

ORGANIZADORAS

Cristine Maria Warmling | Fabiana Schneider Pires



REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R314

Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho / Organizadoras Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-768-6

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.97686

1. Medicina e saúde. 2. Odontologia. 3. Educação. I. Warmling, Cristine Maria (Organizadora). II. Pires, Fabiana Schneider (Organizadora). III. Título.

CDD 610

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e saúde.

Jéssica Oliveira – Bibliotecária – CRB-034/2023

6

*Angélica Teixeira dos Santos
Daniel Feijolo Marconi
Cristine Maria Warmling
Fabiana Schneider Pires*

ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE/RS

INTRODUÇÃO

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, organizou tecnologicamente o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos conceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com as diretrizes desta política, os conceitos de universalidade e integralidade estão em destaque, pois a atenção básica - primeiro nível de complexidade do sistema de saúde – tem a responsabilidade de integrar o cuidado em saúde por meio da coordenação entre os serviços, estruturados pelos sistemas de referências e de contrarreferências, e também através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2006).

A reedição da PNAB, no ano de 2011, aponta em suas diretrizes uma definição muito próxima aos conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS): o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a APS como a porta de entrada preferencial da *rede de atenção*. Esta *rede de atenção* deverá acolher usuários, e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

A PNAB reitera como estratégia um cuidado integral e direcionado às necessidades da população, principal e preferencial porta de entrada, centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado, ordenadora de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, além de ordenar as ações disponibilizadas na rede, destacando o papel de todas as esferas de governo: apoiar e estimular a adoção da ESF como prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2017). Desde 2006, a ESF é a principal proposta governamental/política de reorganização do modelo de atenção à saúde, com apoio político, institucional e econômico do Estado, e instituída como alternativa de consolidação dos princípios do SUS.

S U M Á R I O

SUMÁRIO

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e 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, permitindo conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Ao considerar-se as redes de atenção como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns e ações cooperativas, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral (MENDES, 2010, p. 230)”, entende-se que transformações devam ser realizadas nas ações de planejamento e gestão na direção e na dimensão das redes integradas, que resultem também do monitoramento e avaliação dos processos de trabalho e de resultados nos serviços de saúde. O propósito principal dos procedimentos avaliativos deve ser produzir corresponsabilização das esferas de gestão, reforçando o caráter educativo das políticas (BRASIL, 2005). Assim, acredita-se que o sistema seja capaz de responder às necessidades da população, encaminhando-a aos serviços especializados quando houver necessidade (MENDES, 2010).

Ao estudar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), cabe destacar que a Política Nacional de Saúde Bucal, (PNSB), (BRASIL, 2004) define as diretrizes para a saúde bucal na ESF na perspectiva de criar fluxos para ações mais resolutivas, além de abranger as ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação, buscando uma transformação do modelo de atenção em saúde em todo o país, por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e com ações para a estruturação da atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010).

Estas diretrizes propõem ampliação e qualificação das ações da APS recomendando, para este nível de atenção, o desenvolvimento

SUMÁRIO

de ações de prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e o aumento da resolutividade do pronto atendimento, a implantação de procedimentos mais complexos (como pulpotomias e fase clínica de implantação de próteses dentárias), a ampliação do acesso através de intervenções organizadas por linhas de cuidado e por condições de vida (PIRES; BOTAZZO, 2015).

O redirecionamento no modelo de atenção à saúde bucal incorpora uma nova abordagem para os problemas, de modo a enfrentar um modelo hegemônico (odontológico) que, ao longo dos anos, produziu obstáculos na direção do cuidado integral do paciente/ usuário por fundamentar-se em uma organização do trabalho que distanciou a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, as quais poderiam, em sua função essencial – o coletivo – responder à integralidade (BOTAZZO, 2005).

