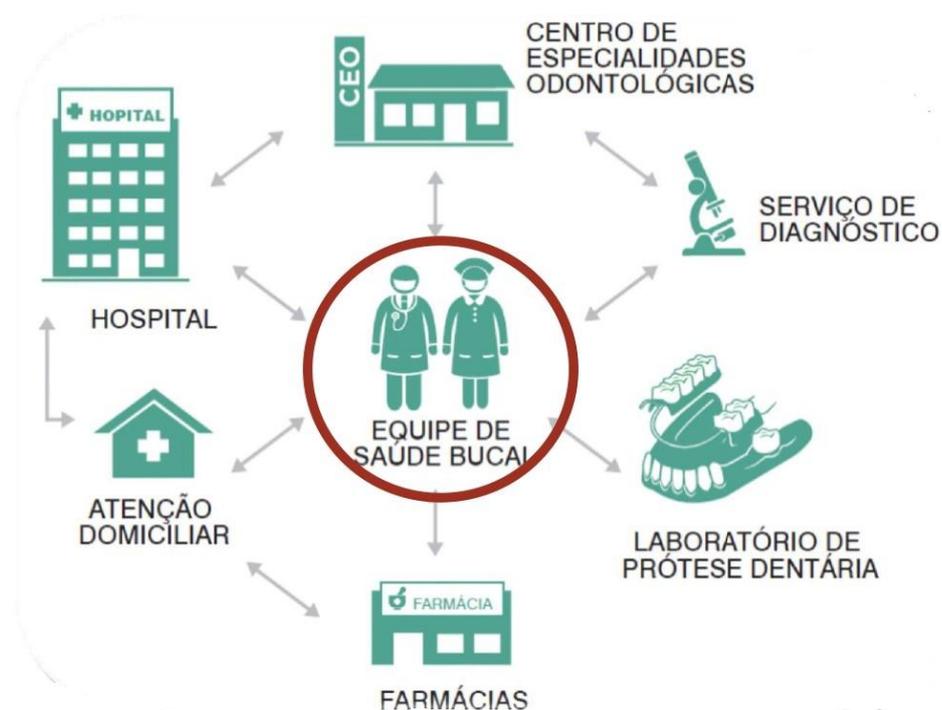
As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade

do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na promoção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

De acordo a Figura 1 as RAS, se organizam por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde, sendo esta ordenadora do cuidado e deve ser dotada de uma resolutividade capaz de atender 85% dos problemas mais comuns de saúde. A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (das redes de atenção à saúde). As condições não passíveis de serem sanadas no nível de atenção primária são encaminhadas, seguindo estruturas de redes poliárquicas e através de protocolos específicos, para a atenção secundária e terciária. Sob a lógica de organização das RAS, é aconselhável que os diversos setores também se organizem dessa forma. O setor de saúde bucal vem se organizando de forma a criar redes de atenção à saúde bucal, nas quais os CEO se constituem em estruturas com a responsabilidade de ofertar cuidados especializados (MENDES, 2009).

Figura 1 - Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Brasil (2010)

Em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB). O PMAQ-AB teve como base a organização clássica de atendimento e qualidade proposta por Donabedian (1973), onde a qualidade é avaliada usando parâmetros de estrutura, processo e resultados. Com a proposta de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos e induzir a ampliação do acesso, o PMAQ-AB buscou garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa elevou os recursos do incentivo federal para os municípios participantes com melhores padrões de qualidade e acesso (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB teve como objetivo melhorar os serviços, qualitativa e quantitativamente, a fim de criar um padrão de qualidade que seja comparável em níveis nacional, regional e local. O principal desafio do PMAQ-AB foi estabelecer uma cultura de avaliação entre os profissionais e gestores da APS que monitoram e avaliam processos e resultados. As Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB receberam incentivos financeiros condicionados à avaliação de

desempenho de sua estrutura, indicadores de saúde, autoavaliação externa de resultados e entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Acompanhar e avaliar as ações relacionadas às Políticas de Saúde Bucal é fundamental para saber como o acesso e a qualidade dos serviços prestados, para implementar medidas corretivas e / ou melhorar as ações e serviços oferecidos no âmbito da APS (BRASIL, 2011; SANTOS *et al.*, 2019).

O PMAQ-AB possuía o objetivo de satisfazer os usuários, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e pela qualidade dos serviços prestados. Para isso, o programa objetivou fortalecer a gestão da Atenção Básica (AB), a qual deve promover a autoavaliação e a educação permanente. O PMAQ-AB possuía o intuito de impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB. Ele também contribuiu financeiramente para municípios que atingem melhorias no padrão de qualidade das equipes da AB. Para que o PMAQ-AB fosse efetivo nos municípios do Brasil, foi necessário, entre outros aspectos, gestão pública de qualidade (FLÔRES *et al.*, 2018).

O PMAQ-AB foi dividido em quatro fases distintas, que compõem um ciclo. A fase 1 do PMAQ-AB foi denominada Adesão e Contratualização onde todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, independente do modelo pelo qual se organizam puderam aderir ao PMAQ-AB. A Fase 2 do PMAQ-AB foi denominada Desenvolvimento e foi implementada por meio da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, realizado pelas equipes de saúde da atenção básica e órgãos institucionais. A Fase 3 do PMAQ-AB foi denominada Avaliação Externa e composta por certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica através do monitoramento dos indicadores de avaliações locais e satisfação dos usuários. A Fase 4 do PMAQ-AB foi denominada Recontratualização, que se caracterizou pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2011).

Júnior *et al.* (2015) realizaram um estudo no município de Fortaleza, nordeste brasileiro, onde buscaram analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). De uma cobertura populacional de 11,77 %, em 2005, passou para 36,84%, em outubro de 2013.

Nessa ocasião, encontravam-se implantadas 267 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 195 Equipes de Saúde Bucal (ESB), mostrando uma grande evolução de cobertura após a implantação (JÚNIOR *et al.*, 2015).

Em 2013, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal. Teve por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas; construir parâmetros de qualidade dos CEOs que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde; fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal; estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEOs (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB e o PMAQ-CEO ao incorporar etapas como a contratualização, o desenvolvimento de autoavaliação e o planejamento de melhorias pela própria equipe, conseguiram apresentar-se como estratégias comprometidas com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes. O PMAQ-AB se propõe a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, sendo como a porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção (CASOTTI *et al.*, 2014).

Utilizando dados secundários apresentados durante o módulo de avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ CEO, Nunes *et al.* (2018) analisaram as ações de planejamento e gestão na organização do processo de trabalho de 930 CEOs. Ao término da análise observou-se que 85,4% das equipes de CEO fizeram o monitoramento das metas estabelecidas para cada especialidade e 73,1% realizaram autoavaliação nos últimos seis meses. Além disso, 65,8% das equipes que fizeram autoavaliação utilizaram o resultado da mesma para a organização do trabalho da equipe. Assim, evidenciou-se a importância dos processos de avaliação em saúde na organização do processo de trabalho (NUNES *et al.*, 2018).

Leal *et al.* (2021) avaliaram o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas após o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que visou por meio da indução de processos, o constante monitoramento dos serviços, buscando

assegurar maior acesso e qualidade à população. Dentre os resultados, a distribuição territorial dos CEO demonstrou desigualdades inter e intrarregional quanto à implantação e à cobertura desses serviços. No território nacional, somente 13,98% dos municípios brasileiros são cobertos por CEO, a maioria Tipo II (50,9%). A região Norte possui o menor número de serviços e a região Nordeste o maior. Entretanto, essas duas macrorregiões apresentaram a maior deficiência, a nível nacional, quanto à estrutura, equipamentos e insumos que influenciam diretamente no serviço ofertado. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram cobertura inferior a 10%. O Distrito Federal e os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram a melhor cobertura de serviços implantados, com 100%, 45,65% e 22,32% dos municípios cobertos, respectivamente. Os estados do Acre, Rio Grande do Sul e Mato Grosso apresentaram cobertura inferior a 5% (Leal *et al.*, 2021).

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), chamada “Previne Brasil”, O Previne Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem. Com este movimento pretendemos enfrentar os desafios não resolvidos da APS no SUS e inovar na organização dos serviços, mantendo, com solidez, os princípios que regem nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e a APS (HARZHEIM, 2020).

Em 2020, surgiu o Projeto SB Brasil 2020, que foi o 5º Levantamento Nacional de Saúde Bucal a ser realizado no nosso país. O SB Brasil 2020 avaliou o perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira em relação às condições e agravos mais prevalentes a fim de proporcionar ao Ministério da Saúde e às instituições do SUS, informações para o planejamento de políticas e programas de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, nas esferas nacional, estaduais e municipais. Ressalta-se, ainda, a relevância de analisar as condições de saúde bucal da população brasileira 16 anos após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente (SES-MG, 2022).

2.6 AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A interface entre a atenção odontológica primária e secundária apresenta três características principais: interdependência, integração e complexidade.

Especificamente, prestadores de cuidados primários e secundários são dependentes uns dos outros, visto que a atenção primária é a principal fonte de encaminhamentos para a atenção secundária uma vez que os pacientes precisam de tratamento especializado. No entanto, os pacientes precisam retornar aos cuidados primários para rotina, cuidados de manutenção (GODOI *et al.*, 2014).

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, faz-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004).

A implementação da atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, através do qual, as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal (VALQUEZ *et al.*, 2014).

Para Mattos *et al.* (2014), em seu estudo realizado em uma microrregião de saúde de Minas Gerais, as principais dificuldades apontadas pelos gestores e cirurgiões-dentistas para que o serviço de referência e contrarreferência não funcione, dizem respeito à falta de recursos humanos capacitados para atividades de média complexidade, ao número limitado de vagas e à falta de centros de referência em Saúde Bucal na região. Ao se tratar do referenciamento, os dados do estudo remetem ao fato de que o acesso à atenção secundária e terciária no modelo de atenção desenvolvido pela saúde bucal ainda é um nó crítico, que precisa ser

analisado e discutido para que possam ser estabelecidas propostas de superação. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento, incluídos no princípio da integralidade da atenção, observou-se que a maioria dos municípios da microrregião ainda não oferece o referenciamento para as ações secundárias e terciárias (MATTOS *et al.*, 2014).

O acesso à atenção odontológica apresenta desigualdades marcantes no Brasil, com indefinições sobre a função dos CEO perante os principais agravos bucais, e está no acesso à Atenção Básica e na melhoria dos indicadores sociais a redução dessas iniquidades. Em contrapartida, a precariedade nas relações de trabalho e as dificuldades no referenciamento para os níveis de maior complexidade comprometem o avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Ademais, para uma prática que ainda está centrada em exodontias e poucas ações preventivas, é necessária uma atenção especializada recuperadora e reabilitadora. Chaves *et al.* (2011) concluíram em seu estudo realizado no estado da Bahia que a avaliação entre a oferta e utilização dos serviços odontológicos aponta a necessidade de revisão das portarias do CEO porque nenhuma relação entre tipo de CEO, número de equipamentos odontológicos instalados e a oferta potencial proposta foi identificadas. Os autores concluíram existir falta de protocolos de referência bem definidos e falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos. As falhas podem ser resolvidas com uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEOs e implantação articulada de um sistema de gestão com a definição das metas de oferta de procedimentos por especialidade (CHAVES *et al.*, 2011).

Goes *et al.* (2012), avaliaram o desempenho dos CEOs do Brasil no ano de 2012, onde foi considerado ruim para a maioria das regiões do país. Apenas 64,4% cumpriram as metas estabelecidas pelo programa. Quanto maiores as cidades, melhores os resultados de serviços da atenção secundária. Municípios com cobertura menor que 50% de ESB na ESF tiveram melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. Os municípios com maior IDH obtiveram melhores resultados (GOES *et al.*, 2012).

Muitos países desenvolvidos estão considerando cuidados integrados para fornecer serviços mais econômicos e de alta qualidade. Vários exemplos de integração bem-sucedida de cuidados primário e secundário foram relatados na literatura, e todos esses exemplos se concentraram em uma combinação de vários,

senão todos, dos seguintes elementos: planejamento, tecnologia de comunicação de informação integrada, gestão de mudanças, prioridades clínicas, incentivos alinhados, atendimento focado na população, medição, desenvolvimento profissional, envolvimento da comunidade / paciente e inovação (ARMITAGE *et al.*, 2009; NICHOLSON; JACKSON, 2013).

Borghini *et al.* (2013) realizaram um estudo na cidade de Piracicaba (SP), onde avaliaram o sistema de referência e contrarreferência nos procedimentos de atenção secundária na área odontológica em relação ao fluxo, à qualidade de atendimento e ao acesso. Quanto ao tempo de espera para o atendimento especializado após o encaminhamento pela atenção básica, 15,84% esperaram uma semana entre o encaminhamento e a primeira consulta no CEO II; 28,71% aguardaram 15 dias; 35,64%, um mês e 17,82 % precisaram aguardar mais de um mês. Em relação à qualidade do atendimento no CEO, 30,69% o classificaram como ótimo; a maioria, 68,31%, o considerou bom e apenas 0,99% relataram que o atendimento foi regular. Em relação às queixas, 95,05%, respondeu negativamente, e apenas 4,95% relatou ter alguma queixa. Os autores concluíram sobre a existência de um fluxo de atendimento de usuários da atenção básica para a atenção secundária em saúde bucal em Piracicaba (SP), tendo os usuários demonstrado satisfação com o atendimento. Mas, a contrarreferência foi significativamente deficiente, considerando que a maioria dos pacientes não voltou para a atenção básica (BORGHINI *et al.*, 2013).

Em 2014, Vazquez *et al.*, realizaram um estudo observatório exploratório com o objetivo de avaliar o referenciamento da demanda de atenção especializada em saúde bucal em Campinas- SP em relação à distribuição da oferta e influência de variáveis socioeconômicas, além de percepção e informações dos usuários sobre a contrarreferência. Como resultados, em relação à contrarreferência, a maioria dos usuários realizou os tratamentos especializados, os quais qualificaram como bom e esperaram menos de um mês para o agendamento. A especialidade Endodontia apresentou 35,9% do total de procedimentos da região Sudoeste e 75,0% da região Norte da cidade, tendo sido a mais ofertada. As especialidades de cirurgia, prótese e periodontia foram responsáveis, respectivamente, por 23,0%, 12,3% e 28,6% na região Sudoeste. Na região Norte, as especialidades de Cirurgia e Prótese foram responsáveis por 17,9% e 6,9%, respectivamente. O trabalho concluiu que o modelo de gestão, com ou sem a instalação do CEO, não influenciou na distribuição das

referências da atenção secundária em saúde bucal, já que foram avaliadas duas regiões com a distinção da existência ou não do CEO (VAZQUEZ *et al.*, 2014).

Lino *et al.* (2014) descreveram e analisaram os procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais. Foram executados 707.559 procedimentos em 2.547 unidades de saúde distribuídas em 693 (81%) municípios, no ano de 2010. Destes procedimentos, 55% foram da área de cirurgia, 28% da periodontia e 17% são da endodontia. As unidades são predominante públicas, sob administração municipal, 52,5% possuem alguma equipe de saúde bucal, 96,9% não tem habilitação como Centros de Especialidades Odontológicas. Os CEO são mais eficientes que as demais unidades, mas há importante percentual que não cumpre as metas do Ministério da Saúde. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO (LINO *et al.*, 2014).

Outro estudo foi realizado com o propósito de descrever e analisar a interface entre a atenção primária e a atenção secundária em saúde bucal, utilizando-se dos serviços odontológicos de urgência, no município do Recife, de maneira a identificar como se encontra a integração entre estas unidades, na perspectiva da organização de redes assistenciais. Ao término da análise dos dados coletados através de entrevistas junto aos Cirurgiões Dentistas, observou-se que o conhecimento dos profissionais acerca da estrutura da rede de atenção à saúde municipal ainda se encontra bastante arraigado aos conceitos de um sistema fragmentado e hierarquizado. A frágil integração encontrada neste estudo, entre os níveis de atenção e a pouca resolutividade, deixa a desejar inúmeras ações e diretrizes almejadas na Política Nacional de Saúde Bucal. Portanto, deparamo-nos com uma rede parcialmente desconectada, com um acesso ainda longe de ser universal, o que leva a consciência da indiscutível necessidade de maior integração entre os serviços (AUSTREGÉSILO *et al.*, 2014).

Celeste *et al.* (2014) analisaram a produção odontológica em municípios com e sem CEO. Observou-se um número de procedimentos especializados 50% superior nos municípios com CEO, uma maior taxa de procedimentos em locais com população mais rica e uma associação entre o maior número de equipes cadastradas e um maior número de atendimentos especializados. Verificou-se que em municípios com menos de 10 mil habitantes, a chance de não haver procedimento especializado é 120 vezes maior e que a relação maior de dentistas

no SUS influencia positivamente o número de procedimentos de atenção secundária.

Souza *et. al.* (2015) realizaram um estudo transversal desenvolvido com usuários e dentistas dos CEO de uma região Metropolitana do Nordeste do Brasil. O objetivo do estudo foi analisar formas de encaminhamento dos usuários aos Centros de Especialidades Odontológicas e a interface entre estes e as Unidades de Atenção Básica, considerando a relação de referência e contrarreferência. Seis formas de ingresso ao serviço especializado foram identificadas, sendo as mais freqüentes: a demanda livre (13,8%), referência pelo dentista da Atenção Básica (63,2%) e 36,7% dos usuários não passaram pelo atendimento do dentista da UBS, o que institui o CEO como uma das portas de entrada para o serviço odontológico. Usuários encaminhados pelo dentista da unidade básica de saúde demonstraram mais interesse em realizar a contrarreferência que os demais, enquanto indivíduos sem esse encaminhamento tiveram 1,49 vezes mais dificuldade de conseguir atendimento. Apesar das características do atendimento nos CEO, 77,4% dos dentistas informaram que os usuários não realizaram previamente tratamento odontológico básico. Desta forma, estes dentistas destinam parte do tempo de trabalho para realizar atendimentos de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica, revelando-se, assim, a utilização do CEO como primeira opção para atendimento odontológico. Os autores concluíram que há a necessidade dos serviços efetivarem protocolos de regulação, que culminem na melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada (SOUZA *et. al.*, 2015).

Com o objetivo de conhecer a demanda e o acesso a procedimentos especializados em Saúde Bucal, Costa *et al.* (2018) realizaram um estudo na região de Guanhães-MG, que segundo o Plano Diretor de Regionalização (PGR) é composta por 11 municípios de baixo porte populacional que não possuem referência de atenção especializada em saúde bucal na rede pública. Por meio de questionário específico, 30 cirurgiões dentistas da Atenção Primária registraram 1085 pacientes que foram atendidos no período de julho a novembro de 2016 e que necessitaram de atendimento especializado em saúde bucal. Ao final do estudo, foi observado que a maioria era do sexo feminino (56,6%), com idade entre 13 e 34 anos (52,6%). A endodontia foi a especialidade com necessidade mais frequente (61%), sendo o primeiro molar permanente o dente mais acometido (47,2%). Os desfechos foram registrados para 435 (40,1%) pacientes. Nesses, 19,8% dos

procedimentos foram realizados na própria unidade de saúde e 45,5% foram submetidos à exodontia. De acordo com os autores, nos municípios de pequeno porte, a constituição das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RAS) demanda a necessidade de um arranjo regional. Para essa população, o acesso aos procedimentos de atenção secundária à saúde bucal é obtido apenas na rede privada, o que exclui as pessoas que não possuem meios para arcar com os custos do tratamento (COSTA *et al.*, 2018).

Outro estudo analisou a rede secundária em saúde bucal na Rede de Atenção Materno-Infantil em 136 municípios do estado do Paraná. Os participantes da pesquisa responderam a um questionário composto por 131 perguntas, sendo duas delas sobre saúde bucal. Constatou-se que a organização da atenção secundária em saúde bucal foi identificada em 80,80% dos municípios, faltando, no entanto, integração com a atenção primária. 19,19% dos municípios relataram não haver serviços especializados para a saúde bucal de mães e crianças. Apenas 13,13% dos municípios apresentaram uma ótima integração entre os dois níveis de atenção. Concluiu-se que a atenção à saúde bucal para gestantes e crianças deve ser organizada em redes de atenção integrada para garantir a qualificação da atenção (SCHILLER *et al.*, 2019).

Magalhães *et al.* (2019) avaliaram a atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Belo Horizonte (MG). Os resultados mostraram que os tratamentos apresentaram guia de referência da atenção básica (96,2%), na maioria dos casos. O encaminhamento para o tratamento restaurador foi para o CEO em 81,2% dos casos e finalizado em 24,1% casos. A contrarreferência, após o tratamento restaurador, ocorreu em 58,7% dos casos finalizados. Para os autores, é necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico entre a atenção básica e secundária e, dentro desta última, entre as especialidades, além de um adequado processo de referência e contrarreferência, visando garantir a integralidade do cuidado e a eficiência e eficácia do serviço (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Andrade *et al.* (2020) avaliaram a tendência temporal dos indicadores de monitoramento de produção e desempenho dos serviços de atenção secundária em saúde bucal do Sistema Único de Saúde, no período de 2008 a 2018. O desempenho dos serviços foi definido como ruim para aqueles que não cumpriram nenhuma ou apenas uma das metas estipuladas para quatro especialidades

odontológicas. Todas as análises foram feitas para o Brasil e cada uma das cinco macrorregiões. O trabalho identificou um marcante declínio da atuação dos CEOs no país, no que diz respeito aos procedimentos da atenção básica. Em contraste, no mesmo período, houve um incremento significativo da atuação na área de cirurgia. Observaram-se, ainda, importantes desigualdades entre as macrorregiões, com o pior desempenho dos CEOs nas regiões Norte e Nordeste (declínio na atenção básica e endodontia, tendência estacionária no desempenho ruim e no atendimento de todas as metas), melhor desempenho nas regiões Sul e Sudeste (crescimento em todas as metas, declínio em desempenho ruim) e perfil intermediário para a Região Centro-oeste. Os autores concluíram que as tendências temporais demonstraram uma melhora dos serviços para o Brasil como um todo, mas destacam a importância de avaliação das regiões do país e necessidade de monitoramento constante desses indicadores (ANDRADE *et al.*, 2020).

Galvão e Roncalli (2021) analisaram em nível nacional os fatores associados à disponibilidade de serviços odontológicos especializados nos municípios brasileiros. O maior desempenho quanto à disponibilidade de serviços especializados em saúde bucal esteve associado a municípios com menor porte populacional (67,3%; IC: 61,6-73,0; $P < 0,001$), com menor IDH-M (41,9%; IC: 35,8-48,0; $P < 0,001$) e com menor renda per capita (41,2%; IC: 35,2-47,3; $P < 0,001$) e maior média de equipes de saúde bucal por 10 mil habitantes (50,6%; IC: 46,0-58,4; $P < 0,001$). Os resultados demonstram impactos positivos da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no país, como o cumprimento do objetivo de ampliação da oferta dos serviços de atenção secundária sob o princípio da equidade na assistência (GALVÃO; RONCALLI, 2021).

Percebe-se, através da literatura, a importância de uma correta avaliação do sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal, seja regional ou nacional, onde resultados demonstram a necessidade de melhora nos atendimentos, na gestão e na relação interpessoal entre gestores, buscando o alcance da integralidade prevista pela Lei Orgânica da Saúde e regulamentada pelas Redes de Atenção à Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a referência e contrarreferência entre atenção primária e secundária em saúde bucal na microrregião de saúde Alfenas/Machado, em Minas Gerais, segundo a perspectiva dos cirurgiões-dentistas atuantes nas unidades de atenção básica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais cirurgiões-dentistas que atuam como equipe de saúde bucal ou equipes de atenção básica na região adscrita;
- b) Conhecer as especialidades encaminhadas para atendimento especializado em saúde bucal e a quantidade de encaminhamentos realizados no período de 6 meses, a partir da sua unidade de saúde básica;
- c) Conhecer para onde são realizados os encaminhamentos (locais de referência), o tempo de espera que o usuário aguarda para ser atendido, conhecendo se há o seu retorno do paciente à unidade básica de saúde bucal;
- d) Conhecer o cumprimento do suporte realizado pelos centros de referência às unidades básicas de saúde da região adscrita.
- e) Conhecer a satisfação com os serviços realizados na atenção secundária prestada aos pacientes;
- f) Pontuar mudanças que poderiam ser desenvolvidas, para melhoria no atendimento secundário, para um alcance integral do atendimento ao paciente de acordo com princípios e diretrizes do SUS;

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e transversal, para conhecimento dos encaminhamentos realizados para a atenção secundária nos municípios de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, a partir da visão do cirurgião-dentista de cada unidade básica de saúde da região estudada. A microrregião de saúde Alfenas/Machado, pertence à macrorregião Sul de Saúde do Estado de Minas Gerais.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS E AUTORIZAÇÃO