Ao compreender que o modelo que preconiza a disposição de serviços de saúde em redes de atenção foi assumido pelo SUS, enquanto estratégia de reforma político-organizacional, visando superar as fragmentações do sistema (BRASIL, 2010), parte-se do pressuposto de que gerir uma rede de atenção à saúde e seus elementos essenciais - população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde - exige avaliar os serviços que compõem a rede, suas relações, as posições que ocupam e de que forma conectam-se para criar um objetivo comum (HARTZ 2004; OPAS, 2010; MENDES, 2010; 2011).

Diante das necessidades de reorganização dos serviços de saúde, para atuarem enquanto redes integradas, acentuadas pela ampliação dos serviços de saúde bucal, a PNSB viu-se desafiada a aperfeiçoar os modelos municipais de práticas e os modos de governar, organizando os processos de trabalho cada vez mais na perspectiva de uma rede articulada, plástica e adequada às necessidades da população. Desde então, está proposto pela PNSB um deslocamento das práticas em saúde bucal, buscando a reorganização do modelo de atenção em direção à Promoção da Saúde (PIRES, 2013).

SUMÁRIO

A Promoção da Saúde tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propôs ações intersetoriais de emprego, renda, saneamento, habitação, educação, transporte, lazer e saúde; mas também de mobilização social na busca da melhoria da qualidade de vida da população. Ainda que a avaliação de serviços e programas de saúde possua considerável acúmulo na literatura nacional, a avaliação de redes se apresenta como tema incipiente no campo da saúde coletiva (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Avaliações na área da saúde geralmente se situam em nível de políticas, programas, serviços (entendidos como instituições) ou intervenções. Investimentos nas redes, enquanto objeto de pesquisa, e avaliação são ainda raros na literatura especializada, em especial nas propostas de modelos de avaliação, ainda que sejam contemplados variados aspectos importantes à organização das redes de saúde, como o papel da atenção primária, a integração entre serviços, a interfederatividade e a inteligência epidemiológica. Ou seja, a tradução desses elementos em ferramentas que auxiliem efetivamente análises e processos avaliativos persiste como uma importante lacuna (AMARAL; BOSI, 2017).

Desta forma, compreende-se que identificar o estágio de desenvolvimento da RASB pode elucidar muitos aspectos relacionados ao processo de trabalho em saúde no SUS, trazendo para a discussão tanto as dificuldades quanto as forças que a organização do modelo de atenção em redes pode ter. Neste sentido, esta pesquisa parte da necessidade de se produzir um diagnóstico situacional do modelo de atenção da Rede de Saúde Bucal do município de Porto Alegre, utilizando-se de um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da Rede de Saúde Bucal produzido e publicado por Leal *et al.* (2014) como ferramenta para a construção deste diagnóstico.

A produção de diagnósticos auxilia gestores e equipes de trabalhadores a aumentarem a capacidade de análise e intervenção, e é imprescindível na construção das matrizes teórico-lógicas para a

SUMÁRIO

avaliação em saúde. Da mesma forma, recursos pedagógicos, analíticos e políticos precisam ser desenvolvidos a partir dos processos de avaliação (BRASIL, 2011).

Espera-se identificar e avaliar o modelo de atenção em saúde bucal na RAS de Porto Alegre, discutindo-se os fatores que interferem nas práticas em saúde, os protocolos, fluxos e encaminhamentos. Estas características indicam o formato desta rede, mas ainda de um lugar instituinte. Acredita-se que o modelo de atenção, proposto pela gestão para a RASB de Porto Alegre, constrói-se mesmo é no cotidiano do serviço, em cada ponto da rede, e se encontra permeado por diferentes conformações. E a construção deste diagnóstico é o desafio ao qual se propõe este trabalho.

Com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805, Porto Alegre ocupa o vigésimo oitavo lugar entre as cidades brasileiras, sendo o IDH um indicador comparativo usado para segmentar países segundo os graus de desenvolvido (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). Esse grau de desenvolvimento é calculado a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, assim como pela educação e produto interno bruto (PIB) per capita. Esse índice foi criado no início da década de 1990, diferentemente do PIB per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Atualmente, ainda é a medida de desenvolvimento humano mais conhecida e utilizada em todo o mundo (TORRES *et al.* 2003).