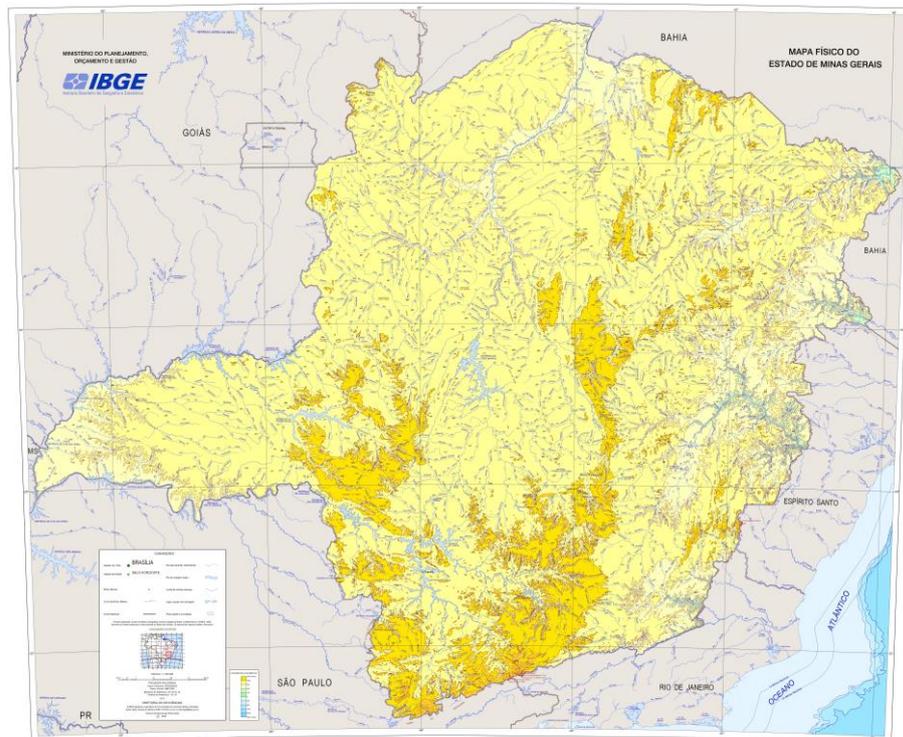
O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas/MG (UNIFAL/MG), obtendo aprovação aos 11 de fevereiro de 2022, sob o parecer consubstanciado do CEP n. 5.239.333 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 52648121.0.0000.5142 (ANEXO I).

Em todos os dezesseis municípios pertencentes à microrregião, foram solicitadas as autorizações junto à Secretaria de Saúde. A pesquisadora principal entrou em contato telefônico com as secretarias, por números disponibilizados no site de cada prefeitura, durante o mês de março de 2022. Na ligação, houve a apresentação dos objetivos da pesquisa e o convite de participação foi realizado ao secretário de saúde de cada município. Aos que aceitaram participar, foi solicitado um e-mail de contato para envio do termo de anuência e termo de utilização de dados (APÊNDICES A e B), para serem assinados e devolvidos pelo mesmo e-mail para a pesquisadora. Requereu-se, também, nesse momento de contato, a disponibilização do quantitativo de profissionais atuantes no período de coleta de dados no correspondente município, e também o contato eletrônico do setor de coordenação bucal do município, seja de atendimento em ESF, centros odontológicos municipais, centros rurais ou qualquer forma de atendimento odontológico na atenção primária.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Minas Gerais possui 853 municípios e apresenta uma área de 586 mil Km², correspondendo a 6,9% do território nacional. É um Estado que está localizado na região sudeste, limitando-se ao norte e nordeste com a Bahia, a leste com o Espírito Santo, a sudeste com o Rio de Janeiro e São Paulo, a oeste com o Mato Grosso do Sul e a noroeste com o Estado de Goiás e com o Distrito Federal (Figura 2) (IBGE, 2021).

Figura 2 – Mapa Físico do Estado de Minas Gerais (IBGE).



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019).

O Estado de Minas Gerais possui uma vasta dimensão territorial, uma grande quantidade de municípios e significativas heterogeneidades inter-regionais, expondo, de certo modo, características que são percebidas para o Brasil como um todo. No último censo, realizado em 2010, o Índice Médio de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,731. A população do Estado se encontrava com 19.597.330 habitantes com uma densidade demográfica de 33,41 hab/km². Em 2021, a população estimada encontrava-se em 21.411.923 habitantes (IBGE, 2019).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, as regionais de saúde foram delineadas a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR, como ferramenta, foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), sendo considerado um instrumento de planejamento e gestão. Na área da saúde o PDR objetiva direcionar a descentralização, com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerando os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas (SES-MG, 2020).

O PDR-MG estabeleceu alguns critérios ou estratégias para a área de abrangência e a máxima distância a ser percorrida para a oferta dos serviços estipulados. Como os serviços ofertados são de diferentes complexidades e demandas o limite crítico e o alcance devem ser também diferentes para cada um deles, como preconizado pela NOAS 01/02. O PDR-MG estabeleceu três tipos de regiões, atendendo as solicitações do Ministério da Saúde. Cada uma delas deveria ser apropriada, para cada nível de atendimento. A menor base territorial de atendimento responsável pela atenção básica é o Município, cabe a cada um deles desenvolver seus sistemas de atendimento básico e as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Este primeiro nível de atenção oferecida pelo SUS é possivelmente o mais importante do ponto de vista operacional, uma vez que representa a melhor alternativa de assistência, com foco direcionado à prevenção e com maior permeabilidade entre os cidadãos. Permitindo o tratamento das moléstias ainda no início, impedindo o agravamento dos quadros patológicos, gerando economia e maior probabilidade de cura. O segundo nível de atenção são as Microrregiões de Saúde, responsáveis pelo atendimento de nível secundário com oferta de serviços classificados como de média complexidade. Finalmente, as Macrorregiões de Saúde se classificam como terceira e maior região hierarquicamente definida, responsável pelos serviços de maior nível tecnológico ou de grande especialidade de diagnósticos conhecidos por serviços de Alta Complexidade (SILVA; RAMIRES, 2010).

O conceito de região adotado pela SES/MG refere-se a um espaço ou área geográfica definida por um conjunto de municípios circunvizinhos, normalmente

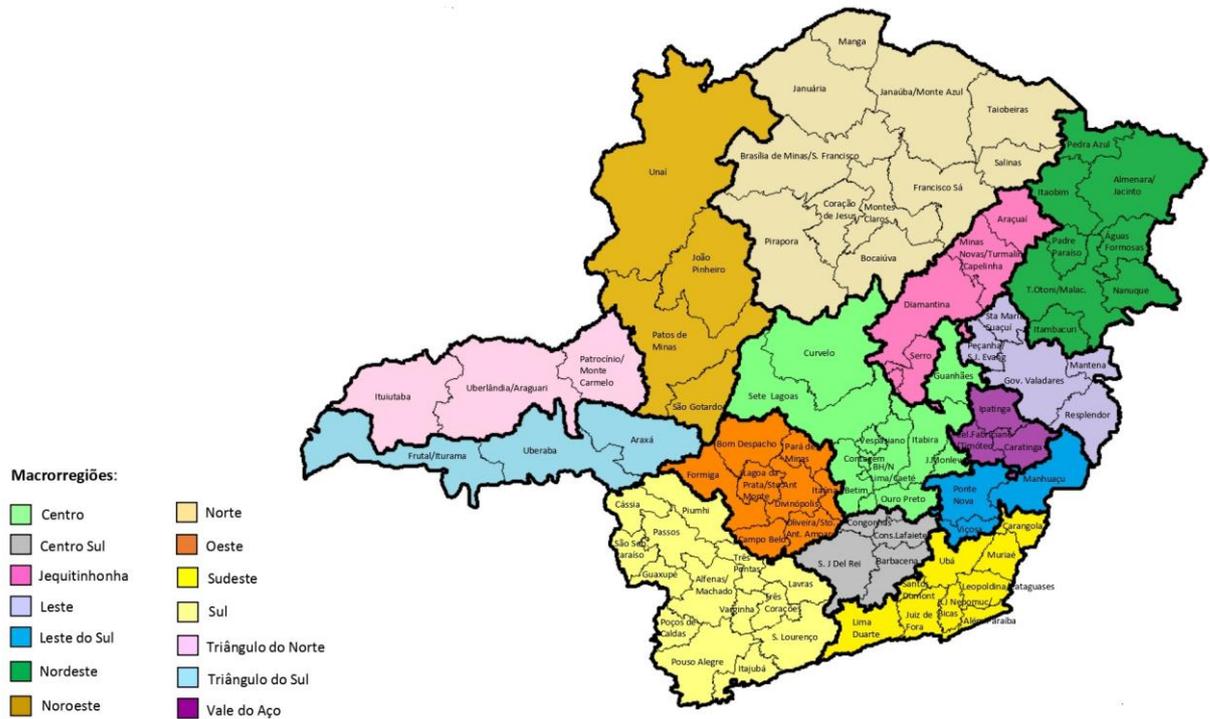
ligados a um município cujos equipamentos, urbanos e de saúde, exercem força de atração (polo) e têm capacidade de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por determinados serviços, geralmente organizados dentro de um perfil de serviços que requer maior e mais diferenciada incorporação de tecnologia (SES-MG, 2020).

A macrorregião é uma base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde correspondente às microrregiões, com população em torno de 700.000 habitantes, as quais ofertam serviços de saúde hospitalares de maior densidade tecnológica. Em síntese, a macrorregião acumula os três níveis atenção terciária, secundária e a básica. A Microrregião de saúde é a base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC), caso da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 100.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro. Em síntese, a Microrregião acumula os elencos da atenção básica e a secundária. Cada “micro” é um território de atendimento da “Atenção Secundária” (SES-MG, 2020).

Através da Deliberação CIB-SUS/MG, foi aprovado pela Comissão Intergestores SUS/MG Nº 3013 de 23 de outubro de 2019, o Ajuste 2019. Antes deste Ajuste, o Estado de Minas Gerais era constituído por 13 macrorregiões, com 19 polos macrorregionais e 77 microrregiões com 101 polos microrregionais. Neste Ajuste, as macros e microrregiões sofreram alterações e o Estado passou a ter 14 macrorregiões, com 23 polos macrorregionais, dentre estes três polos macros complementares e dois polos macros complementares de apoio. O total de microrregiões passou a 89 com 107 polos microrregionais (SES-MG, 2020).

A região do estudo é a microrregião de Alfenas/Machado que está contida na macrorregião Sul do Estado, de acordo com a Figura 3. Apresenta Alfenas como município polo e é composta por dezesseis municípios (QUADRO 1), com população estimada de 425.799 habitantes (SES-MG, 2020). Essa escolha se deu pela necessidade de avaliação específica nessa microrregião, que até então não havia sido realizada.

Figura 3 – Divisão por Macro e Microrregiões conforme Ajuste 2019 (PDR-SUS/MG), Alfenas-MG, 2023.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde-MG (2020).

Quadro 1 – Municípios por agrupamento de microrregiões, Alfenas-MG, 2023.

• **Alfenas / Machado**

Município	Macroregião
Alfenas	Sul
Alterosa	Sul
Areado	Sul
Bandeira do Sul	Sul
Botelhos	Sul
Campestre	Sul
Campo do Meio	Sul
Campos Gerais	Sul
Carvalhópolis	Sul
Conceição da Aparecida	Sul
Divisa Nova	Sul
Fama	Sul
Machado	Sul
Paraguaçu	Sul
Poço Fundo	Sul
Serrania	Sul

Fonte: Minas Consciente - SES/MG (2021).

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo desta pesquisa foi formada pelos cirurgiões-dentistas que atuam no atendimento na atenção primária em saúde bucal da rede pública nos dezesseis municípios da microrregião de Alfenas/Machado. Todas as unidades básicas de saúde bucal da microrregião foram selecionadas para o estudo.

Para cada cidade, foi descrito o número e nome das unidades de saúde bucal vigentes, como demonstrado no Quadro 2. Esse quantitativo foi confirmado com cada gestor municipal, no momento da autorização para a realização da pesquisa e coleta de dados.

Quadro 2 – Quantitativo de cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica em 2022, por município, Alfenas-MG, 2023.

Município	n
Alfenas	15
Alterosa	06
Areado	03
Bandeira do Sul	01
Botelhos	02
Campestre	06
Campo do Meio	05
Campos Gerais	08
Conceição da Aparecida	02
Carvalhópolis	02
Divisa Nova	03
Fama	01
Machado	11
Paraguaçu	08
Poço Fundo	05
Serrania	02
Total	80

Fonte: Própria autora (2023).

Dos profissionais atuantes na microrregião, 20 não participaram do presente estudo, pelos motivos descritos abaixo:

- a) Não responderam a nenhum contato – 11 profissionais (13%);
- b) Responderam ao contato, mas não quiseram participar da pesquisa – 7 profissionais (8,7%);

c) Gozo de férias ou licença – 2 profissionais (2,5%).

Salienta-se que a maior taxa de abstenção foi no município de Machado (7%), seguido por Alfenas (5%).

Do total dos participantes do estudo, quarenta e dois profissionais (70%) eram do sexo feminino e dezoito (30%) do sexo masculino.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos, neste estudo, os cirurgiões dentistas que atuavam nas unidades de saúde bucal da microrregião de Alfenas/Machado.

Foram excluídos os cirurgiões dentistas que atuavam nas unidades de saúde bucal da microrregião de Alfenas/Machado e que não consentiram em participar do estudo, seja por falta de contato, falta de consentimento ou ausência do encaminhamento de resposta ao questionário aplicado.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados e os materiais coletados foram utilizados somente para esta pesquisa, e seguiram as disposições éticas prescritas nas Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2013b). Antes do início da coleta de dados, os participantes foram cientificados dos objetivos, importância, riscos e benefícios da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Após a concordância voluntária, foi solicitada a autorização, por escrito, do interesse na participação, através do TCLE, sendo solicitado ao participante que arquivasse a via eletrônica do documento. Além disso, os participantes foram informados da garantia do sigilo e anonimato dos mesmos, bem como da confidencialidade dos dados coletados.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento na forma de questionário, semiestruturado, autoaplicável, adaptado do instrumento previamente testado e utilizado por Costa *et al.* (2018) em uma pesquisa semelhante realizada na região de Guanhães - MG.

O questionário (APÊNDICE D), contendo questões abertas e fechadas, que foi respondido pelos cirurgiões-dentistas em cada município participante relativos

aos pacientes, encaminhamentos e satisfação, abordando os temas descritos abaixo:

- a) Tempo de inserção do profissional na atenção básica;
- b) Existência de referência para atenção secundária na unidade de trabalho;
- c) Nome dos locais de referências encontradas;
- d) Quantitativo do número de atendimentos dos últimos 6 meses;
- e) Tempo médio que o paciente é atendido na atenção secundária.
- f) Especialidades atendidas e relação do número pacientes x especialidade;
- g) Instrução ao paciente de como continuar o tratamento, em caso de não haver referência para o tratamento;
- h) Sugestões de melhoria no atendimento em saúde secundária do município;
- i) Cumprimento do suporte realizado à unidade básica de saúde pelos Centros de Especialidades Odontológicas;
- j) Retorno dos pacientes para a unidade de origem (contrarreferência).

Após as devidas autorizações realizadas junto às Secretarias de Saúde Municipais, iniciou-se o contato com as coordenações de saúde bucal de cada município, quando existente. Não havendo referida coordenação, foram solicitados os contatos eletrônicos de cada profissional atuante no respectivo município participante.

Realizou-se o contato individual com cada profissional, via e-mail. Nesse e-mail, foi enviado o questionário da pesquisa, onde em sua primeira página encontrava-se o TCLE, para realização do esclarecimento sobre a pesquisa e a autorização, previamente concedida, pelo município. O profissional foi convidado, então, a participar, de forma voluntária. Após, o preenchimento completo do formulário no próprio e-mail, ou na página do Google Forms, as respostas foram enviadas com cópia para a pesquisadora principal ou correspondente e para o profissional, também via e-mail.

Foram realizadas três tentativas de contato para cada profissional, com prazo médio de uma semana entre um contato e outro. Após as três tentativas, o profissional que não respondeu à solicitação, foi excluído do estudo.

A coleta de dados (aplicação do instrumento) foi realizada por uma única pesquisadora, entre os meses de março e abril de 2022.

Para a análise de independência, variáveis foram selecionadas e relacionadas, para a possível descoberta de existência de relação entre elas. As cidades, especificamente, foram agrupadas em cada teste para descobertas específicas de semelhanças entre si.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados é um dos passos mais importantes na investigação epidemiológica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Após o processo de coleta, os dados primários desta pesquisa foram registrados em planilhas do software Microsoft Excel® 2010 e Epiinfo 7. Foram calculadas estatísticas descritivas, distribuições de frequências e apresentadas representações tabulares e gráficas.

Testes de independência de qui-quadrado foram aplicados para identificar possível associação entre variáveis. Os testes foram feitos a 5% de significância. Todos os testes, análises e gráficos foram feitos no software R versão 4.2.1 (R CORE TEAM, 2022), por meio do programa RStudio versão 2022.02.3+492 (R STUDIO TEAM, 2022).

4.8 DIVULGAÇÕES DE RESULTADOS E RELEVÂNCIA SOCIAL

De acordo com Waldman *et al.* (2008), para potencializar o uso dos dados dos inquéritos em saúde e reduzir proporcionalmente os custos é importante que os resultados gerados sejam públicos e possam ser analisados por vários grupos de pesquisadores, de diferentes perspectivas.

Desta forma, após defesa e aprovação desta Dissertação, será enviado um relatório com os principais resultados do estudo às unidades de saúde participantes. Os resultados também serão divulgados na Gerência Regional de Saúde (GRS) da microrregião Alfenas/Machado, devida a relevância social para população em geral.

Espera-se que o conhecimento da situação de saúde bucal da população mensurada nesta pesquisa possa colaborar no planejamento de políticas, ações e intervenções em saúde bucal nos municípios. Mudanças como melhorias na gestão, relação interpessoal e interinstitucional, melhoria dos serviços ofertados com melhoria na burocracia dos atendimentos, visando a redução de filas de espera e de critérios de exclusão. Com essas ações propostas, visa-se também a melhor satisfação de profissional e de usuário em relação aos serviços de atenção secundária prestados na saúde bucal da microrregião.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão descritos os resultados observados em relação a cada variável da pesquisa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A presente análise contou com a participação de 60 cirurgiões-dentistas que atuam nos 16 municípios da microrregião de saúde de Alfenas/Machado, de um total de 80 municípios, o que representa 75% dos profissionais. As cidades com maior participação no estudo foram Alfenas (18,3%), Paraguaçu (11,7%) e Campos Gerais (10%), conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência de cirurgiões-dentistas atuantes na microrregião de Alfenas/Machado, Alfenas - MG, 2023.

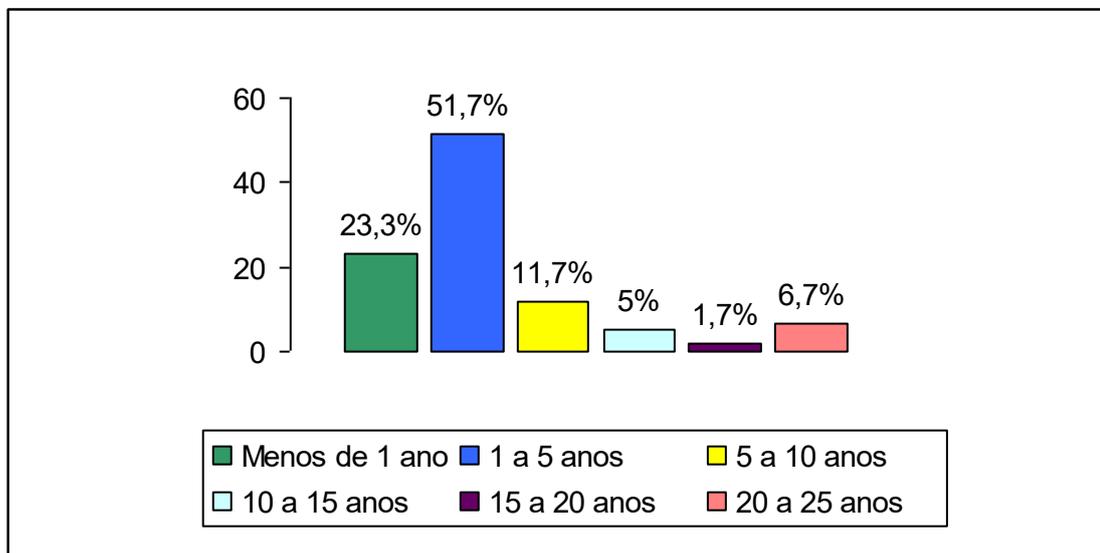
Cidade	n	%
Alfenas	11	18,3
Paraguaçu	7	11,7
Campos Gerais	6	10,0
Campo do Meio	5	8,3
Machado	5	8,3
Alterosa	4	6,7
Campestre	4	6,7
Areado	3	5,0
Poço Fundo	3	5,0
Conceição da Aparecida	2	3,3
Botelhos	2	3,3
Carvalhópolis	2	3,3
Divisa Nova	2	3,3
Serrania	2	3,3
Bandeira do Sul	1	1,7
Fama	1	1,7
Total	60	100

Fonte: Própria autora (2023).

O tempo de inserção dos profissionais na atenção básica do município variou de um a vinte e cinco anos. A maior parte dos entrevistados detinha de um a cinco anos de inserção na unidade de saúde (51,7%). Aqueles com menos de um ano de inserção representaram 23,3%. De cinco a vinte anos, obteve-se o somatório de 18,4% da população de estudo. Apenas 6,7% dos profissionais atuavam na atenção

básica a mais de vinte anos (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Tempo de inserção dos profissionais na atenção primária, Alfenas-MG, 2023.



Fonte: Própria autora (2023).

5.2 RESULTADO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS

A maioria dos profissionais da atenção básica (95%) afirmou que realiza encaminhamento de atendimentos para a atenção especializada, quando necessário, sendo que apenas 5% informaram não haver possibilidade deste encaminhamento, por ausência de referência nos respectivos municípios.

Para os profissionais que realizam o encaminhamento de pacientes para a atenção secundária, questionou-se o respectivo destino, sendo detalhada a cidade e instituição de referência. As duas universidades presentes na cidade polo dessa microrregião (Alfenas), totalizaram a maioria dos encaminhamentos realizados pelos profissionais (53%). O único Centro de Especialidades Odontológicas da microrregião (CEO de Poço Fundo) foi citado como local de encaminhamento de pacientes por treze profissionais (21,6%), ou seja, apenas profissionais de cinco cidades da microrregião (Poço Fundo, Campestre, Machado, Carvalhópolis e Bandeira do Sul), encaminham para o Centro de Especialidades Odontológicas (TABELA 2).

Para os profissionais que não encaminham para o atendimento público especializado na atenção secundária, por motivos diversos, foi questionado sobre a instrução transmitida ao paciente para procura de tratamento especializado, quando

necessário. A maioria dos profissionais orienta aos usuários a procurar por atendimento particular (61,5%), 23,1% orientam a buscar ajuda pública ou particular e 15,4% orientam os pacientes a buscar auxílio na atenção especializada pública, por conta própria (TABELA 2).

Tabela 2 – Locais de encaminhamento para atenção especializada dos usuários atendidos nas unidades de saúde e orientação fornecida quando não houver esse encaminhamento, Alfenas - MG, 2023.

Local de encaminhamento*	n	%
UNIFAL-MG	32	53
Unifenas	32	53
Cursos de Especialização Alfenas	18	30
CEO de Poço Fundo	13	21,6
Cislagos	13	21,6
Hospital Universitário Alzira Velano	10	16,6
Alfenas (prefeitura)	10	16,6
Qual orientação é fornecida ao usuário para continuar seu tratamento?***		
Atendimento particular	16	61,5
Atendimento particular ou Atendimento público por conta própria	6	23,1
Atendimento público por conta própria	4	15,4
Total	26	100

Fonte: Própria autora (2023).

Legenda: * Local de encaminhamento para a realização da consulta especializada.

** Orientação fornecida ao paciente, caso não tenha referência para o atendimento especializado.

Encontrou-se relação significativa entre as variáveis cidade e local de atendimento especializado ($p < 0,003$), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Relação de independência entre as variáveis cidade e local de atendimento, Alfenas-MG, 2023.

	Alfenas	Alterosa, Areado, Botelhos, Campo do Meio, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Serrania	Bandeira do Sul, Carvalhópolis, Machado, Paraguaçu, Poço Fundo	Valor- p^*
CEO-Poço Fundo	0	0	9	0,003
%	0,00	0,00	0,24	
Cislagos-Alfenas	0	1	2	
%	0,00	0,03	0,05	
Especialização Alfenas	11	4	6	
%	0,34	0,11	0,16	
HUAV-Alfenas	1	2	0	
%	0,03	0,06	0,00	
Unifal-Alfenas	10	14	10	
%	0,31	0,40	0,26	
Unifenas-Alfenas	10	14	11	
%	0,31	0,40	0,29	

Fonte: Própria autora (2023).

* Teste qui-quadrado 5%.

Em relação ao número de encaminhamentos realizados para a atenção especializada nos últimos seis meses, 36,7% dos profissionais realizaram vinte ou mais encaminhamentos, 26,7% realizaram de 10 a 20 encaminhamentos, 23,3% encaminharam de 5 a 10 pacientes e 10% realizaram apenas 1 a 5 encaminhamentos. Dois profissionais informaram não haver efetuado nenhum encaminhamento (3,3%) (TABELA 5).