No ano de 2019, em que foi realizado o estudo, os serviços do SUS em Porto Alegre ainda estavam distribuídos nos territórios em 17 Distritos Sanitários (DS), que formavam 8 Gerências Distritais (GD) - área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde responsáveis pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades. Em Porto Alegre, no ano do presente estudo,

SUMÁRIO

estavam assim distribuídas: 1) Centro, 2) Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas, 3) Norte / Eixo Baltazar, 4) Leste / Nordeste, 5) Glória / Cruzeiro / Cristal, 6) Sul / Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga / Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados (Ambulatoriais e Substitutivos).

A organização em distritos sanitários visa aumentar a cobertura dos serviços com uma eficiente inter-relação entre eles, para conseguir equidade, eficácia e eficiência, assegurando acesso aos serviços para a população, segundo seu nível de complexidade. Deve-se mencionar ainda que, nesse processo de construção da regionalização/distritalização da saúde, há a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis. A atenção básica atua como porta de entrada, e é responsável pelo cuidado contínuo do usuário através da rede por onde ele caminha, velando pelo cumprimento do projeto terapêutico do usuário e da equipe de saúde.

A cobertura populacional, pelas Equipes de Saúde da família, atinge atualmente 55,8% da população, sendo a cobertura populacional da Atenção Básica 71,2%. A APS conta com 158 equipes de saúde bucal, dessas, 103 são equipes de saúde da família, com 150 dentistas. A cobertura populacional estimada pela saúde bucal permanece em 37%, abaixo consta uma tabela com o indicativo de primeiras consultas ofertadas no ano de 2016. A primeira consulta é um indicador que oferece parâmetro para medir o acesso da população à saúde bucal (SMS/PMPA, 2017).

Após uma avaliação da cobertura populacional, objetivando diminuir iniquidades, possibilitar acesso às populações desassistidas e reduzir as diferenças entre as unidades de saúde quanto à oferta, demanda e capacidade de atendimento, a rede de saúde bucal no município passou, em 2016, por uma redistribuição das áreas adstritas às unidades de saúde com equipe de saúde bucal. A RAS de Porto Alegre conta com os cuidados a serem vistos a seguir.

Conhecendo o modelo de atenção da RASB de Porto Alegre

O modelo de atenção à saúde atua como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, pelos focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e pelos diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, além dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011 p. 209).

Além dessa concepção, pode-se perceber uma concepção ampliada sobre modelo de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, com a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, como, por exemplo, na promoção da saúde e na prevenção de riscos (TEIXEIRA, 2003).

A crise contemporânea do setor de saúde se deve ao distanciamento entre os sistemas e as necessidades da população. A superação da crise viria com a desfragmentação dos pontos de atenção, por ora incomunicáveis entre si. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde, para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas (LAMAS; CALVO; FREITAS, 2012). Para o sistema único de saúde, vê-se a necessidade de um modelo

S U M Á R I O



SUMÁRIO

mais resolutivo ao longo prazo, e com custo mais baixo, pois o modelo focado em condições agudas fracassou completamente na abordagem das condições crônicas, levando a maiores gastos e insuficiência do serviço, resultando em hospitais superlotados e em uma população doente. O modelo biomédico, além de ter alto custo, é inadequado ao enfrentamento das condições crônicas de saúde e aos determinantes sociais de adoecimento.

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, com práticas orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, social e cultural, de modo a contemplar ações no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde (BRASIL, 1997).