Realizou-se também, teste de independência entre a cidade e número de encaminhamentos realizados. Houve relação significativa entre as variáveis selecionadas ($p < 0,001$), conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Relação de independência entre as variáveis cidade e número de encaminhamentos nos últimos 6 meses, Alfenas-MG, 2023.

	Alfenas	Alterosa, Bandeira do Sul, Campo do Meio, Campos Gerais, Conceição da Aparecida, Fama, Machado	Areado, Botelhos, Campestre, Carvalhopolis, Divisa Nova, Paraguaçu, Poço Fundo, Serrania	Valor- p^*
0	0	0	2	0,001
%	0,00	0,00	0,08	
1 a 5	0	3	3	
%	0,00	0,13	0,12	
5 a 10	1	10	3	
%	0,09	0,42	0,12	
10 a 20	2	10	4	
%	0,18	0,42	0,16	
>20	8	1	13	
%	0,72	0,04	0,52	

Fonte: Própria autora (2023).

* Teste qui-quadrado 5%.

No que se refere às especialidades para as quais os pacientes são encaminhados, a Endodontia foi a mais apontada, presente em 26,7% das respostas, seguida de Cirurgia (25%), Prótese (22,8%), Periodontia (10,6%), Pacientes Especiais (8,7%) e outros (6,7%), que inclui aqui Ortodontia, Pacientes Pediátricos e Estomatologia. Foram incluídos aqui, todos os tratamentos especializados encaminhados, dentre Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, ou serviços realizados em centros especializados, como Universidades e cursos de pós-graduação (TABELA 5).

Tabela 5 – Percentual de encaminhamentos realizados nas unidades de saúde, nos últimos 6 meses de atendimento e para quais especialidades, Alfenas-MG, 2023.

Qual número de encaminhamentos dos últimos 6 meses?	n	%	
Mais de 20 encaminhamentos	22	36,7	
De 10 a 20 encaminhamentos	16	26,7	
De 5 a 10 encaminhamentos	14	23,3	
De 1 a 5 encaminhamentos	6	10	
Nenhum	2	3,3	
Specialidades encaminhadas	n	%	
Endodontia	48	26,7	
Cirurgia	45	25	
Prótese	41	22,8	
Periodontia	19	10,6	
Pacientes Especiais	15	8,3	
	Estomatologia	7	3,9
Outros	Odontopediatria	3	1,7
	Ortodontia	2	1,1

Fonte: Própria autora (2023).

Realizou-se também, teste de independência entre o local de encaminhamento e especialidade atendida, não havendo relação significativa entre as duas variáveis ($p < 0,9937$), conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Relação de independência entre as variáveis local de encaminhamento e especialidade atendida, Alfenas-MG, 2023.

	CEO	Cislagos	Especialização	HUAV	Unifal	Unifenas	Valor- p^*
Cirurgia	13 (0,11)	10 (0,09)	17 (0,15)	6 (0,05)	33 (0,29)	35 (0,31)	0,9937
Endodontia	13 (0,1)	11 (0,08)	21 (0,16)	7 (0,05)	39 (0,3)	39 (0,3)	
Estomatologia	2 (0,11)	1 (0,05)	4 (0,21)	1 (0,05)	6 (0,32)	5 (0,26)	
Odontopediatria	0 (0)	0 (0)	2 (0,33)	0 (0)	2 (0,33)	2 (0,33)	
Ortodontia	0 (0)	0 (0)	2 (0,33)	0 (0)	2 (0,33)	2 (0,33)	
Pacientes Especiais	2 (0,06)	2 (0,06)	7 (0,21)	2 (0,06)	10 (0,29)	11 (0,32)	
Periodontia	7 (0,13)	5 (0,09)	8 (0,15)	3 (0,06)	16 (0,3)	15 (0,28)	
Prótese	9 (0,08)	12 (0,1)	21 (0,18)	7 (0,06)	35 (0,3)	34 (0,29)	

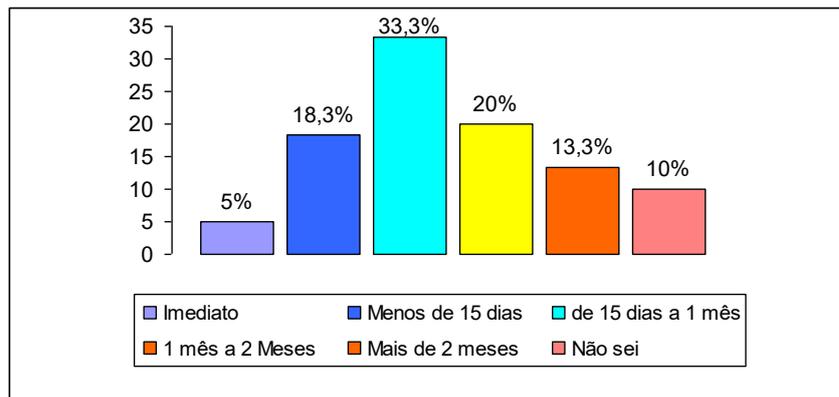
Fonte: Própria autora (2023).

* Teste qui-quadrado 5%.

Para a questão relacionada ao tempo médio de espera do usuário para ser atendido na atenção especializada, 33,3% afirmaram que os pacientes conseguiram

atendimento de 15 dias a um mês, 10% não souberam responder, por não ter o acesso aos atendimentos especializados. As demais respostas seguem descritas abaixo (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Tempo médio de atendimento do usuário encaminhado para a atenção secundária, Alfenas-MG, 2023.



Fonte: Própria autora (2023).

Na realização do teste de independência entre o local de encaminhamento e o tempo de espera para o atendimento na atenção especializada, não houve relação significativa entre essas duas variáveis ($p < 0,8545$). Em contrapartida, na comparação da cidade e tempo de espera, o valor aparece significativo ($p < 0,04$). Para a comparação da especialidade atendida e o tempo de espera, não foi enumerada significância ($p < 0,986$) (TABELA 7).

Tabela 7 – Relação de independência entre variáveis selecionadas, Alfenas-MG, 2023.

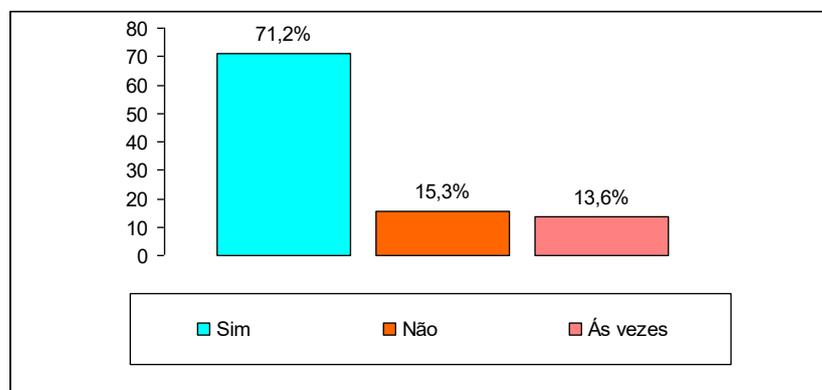
Local de encaminhamento e tempo de espera							
	0 meses	<0,5 meses	0,5 a 1 mês	1 a 2 meses	>2 meses	Não sei	Valor-p*
CEO	0 (0)	2 (0,15)	5 (0,38)	3 (0,23)	3 (0,23)	0 (0)	0,8545
Cislagos	1 (0,08)	1 (0,08)	3 (0,23)	1 (0,08)	4 (0,31)	3 (0,23)	
Especialização	0 (0)	2 (0,09)	13 (0,59)	4 (0,18)	1 (0,05)	2 (0,09)	
HUAV	1 (0,11)	1 (0,11)	3 (0,33)	2 (0,22)	1 (0,11)	1 (0,11)	
Unifal	2 (0,05)	7 (0,16)	17 (0,4)	8 (0,19)	5 (0,12)	4 (0,09)	
Unifenas	2 (0,05)	7 (0,16)	18 (0,41)	8 (0,18)	4 (0,09)	5 (0,11)	
Cidades e tempo de Espera							
	Alfenas	Alterosa, Areado, Campos Gerais, Carvalhopolis, Conceição da Aparecida, Machado, Serrania	Bandeira do Sul, Botelhos, Campestre, Campo do Meio, Divisa Nova, Fama, Paraguaçu, Poço Fundo	Valor-p*			
0 meses	0 0,00	3 0,12	8 0,32	0,04			
<0,5 meses	0 0,00	2 0,08	6 0,24				
0,5 a 1 mês	0 0,00	1 0,04	2 0,08				
1 a 2 meses	7 0,64	7 0,29	6 0,24				
>2 meses	3 0,27	7 0,29	2 0,08				
Não sei %	1 0,09	4 0,17	1 0,04				
Especialidade atendida e tempo de espera							
	0 meses	<0,5 mês	0,5 a 1 mês	1 a 2 meses	>2 meses	Não sei	Valor-p*
Cirurgia	0 (0)	8 (0,17)	18 (0,39)	10 (0,22)	6 (0,13)	4 (0,09)	0,986
Endodontia	1 (0,02)	7 (0,14)	19 (0,37)	12 (0,24)	7 (0,14)	5 (0,1)	
Estomatologia	0 (0)	1 (0,12)	6 (0,75)	0 (0)	1 (0,12)	0 (0)	
Odontopediatria	0 (0)	0 (0)	2 (0,67)	0 (0)	0 (0)	1 (0,33)	
Ortodontia	0 (0)	0 (0)	2 (1,00)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Pacientes Especiais	0 (0)	3 (0,2)	5 (0,33)	6 (0,4)	0 (0)	1 (0,07)	
Periodontia	1 (0,05)	4 (0,2)	7 (0,35)	3 (0,15)	3 (0,15)	2 (0,1)	
Prótese	1 (0,02)	6 (0,14)	19 (0,43)	8 (0,18)	6 (0,14)	4 (0,09)	

Fonte: Própria autora (2023).

* Teste qui-quadrado 5%.

Os profissionais também foram questionados sobre o retorno do paciente a sua unidade de origem. A maior parte dos cirurgiões-dentistas (71,2%) afirmou que o paciente retorna de seu tratamento especializado para atendimento na unidade básica de saúde. Enquanto que 15,3% dos profissionais afirmaram que o paciente não é contrarreferenciado e 13,6% responderam que parte dos pacientes voltam à unidade de saúde (GRÁFICO 3).

Gráfico 3 – Respostas à questão “Os pacientes referenciados retornam para sua unidade de origem?”, Alfenas-MG, 2023.



Fonte: Própria autora (2023).

Para os casos de não retorno do paciente referenciado a sua unidade de origem, o profissional foi questionado sobre o motivo. Para 42,1% dos profissionais, o usuário já finalizava seu tratamento na atenção especializada referenciada. A mesma proporção de profissionais (42,1%) afirmaram que os usuários não retornavam pela longa espera pelo tratamento. Uma pequena parte (10,5%) relatou que os pacientes não retornavam pela falta de contrarreferência. Um profissional não soube responder o motivo do não retorno do usuário (TABELA 8).

Tabela 8 – Causas do não retorno dos pacientes da atenção secundária para atenção primária (contrarreferência), Alfenas-MG, 2023.

Tratamento finalizado	8	42,1
Longa espera	8	42,1
Ausência de contrarreferência	2	10,5
Não sei responder	1	5,3
Total	19	100

Fonte: Própria autora (2023).

Foi realizado teste de independência entre as variáveis local de encaminhamento e contrarreferência dos pacientes, não encontrando valor significativo ($p < 0,9678$). Na comparação entre as cidades e contrarreferência, encontrou-se relação significativa ($p < 0,04$) (TABELA 9).

Tabela 9 – Relação de independência entre variáveis locais de encaminhamento, cidade e contrarreferência, Alfenas-MG, 2023.

Local de encaminhamento e contrarreferência				
	Sim	Não	As vezes	Valor- <i>p</i> *
CEO	11 (0,85)	0 (0)	2 (0,15)	0,9678
Cislagos	9 (0,69)	2 (0,15)	2 (0,15)	
Especialização	15 (0,68)	4 (0,18)	3 (0,14)	
HUAV	6 (0,67)	1 (0,11)	2 (0,22)	
Unifal	32 (0,74)	4 (0,09)	7 (0,16)	
Unifenas	32 (0,73)	5 (0,11)	7 (0,16)	
Cidades e contrarreferência				
	Alfenas	Alterosa, Conceição da Aparecida, Machado	Areado, Bandeira do Sul, Botelhos, Campestre, Campo do Meio, Campos Gerais, Carvalhopolis, Divisa Nova, Fama, Paraguaçu, Poço Fundo, Serrania	Valor- <i>p</i> *
Não	1	3	5	0,04
%	0,09	0,27	0,14	
As vezes	2	4	2	
%	0,18	0,36	0,05	
Sim	8	4	30	
%	0,73	0,36	0,81	

Fonte: Própria autora (2023).

* Teste qui-quadrado 5%.

Os profissionais foram questionados sobre os serviços do único Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da região, em relação ao cumprimento do suporte realizado nas unidades básicas de saúde. Como descrito a pouco nos resultados, apenas treze profissionais (21,6%) de cinco municípios, relataram encaminhar ao Centro de Especialidade da região. Pontuamos aqui os principais motivos da baixa frequência descritos pelos profissionais, são eles: a falta de cobertura do estabelecimento de atenção especializada na região referida; dificuldades ao paciente como a longa distância para deslocamento ou longa espera para início do tratamento e falta de parcerias entre as unidades de saúde e o centro especializado. Assim, o profissional opta por encaminhar o usuário para outra localidade de atendimento especializado.

Dentre os profissionais que encaminham ao Centro de Especialidades, o total de 67,8% disseram estar satisfeitos com o serviço, contando com profissionais competentes e atenciosos, com uma boa gestão realizada e procedimentos efetuados de forma rápida e eficaz. Já 32,2% dos profissionais que encaminham ao Centro de Especialidades não estavam satisfeitos com o serviço, em virtude das poucas vagas que são disponibilizadas no mês para o atendimento.

Quanto à satisfação dos profissionais com a prestação do serviço de atenção especializada na região, tem-se que 85% dos profissionais responderam que o serviço poderia melhorar e 15% informaram não haver necessidade de melhora.

Como medidas para melhoria do atendimento secundário, os profissionais que responderam afirmativo quanto a essa necessidade, sugeriram, no percentual de 35,2%, que haja melhoria no contato entre os gestores, enquanto 26,8% dos profissionais relataram a necessidade da existência de mais centros de referência na região. A implementação de mais de um Centro de Especialidades Odontológicas foi citado por 21,1% dos profissionais. 11,3% das respostas sugeriram melhora na burocracia e 5,6% a realização de procedimentos mais complexos na atenção básica.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa avaliou a existência de referência e contrarreferência em saúde bucal na atenção secundária nos dezesseis municípios da microrregião de saúde de Alfenas/Machado, no estado de Minas Gerais. Através de estudos analisados (BORGHI *et al.*, 2013; GALVÃO, RONCALLI, 2021), percebemos que os municípios de pequeno porte, como na microrregião estudada, carecem de estrutura para uma completa formação da Rede de Atenção à Saúde, prejudicando os serviços de encaminhamentos para atenção secundária e terciária. O achado chave desse estudo trouxe a existência de referência para atendimento especializado em 95% dos municípios avaliados. Para Schiller *et al.* (2019), a referência aconteceu em 80,80% dos municípios avaliados. Magalhães *et al.* (2019), trouxeram resultados que apresentam referência em 96,2% dos municípios avaliados, corroborando com os resultados dessa pesquisa.

A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza a implementação dos CEO como estratégia principal para ofertar atenção especializada no SUS. Porém, ao observarmos a realidade da região estudada, podemos afirmar que o direito de acesso à atenção especializada não está presente de maneira uniforme em todo o território, deixando lacunas que exigem a articulação dos gestores e a mobilização da população para a elaboração de novas estratégias capazes de suprir essa carência (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Em relação ao perfil dos profissionais participantes (sessenta cirurgiões-dentistas), a maioria era do sexo feminino (70%), e o tempo de inserção na atenção básica variou de um mês a vinte e cinco anos, com mediana de cinco anos. Costa *et al.* (2018) avaliaram profissionais em relação ao perfil e encontraram dados semelhantes, onde 70% profissionais eram do sexo feminino e o tempo de inserção variou de 0 a 14 anos, com mediana de três anos. Na presente pesquisa, encontramos profissionais com mais tempo de inserção comparado ao estudo citado, e o tempo médio encontra-se semelhante.

Constatou-se que o único Centro de Especialidades Odontológicas da região avaliada atende a cinco municípios (Poço Fundo, Campestre, Machado, Carvalhópolis e Bandeira do Sul), relatados por apenas treze profissionais (21,6%). A maior parte das referências para o atendimento especializado na região, encontra-se para as duas universidades da cidade polo dessa microrregião (Alfenas),

totalizando a maioria dos encaminhamentos realizados pelos profissionais (53%). De acordo com a Portaria nº 599 de 23 de março de 2006, para a população da referida regional, seriam necessárias mais unidades de CEO (população estimada de 425.799 habitantes) (SES-MG, 2020). Com a existência de apenas um CEO tipo I (atende uma população referenciada de até 90.000), seriam necessárias a criação de mais quatro unidades de CEO tipo I, para atender o restante da demanda da população, ou, três unidades de CEO tipo II (atende uma população referenciada de até 130.000 habitantes) ou ainda, duas unidades de CEO tipo III (atende uma população referenciada de até 230.000 habitantes).

Percebeu-se, através da análise comparativa de variáveis realizada no presente estudo, que as cidades avaliadas têm um valor expressivo de encaminhamentos concentrados para as Universidades do município polo dessa microrregião (Alfenas-MG). Até mesmo as cidades que possuem referência para o CEO de Poço Fundo não deixam de encaminhar pacientes para as universidades de Alfenas. Observa-se com esses resultados, que as Faculdades de Odontologia prestam um serviço de grande benefício para a sociedade, mas essas parcerias precisam ser melhor estabelecidas para que problemas listados pelos profissionais, como não retorno do paciente e dificuldades de locomoção, sejam resolvidos. Motivos de longa espera e poucas vagas relatados pelos profissionais, pode ser a razão do não atendimento a toda a população necessitada de atendimento especializado de cada município, mesmo com a cobertura do Centro de Especialidades.

A relação de independência entre as cidades que fazem parte da microrregião e o número de encaminhamentos para a atenção secundária realizado pelos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde de cada município foi analisada neste estudo. Encontrou-se, na análise, valor de p significativo, transparecendo que a cidade polo e algumas cidades encaminham uma quantidade superior de pacientes para o atendimento especializado em comparação às outras cidades da mesma microrregião. Essa disparidade não se explica pela densidade demográfica de cada município, mas podemos pontuar alguns razões, como a falta de referência, falta de vagas disponíveis, longa espera e longa distância para o usuário, listados pelos profissionais entrevistados.

O estudo de Goes *et al.* (2012) realizou uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. A maioria dos CEO era do Tipo II (58,2%), com apenas

7,4% de CEO tipo III. A quase totalidade dos municípios investigados era referência de média complexidade em Odontologia segundo o Plano Diretor de Regionalização (90,4%). O maior percentual de CEO (42%) estava localizado em cidades com mais de 100 mil habitantes, porém a distribuição percentual teve a seguinte sequência decrescente: municípios com até 30 mil habitantes (21,6%); municípios entre 50-100 mil habitantes (20,1%) e municípios entre 30-50 mil habitantes (16,3%).

Rios e Colutti (2014), trouxeram que a maior quantidade de CEOs implantados no Brasil encontrou-se no Nordeste, com 357 (38%), seguido do Sudeste, com 337 (36%). A macrorregião com menor quantidade foi o Norte, com 60 (6%). Seguindo a mesma linha de pesquisa, Lino *et al.* (2014) avaliaram os CEOs do estado de Minas Gerais. A frequência de municípios que apresentam CEO foi de apenas 8,3% e ainda existiam microrregiões de saúde que não possuem nenhum CEO (33,8%).

Leal *et al.* (2021) demonstraram que somente 13,98% dos municípios brasileiros são cobertos por CEO, a maioria Tipo II (50,9%) e as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram cobertura inferior a 10%. O Distrito Federal e os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram a melhor cobertura de serviços implantados, com 100%, 45,65% e 22,32% dos municípios cobertos, respectivamente.

Esses resultados, assim como no presente estudo, retratam a realidade desde a implementação e criação dos Centros de Especialidades Odontológicas em 2014, até nos dias atuais. A necessidade de gestão estratégica e correta implementação das RAS nos municípios, gera falta de cobertura para a população que necessita de tratamento especializado e impede que o atendimento seja realizado na integralidade das necessidades do paciente.

No presente estudo, verificou-se que as especialidades mais encaminhadas pelas unidades básicas de saúde foram Endodontia (26,7%), Cirurgia (25%) e Prótese (22,8%), seguidos de Periodontia (10,6%), Pacientes Especiais (8,7%) e outros (6,7%), que inclui Ortodontia, Pacientes Pediátricos e Estomatologia. Para Lino *et al.* (2014), a maioria dos procedimentos especializados foram realizados na área cirúrgica (55,0%), seguido da Periodontia (28,2%) e, por último, os da Endodontia (16,8%). Chaves *et al.* (2011) descreveram que a Endodontia aparece com valores entre 13,7% e 33,4%; na Cirurgia oral menor variou entre 21,2% e 41,3%, e para a Periodontia obteve-se o valor médio de 73,1%. O estudo de

Vazquez *et al.* (2014) trouxe que a especialidade Endodontia apresentou 35,9% a 75,0% dos procedimentos realizados em duas unidades de CEOs, tendo sido as mais ofertadas. As especialidades de Cirurgia, Prótese e Periodontia foram responsáveis, respectivamente, por 23,0%, 12,3% e 28,6%. Costa *et al.* (2018) trouxeram que a endodontia foi a especialidade mais encaminhada (61%), 11% de encaminhamentos para tratamento ortodôntico, cirurgia oral menor (6,1%) e pacientes com necessidades especiais (1,5%). Apenas 0,3% dos pacientes apresentaram necessidade da especialidade de estomatologia. Observa-se uma diferença entre as especialidades encaminhadas em cada estudo e na presente pesquisa. A heterogeneidade dos Estados pode estar associada a essa diferença nas regiões de saúde, podendo inferir-se, ainda, que as localidades disponíveis para encaminhamento dos pacientes não atendem a todas as necessidades da população.

Em relação ao tempo médio de espera do usuário para ser atendido na atenção especializada, este estudo trouxe que grande parte dos usuários consegue atendimento de 15 dias a um mês (33,3%), 20% recebem atendimento de um a dois meses, 18,3% em menos de 15 dias, 13,3% em mais de dois meses, 10% não souberam responder, e 5% são atendidos de forma imediata. No estudo de Borghi *et al.* (2013), o tempo médio de espera foi de 30 dias em 35,6% das respostas. Já no estudo de Vazquez *et al.* (2014) a espera de 30 dias foi alcançada em 63% das respostas. Esses estudos corroboram com o presente estudo, que tem a maioria dos atendimentos realizados em até um mês. Já o estudo de Magalhães *et al.* (2019), que avaliou a contrarreferência da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas, o tempo de espera mediano para o paciente iniciar o tratamento endodôntico, após a referência da UBS para a atenção secundária, foi de cinco meses, contrariamente aos resultados alcançados na presente pesquisa.

Na análise de variáveis do presente estudo, que relaciona tempo de espera e local de encaminhamentos para a atenção secundária, não foi encontrado valores de p significativos, evidenciando que o tempo de espera varia de forma casual entre as localidades de encaminhamento. Em relação ao tempo de espera associado à cidade, encontrou-se valor significativo de p relacionado. Pode-se compreender que na cidade de Poço Fundo, onde encontra-se o único Centro de Especialidades da microrregião, o tempo de espera foi baixo (até 15 dias), em boa parte das respostas.

Infere-se que os pacientes que são residentes da cidade não aguardam mais de 15 dias para iniciar seu tratamento especializado. Para o município de Alfenas e demais, o tempo de espera para o usuário referenciado conseguir agendar um atendimento encontrou-se superior (de 1 a 2 meses ou mais de 2 meses), em boa parte das respostas dos profissionais. Essa lapso maior de tempo para atendimento dificulta o acesso do paciente ao serviço, uma vez que, em algumas situações, o paciente não pode aguardar o tempo de espera para solucionar o seu problema. A alta demanda dirigida a cidade polo da microrregião, Alfenas, pode servir para representar parte do problema exposto.

Vazquez *et al.* (2014) destacaram que 86% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciados para atenção básica, enquanto Borghi *et al.* (2013) demonstraram o percentual de 33,3%. Magalhães *et al.* (2019) avaliaram a contrarreferência apenas na especialidade de Endodontia. Após a finalização do tratamento endodôntico, 81,2% dos pacientes foram encaminhados para o tratamento restaurador no próprio CEO e 18,8% foram contrarreferenciados para a atenção básica. Souza *et al.* (2015) trouxeram que 47,4% dos usuários retornam para sua unidade de origem para finalização do seu tratamento. No presente estudo, a maior parte dos cirurgiões-dentistas (71,2%) afirmou que o paciente retorna de seu tratamento especializado para atendimento na unidade básica de saúde. Podemos inferir que a alta taxa corrobora com os principais estudos, comprovando que o paciente referenciado é, na maioria das vezes, instruído a retornar para sua unidade para a finalização do tratamento.

Para análise da relação de contrarreferência, aplicou-se teste de independência obtendo-se valor significativo de p entre a cidade e a contrarreferência, mas não entre local de encaminhamento e contrarreferência.

Ainda em relação ao retorno dos pacientes, no presente estudo 15,3% dos profissionais afirmaram que os pacientes não retornam da consulta referenciada. Os motivos citados são que o usuário já finalizava seu tratamento na atenção especializada referenciada (42,1%), ou que não retornavam pela longa espera pelo tratamento (42,1%), ou ainda, pela falta de contrarreferência do estabelecimento de saúde especializada (10,5%). No estudo de Vazquez *et al.* (2014) os usuários não retornaram por: falta de tempo (24,2%), problemas particulares (27,1%), trabalho (10,4%) ou procuraram atendimento particular (27,1%). Já para Borghi *et al.* (2013) os motivos foram porque simplesmente não procuraram (66,6%); acharam que não

era necessário (23,0%) ou não conseguiram marcar a consulta (10,2%). Podemos perceber que parte dos usuários, por vários motivos, não retorna para sua unidade de origem. Como consequência, a unidade básica perde o parâmetro do cumprimento da atenção integral ao paciente. A falta de instrução ao usuário quanto à importância da continuidade do tratamento é um dos motivos pelo seu não retorno à unidade de origem. O treinamento profissional para a correta instrução ao paciente, tanto no momento da consulta na unidade de origem quanto na consulta especializada, serviria como um facilitador para o entendimento do usuário quanto a necessidade de seu retorno à unidade de origem. Tem-se, também, que a gestão organizativa e estratégica, visando acompanhar o paciente desde sua saída da unidade (referência) até o seu retorno (contrarreferência), ocupa fundamental ferramenta para a melhoria dos serviços prestados aos usuários.

Dentre os profissionais que encaminham ao Centro de Especialidades, o total de 67,8% disseram estar satisfeitos com o serviço do Centro, contando com profissionais competentes e atenciosos, com uma boa gestão realizada e procedimentos efetuados de forma rápida e eficaz. Já 32,2% dos profissionais não estavam satisfeitos com o serviço, em virtude das poucas vagas que são disponibilizadas no mês para o atendimento. Chaves *et al.* (2011) mostraram como a atuação do CEO também precisa de melhorias no estado da Bahia. Os autores concluíram existir falta de protocolos de referência bem definidos e falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos. Goes *et al.* (2012), consideraram ruim a atuação dos CEOs para a maioria das regiões do país. Também constataram que quanto maiores as cidades, melhores os resultados de serviços da atenção secundária e que na macrorregião Sudeste foi encontrado o maior percentual de serviços que cumpriram o indicador de metas (75,6%). Por fim, no estudo de Borghi *et al.* (2013), os usuários classificaram o desempenho do CEO como bom (68,3%) e o serviço foi classificado como satisfatório, sendo que poucos usuários relataram queixas (4,9%), trazendo diferenças com os demais estudos descritos acima. No presente estudo, o único Centro de Especialidades da região atende de forma competente, de acordo com os profissionais que utilizam o serviço. A necessidade de criação de mais Centros de Especialidades torna-se clara, trazendo que uma correta cobertura da assistência, traria melhorias nos atendimentos aos pacientes. A falta de condições de locomoção, estruturais e recursos humanos resulta na falta de cumprimento da atenção integral e consolidada

desse segmento da atenção à saúde. Nesse aspecto, há necessidades do aprimoramento do planejamento, orientação e consolidação de políticas públicas em saúde bucal. Nas regiões de pequeno porte, como a estudada, é importante o enfrentamento de problemas específicos, como ausência de levantamento epidemiológico municipal, tempo de espera, distância geográfica entre os serviços e comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada (AZEVEDO *et al.* 2022).

Diante do exposto, percebe-se a importância de uma adequação no processo de trabalho, que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica deve se conectar de forma unidirecional com os serviços que atendem a atenção secundária e terciária da sua região, através das Redes de Atenção à Saúde. Um modelo de gestão solidária, organizada e estruturada, pode ser a chave para o acesso à integração entre esses três modelos de atenção. Como limitação desse estudo, lista-se a impossibilidade de comparação com as regionais próximas, que também possuem municípios de pequeno porte, para um correto diagnóstico da saúde bucal na região de Minas Gerais. Mas essa limitação pode despertar novos interesses para futuras pesquisas, trazendo assim, um ponto forte do estudo, uma vez que não havia ainda sido realizado esse tipo de avaliação na região referida, a partir da percepção dos cirurgiões-dentistas. Infere-se também, a real necessidade de um estudo que avalie a satisfação do usuário em relação ao cumprimento das metas do governo para atendimento na atenção especializada, bem como estudos que avaliem as metas dos Centros de Especializados de regiões de pequeno porte, como a estudada. Outra sugestão para pesquisas futuras se baseia na realização de estudos nos dados secundários da região de saúde, para uma comparação temporal dos procedimentos oferecidos e realizados durante esses anos após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

7 CONCLUSÃO

Há referência para atendimento especializado, porém os profissionais não estão satisfeitos com o serviço. Constatou-se a necessidade da existência de Centros de Especialidades que atendam de forma suficiente toda a população.

As principais especialidades odontológicas (Cirurgia, Endodontia, Estomatologia, Pacientes Especiais, Periodontia e Prótese) são atendidas na microrregião. Podemos inferir que a maioria das unidades básicas de saúde encaminham uma quantidade satisfatória de pacientes para o tratamento especializado e o retorno do paciente para a unidade de saúde básica nem sempre acontece.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. B.; PINTO, R. S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 01-11, 2020.
- ARMITAGE, G. D. *et al.* Health systems integration: state of evidence. **International Journal of Integrated Care**, India, v. 9, n. 17, p. e82-2, 2009.
- AUSTREGESILO, S. C. *et al.* A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3111-3120, 2014.
- AZEVEDO, J. S. *et al.* Atenção secundária em Odontologia e a articulação no processo de referência na Rede de Atenção em Saúde Bucal. **Revista da ABENO**, Rio Grande do Sul, v.22, n.2, p. 1701-1706, 2022.
- BORGHI, G. M. *et al.* A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia (Universidade de Passo Fundo)**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, p. 154-159, 2013.
- BRASIL. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília-DF, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM , de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília, DF, 128 p. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações: MS anuncia medidas como a criação de consultórios móveis, reajuste de 100% no recurso para próteses dentárias e habilitação de 96 novos Centros de Especialidades** [página na Internet]. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL, **Portaria GM MS nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012 - Legislação Federal**. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 261, DE 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

CALADO, G.S. **A inserção de equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. 2002. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, 2014.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, 2011.

CHAVES, S.C.L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

COSTA, W. C. L. B; WERNECK, M. A. F.; PALMIER, A. C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Rio Grande do Sul, v. 66, n. 1, p. 70-76. 2018.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University; 1973.

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

METELHO FILHO, A.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da Acessibilidade às Ações Clínicas em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 28, p. 154-182, 2018.

FLÔRES, G.M.S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FREITAS, B. R.; OLIVEIRA, A. R. Avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde da Zona da Mata Mineira: Uma Análise sob a ótica dos Gestores de Saúde. **HOLOS**, Rio Grande do Norte, v. 3,n.1, p. 338–353, 2015.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 01-11, 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1475-1481, 2020.

GODOI, H., MELLO, A.L.S.F., CAETANO, J.C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 (Supl.), p. S81-S89. 2012.

GUERRA, K. C. M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos municípios do Estado do Rio de Janeiro**: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira. 2009. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-96, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Minas Gerais, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/MG>. Acesso em 19 de setembro de 2022.

JUNQUEIRA, S.R.; PANNUTI, C.M.; RODE, S.M. Oral health in Brazil--part I: public oral health policies. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.8-17, 2008.

JÚNIOR, F. I. R. M.; BANDEIRA, M. A. M.; TAJRA, F. S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.147-158, 2015.

LEAL, R. V. S.; EMMI, D. T.; ARAÚJO, M. V. A. A. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 01-23, 2021.

LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p.3879-3888, 2014.

LUCENA, E. H. G. DE; JÚNIOR, G. A. P.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MALACHIAS,I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MAGALHÃES, M. B. P. et al. Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.4643-4653, 2019.

MATTOS, S. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde.** Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0687. Acesso em: 12 de setembro de 2022, IPEA, 1999.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

NICHOLSON, C.; JACKSON, M. J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world—results of a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v.13, n.1, p. 513-528, 2013.

NUNES, M. F.; FRANÇA, M. A. S. A.; WERNECK, M. A. F.; GOES, P. S. PMAQ - CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 01-11, 2018.

OUVERNEY, A.M., NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.143-182, 2013.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1903-1913, 2018.

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

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of Dental Research**, USA, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em 15 de maio de 2022.

RSTUDIO TEAM. **RStudio: Integrated Development Environment for R.** RStudio, PBC, Boston, MA. Disponível em <https://www.rstudio.com/>. Acesso em 15 de maio de 2022.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Cap. 2. p. 28-49. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, T. P. *et al.* What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **PLoS One**, USA, v. 14, n. 4, p. 01-09, 2019.

SCARPARO, A. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em 03 de março de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Minas Consciente**. versão 3.5. Belo Horizonte: SES-MG, 2021. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em 14 de março de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Saúde Bucal 2022**. Belo Horizonte: SES-MG, 2022. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em 05 de janeiro de 2023.

SCHERER, C.L.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n. 98, p. 01-12, 2015.

SHILLER, C. O. A.; BELLANI, W. A. G. O.; WERNECK, R. I.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Atenção Secundária em Saúde Bucal Materno-infantil. **Revista Saúde Pública do Paraná**, Paraná, v. 2, n. 2, p. 107-114. 2019.

SILVA, C. B.; RAMIRES, J. C. R. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. **Hygeia**, Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 60 - 79, 2010.

SILVA *et al.* Dificuldades encontradas nos encaminhamentos de pacientes para atenção secundária de saúde. **Revista de Odontologia UNESP**, São Paulo, v. 49, n especial, p. 74, 2020.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-57, 2017.

SILVA, R.M.; PERES, A.C.O.; CARCERERI, D. L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2259-2270, 2020.

SOUZA, G. C. *et al.* Reference and counter-reference in oral health: regulation of access to specialized dental care centers. **Revista de Salud Pública**, Colombia, v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

SOUZA, T. S. EDITORIAL - "Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente" (Roger Von Oech). **Observatorium: Revista Eletrônica De Geografia**, Uberlândia, v.6, n. 17, p. 01-01, 2014.

TAVARES, S. S. *et al.* O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 127-142, 2020.

VAZQUEZ, F. L. *et al.* Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-255, 2014.

WALDMAN, E. A. *et al.* Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 168-179, 2008.

ZINA, L.G *et al.* Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 01-17, 2022.

APÊNDICE A — Termo de Anuência Institucional (TAI)

Eu, _____, responsável pelo(a) Secretaria de Saúde do Município de _____ estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada “**INFORMAÇÃO QUANTO À ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE ALFENAS/MACHADO**”, e que tem como objetivo principal avaliar a referência e contrarreferência dos atendimentos encaminhados para atenção secundária em saúde bucal nos municípios da microrregião de Alfenas/Machado, coordenada pela pesquisadora Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas, no o período de 01/02/2022 a 31/03/2023.

Os profissionais cirurgiões-dentistas das unidades de saúde bucal, responderão a um questionário, onde deverão fornecer informações quanto a atenção secundária em sua unidade nos últimos 6 (seis) meses, contados do preenchimento do questionário.O supracitado documento será enviado de forma digital ao profissional da respectiva unidade, que participará da pesquisa de forma facultativa, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A pesquisa será realizada em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, com a Lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que tratam dos aspectos éticos em pesquisa e tratamento de dados pessoais envolvendo seres humanos.

Afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, e também nos sigilos das informações coletadas, bem como dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Afirmo ainda que todo procedimento envolvendo participante de pesquisa a ser desenvolvido nesta organização será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas -UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br.

_____, _____ de _____ de 202_

Secretário ou Secretária de Saúde Municipal
(Carimbo se possível)

APÊNDICE B — Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Ao ler e concordar com este Termo, DECLARAMOS que conhecemos e que cumprimos os requisitos das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“INFORMAÇÃO QUANTO À ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE ALFENAS/MACHADO”**, e que tem como objetivo principal avaliar a referência e contrarreferência dos atendimentos encaminhados para atenção secundária em saúde bucal nos municípios da microrregião de Alfenas/Machado.

Declaramos conhecer o conteúdo da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS que trata do uso de prontuários médicos para fins de pesquisa.

Os dados obtidos a partir dos bancos acessados e os procedimentos para o acesso a esses dados estão descritos no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CEP-UNIFAL) e serão preservados em absoluto sigilo, sendo utilizados apenas para os fins específicos desse projeto de pesquisa e a partir da aprovação do referido CEP.

I. Da pesquisadora responsável

Eu, Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas comprometo-me a garantir a adequada utilização das informações coletadas a partir dos bancos e documentos acessados para esta pesquisa, coordenando e supervisionando os trabalhos, manuseando e analisando-os no local e/ou sob as condições estabelecidas pela instituição responsável pela sua guarda, devolvendo-os nas mesmas condições que os recebi.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos e dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Para qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida a apreciação do CEP/UNIFAL-MG.

Alfenas, __ de _____ de 202__

Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas

II. Da instituição responsável pelo banco/base de dados

Eu, _____, secretário ou secretária de Saúde do Município de _____ **AUTORIZO** os pesquisadora Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas a ter acesso às informações quanto ao número de atendimentos através da consulta aos prontuários, que será realizada pelo cirurgião-dentista da unidade onde o mesmo está vinculado que estão sob a responsabilidade desta instituição. Este acesso objetiva levantar dados para a referida pesquisa no período de 01/02/2022 a 31/03/2023.

As informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto e a pesquisadora se compromete a preservar as informações constantes nos bancos de dados acessados, garantindo o sigilo e a privacidade dos mesmos.

_____, ____ de ____ de 202_

Secretário ou Secretária de Saúde Municipal
(Carimbo se possível)

APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de. UNIFAL-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000



Dados de Identificação

Título da pesquisa: Avaliação da assistência na atenção secundária em saúde bucal na microrregião de saúde de Alfenas/Machado

Pesquisador(a) responsável: Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa “Avaliação da assistência na atenção secundária em saúde bucal na microrregião de saúde de Alfenas/Machado” de responsabilidade da pesquisadora Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo, você terá a opção de imprimir uma via desse documento, ou pode me informar um e-mail para que eu possa lhe enviar uma via desse documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a referência e contrarreferência dos atendimentos encaminhados para atenção secundária em saúde bucal nos municípios da microrregião de Alfenas/Machado.
2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário que será aplicado de forma digital, enviado por e-mail, onde o participante terá um tempo para resposta em momento oportuno (prazo de 20 dias).

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos de disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, interferência na rotina do participante, cansaço ou estresse, mas que serão minimizados pela flexibilidade de tempo e local para resposta dos questionamentos, em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando pela obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Risco mínimo de quebra de anonimato, que será minimizado com a garantia da não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato, podendo o participante interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Será garantido também o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. Também poderá ocorrer riscos mínimos relativos à invasão de privacidade ou possibilidade de constrangimento, que serão minimizados com o comprometimento do pesquisador na confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Podem ocorrer também, riscos relativos a desconfortos e constrangimentos quando há falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação, que serão minimizados com a garantia de explicações necessárias para responder as questões, entrando em contato com a pesquisadora, em qualquer momento necessário, reforçando ainda sua liberdade de retirar seu consentimento prévio em participar da pesquisa, em qualquer momento que julgar necessário. Poderão ocorrer também, riscos mínimos relativos a embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais, que serão minimizados pela garantia que não haverá interferência da pesquisadora nos procedimentos habituais do local de estudo ou na vida do participante, garantindo também ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada, garantia ao participante da pesquisa, que somente após ter dado o seu consentimento o questionário será aplicado. A pesquisadora responsável deverá, após a conclusão da coleta de dados, fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Poderão ocorrer riscos mínimos relativos à consulta de prontuários, como, estigmatização (divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação), invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, que serão minimizados com limitação do acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa, garantia da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), já que a pesquisadora não terá acesso aos prontuários, apenas utilizado pelo participante, garantia ao zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos pacientes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para o conhecimento da realidade da região em relação ao atendimento em atenção básica e especializada ao paciente,

para que a partir disso, possamos buscar mudanças para a melhora no atendimento público odontológico

5. Sua participação neste projeto terá a duração de até 20 dias, para que seja respondido o questionário.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários, entrevistas, aulas, cursos, palestras, consultas/exames/tratamentos/etc. totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a coleta e divulgação de dados para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar o(a) pesquisadora Érica Michelle Gonçalves de Lima Freitas, no seguinte email erica.lima@sou.unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de ____ de ____

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável)

APÊNDICE D – Questionário Cirurgiões-dentistas

2. Dados pessoais (Nome, UBS e cidade) *

3. Qual tempo de inserção na UBS? *

4. Há referência para encaminhamento para atenção secundária na sua Unidade? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Em caso de resposta afirmativa a questão anterior, qual a referência?

6. Qual foi número de encaminhamentos nos últimos 6 meses? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
- Menos que 5 encaminhamentos
- 5 a 10 encaminhamentos
- 10 a 20 encaminhamentos
- Mais de 20 encaminhamentos

7. Os encaminhamentos foram para quais especialidades? *

Marque todas que se aplicam.

- Endodontia
- Periodontia
- Cirurgia
- Pacientes Especiais
- Prótese
- Outro: _____

8. Em quanto tempo, em média, o paciente encaminhado consegue ser atendido na atenção secundária? *

Marcar apenas uma oval.

- Atendimento Imediato
- Em até 15 dias
- De 15 dias a 1 mês
- De 1 a 2 meses
- Mais de 2 meses
- Outro: _____

9. Caso não haja referência para encaminhamento, como o paciente é instruído a continuar o tratamento?

10. A referência para atenção secundária pode melhorar na sua UBS? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. De que maneira? (caso resposta afirmativa da questão anterior)

12. Os Centros de Especialidades Odontológicas da sua região estão cumprindo o * papel de suporte na Atenção Básica? Por quê?

13. Os pacientes referenciados voltam para sua unidade de origem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Outro: _____

14. Se a resposta anterior for afirmativa, qual a frequência?

15. Se a resposta for negativa, por quais motivos ele não retorna?

Marcar apenas uma oval.

- Longa espera
- Ele já termina seu tratamento
- Outro: _____

16. Você acha que o sistema de referência e contrarreferência da sua UBS funciona? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Outro: _____

17. Você tem sugestões para melhora no atendimento na atenção secundária à seus pacientes? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE ALFENAS/MACHADO.

Pesquisador: ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52648121.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.239.333

Apresentação do Projeto:

Versão 2. A implementação da atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal. O objetivo desse estudo é avaliar a referência e contrarreferência dos atendimentos encaminhados para atenção secundária em saúde bucal nos municípios da microrregião de Alfenas/Machado. Será aplicado um questionário para cada cirurgião-dentista inserido na estratégia de saúde da família da microrregião, onde serão coletadas informações para a conclusão e análise do atendimento referenciado e contra referenciado dos pacientes atendidos na unidade. Após o processo de coleta, os dados primários desta pesquisa serão registrados em planilhas do software Microsoft Excel® 2010, e para tabulação e processamento de dados será utilizado o programa EPIINFO, o software IBM SPSS 25.0. Posteriormente será realizada a análise estatística descritiva e inferencial de todas as variáveis das respostas dos questionários. Gráficos e tabelas serão apresentados para demonstrar os resultados das variáveis estudadas. Espera-se como resultados, conhecer a realidade da região em relação ao atendimento em atenção básica e especializada ao paciente, para que a partir disso, possamos buscar mudanças para a melhora no atendimento público odontológico. Trata-se de uma Dissertação de Mestrado com financiamento próprio.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.239.333

Análise CEP:

- a. Trata-se de uma Dissertação de Mestrado.
- b. Apresenta financiamento próprio.
- c. Não há indícios de conflitos de interesse

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a referência e contrarreferência dos atendimentos encaminhados para atenção secundária em saúde bucal nos municípios da microrregião de Alfenas/Machado.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar e caracterizar as unidades de saúde bucal da região adscrita nos municípios da microrregião de Alfenas-MG, que atendam como equipe de saúde bucal,
- b) Analisar os atendimentos referenciados para os Centros Especializados, conhecendo sua origem e seu retorno a unidade básica de saúde bucal dos municípios analisados,
- c) Conhecer a proporção de pacientes que tem seu tratamento especializado concluído e que retornam para a unidade de origem,
- d) Conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto à qualidade da assistência prestada aos pacientes na sua região.

Análise CEP:

- a. Claros e bem definidos;
- b. Coerentes com a propositura geral do projeto de pesquisa;
- c. Exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos de disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, interferência na rotina do participante, cansaço ou estresse, mas que serão minimizados pela flexibilidade de tempo e local para resposta dos questionamentos, em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando pela obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Risco mínimo de quebra de anonimato, que será minimizado com a garantia da não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato,

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.239.333

podendo o participante interromper o processo

quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Será garantido também o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. Também poderá ocorrer riscos mínimos relativos à invasão de privacidade ou possibilidade de constrangimento, que serão minimizados com o comprometimento do pesquisador na confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Podem ocorrer também, riscos relativos a desconfortos e constrangimentos quando há falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação, que serão minimizados com a garantia de explicações necessárias para responder as questões, entrando em contato com a pesquisadora, em qualquer momento necessário, reforçando ainda sua liberdade de retirar

seu consentimento prévio em participar da pesquisa, em qualquer momento que julgar necessário. Poderão ocorrer também, riscos mínimos relativos a embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais, que serão minimizados pela garantia que não haverá interferência da pesquisadora nos procedimentos habituais do local de estudo ou na vida do participante, garantindo também ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada, garantia ao participante da pesquisa, que somente após ter dado o seu consentimento o questionário será aplicado. A pesquisadora responsável deverá, após a conclusão da coleta de dados, fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Poderão ocorrer riscos mínimos relativos à consulta de prontuários, como, estigmatização (divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação), invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, que serão minimizados com limitação do acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa, garantia da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), já que a pesquisadora não terá acesso aos prontuários, apenas utilizado pelo participante, garantia ao zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos pacientes (nem mesmo as iniciais)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.239.333

ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

Benefícios:

Justificam os riscos mínimos gerados, pois, este trabalho poderá contribuir para o conhecimento da realidade da região em relação ao atendimento odontológico aos pacientes na atenção básica e especializada, para que a partir disso, possa ocorrer mudanças para a melhora no atendimento odontológico público.

Análise CEP:

- a. Os riscos de execução da pesquisa são bem descritos e avaliados;
- b. Os benefícios oriundos da execução da pesquisa são bem descritos e justificam os riscos;
- c. Para cada risco apresentado foram descritas as medidas minimizadoras adequadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise CEP:

- a. Metodologia da pesquisa: adequada aos objetivos e atualizada;
- b. Referencial teórico: atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Análise CEP:

- a. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): Presente e adequado;
- b. Termo de assentimento (TA): Não se aplica;
- c. Termo de assentimento esclarecido (TAE): Não se aplica;
- d. Termo de Anuência Institucional (TAI) UNIFAL-MG: Presente e adequado.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) Superintendência Regional de Saúde: Presente e adequado.
- f. Folha de rosto: Presente e adequada.
- g. Projeto de pesquisa: Presente e adequado.
- h. Termo de compromisso para a utilização de dados e prontuários (TCUD) da Superintendência Regional de Saúde : Presente e adequado;
- i. Termo de doação: Não se aplica;
- j. Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período de Pandemia(COVID-19): Não se aplica.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.239.333

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação haja visto que todas as solicitações feitas pelo CEP foram atendidas pelos proponentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise a coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1841289.pdf	23/12/2021 18:22:55		Aceito
Outros	TAI_TCUD_8_MUNICIPIOS_2.pdf	23/12/2021 18:22:14	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Outros	TAI_TCUD_8_MUNICIPIOS.pdf	23/12/2021 18:21:23	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.doc	23/12/2021 09:01:14	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTACAO_REVISADO_061221.doc	23/12/2021 09:01:00	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_041221.doc	23/12/2021 09:00:45	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Outros	formulario_enc_2_.jpg	18/10/2021 20:58:46	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Outros	declaracao_compromisso.pdf	18/10/2021 20:33:27	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Outros	TAI_PROF_LEANDRO.pdf	16/10/2021 09:19:10	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CEP.pdf	16/10/2021 09:03:20	ERICA MICHELLE GONCALVES DE LIMA FREITAS	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.239.333

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 11 de Fevereiro de 2022

Daniel Augusto de Faria Almeida

Assinado por:

DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br