A ESF tem seu foco e organiza o modelo de atenção a partir da atenção básica, seguindo os princípios do SUS. Constitui-se em rede (RAS) e no caso em estudo – no município de Porto Alegre/RS, a RAS está organizada da seguinte forma: tem como porta de entrada (acesso) a unidade básica, que trabalha embasada na lógica da saúde da família, a qual possui adstrição dos territórios a partir das suas necessidades, potencialidades e vulnerabilidades. Nesse modelo, os trabalhadores de determinada unidade precisam se sentir responsáveis por determinado paciente enquanto ele “caminha pela rede”, ‘zelando’ pelo seu cuidado. Por isso, o vínculo entre as equipes e a população torna-se tão necessário.

O cuidado contínuo deve ser para a pessoa e não para a doença, portanto, neste modelo, a ênfase é na promoção à saúde. Considera-se que, para isso, é necessário respeito à cultura local, bem como o entendimento de qual o lugar que esse usuário ocupa para então, a partir das suas singularidades, determinar junto a ele o melhor caminho a ser percorrido, desenvolver nesse usuário o autocuidado a partir do seu empoderamento. Através desse modelo de organização, aumentamos a Resolubilidade dos serviços, pois investimos nossa força de

SUMÁRIO

trabalho de acordo com a identificação de riscos, das necessidades e demandas de saúde de determinada população.

Segundo LAMAS (2011), no seu estudo sobre a Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre, a gestão estratégica, mesmo sob a descentralização no SUS, não foi acompanhada de um aumento na capacidade administrativa dos serviços e recursos. O autor discute sobre o modelo assistencial, o acesso, estratégias de programação e organização do trabalho. De acordo com sua pesquisa, a incorporação da saúde bucal na ESF não representou avanço efetivo. Isso se justifica pelo fato de a oferta do serviço odontológico, ainda que inserida em uma rede articulada e com modelo assistencial com foco na promoção de saúde, tende a ser embasada em um modelo tradicional de prática odontológica, centrada no cirurgião-dentista enquanto sujeito exclusivo do processo do trabalho e cuidado.

Neste estudo, o processo de trabalho em saúde, a tecnologia em saúde e o cuidado em saúde são entendimentos sobre o modo de se fazer saúde na esfera da saúde coletiva, e são as referências para o encaminhamento das questões propostas. Utilizando-se da definição de Paim (2003):

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços, populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade: postos, centros de saúde, hospitais etc. (PAIM, 2003, p. 567).

O modelo de atenção é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma racionalidade, uma “lógica” que orienta a ação. É também uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas em saúde, a partir de uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas

SUMÁRIO

e necessidades de saúde, constituindo, portanto, um modo de intervenção (PAIM, 2003).

Este estudo parte de uma intencionalidade: ao reconhecer a RASB e fazer um diagnóstico de seu estágio de desenvolvimento, poder compreender e analisar as possibilidades de resposta para as necessidades da população nos territórios, a partir do modelo de atenção. Importa declarar, portanto, o conceito de processo de trabalho em saúde que está em análise: O conceito – processo de trabalho em saúde – diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que, neste processo de trabalho cotidiano, está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano (PE-DUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 323).

Desta forma, este estudo analisa o estágio de desenvolvimento da RASB no domínio **modelo de atenção**, por compreender sua importância na organização e nos itinerários de cuidado disponíveis e possíveis para as pessoas em Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. A produção de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado de diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014).

O questionário é composto por sete blocos temáticos de perguntas, totalizando 107 questões, que correspondem às dimensões da rede de APS (população, atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança da rede e modelo de atenção à saúde).

SUMÁRIO

O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão.

O modelo adotado, para a análise dos dados coletados, foi a escala do tipo *Likert*, que tem o objetivo de verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto (MIRANDA *et al.*, 2009). As respostas foram estruturadas com escores de 1 a 7 para cada subdimensão, da seguinte maneira (SHI *et al.*, 2001; OLIVEIRA, 2007): 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não discordo/nem concordo, 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente, 0 = não sei responder, 9 = não se aplica.

A avaliação advém do conjunto de escores de cada subdimensão, gerando um escore global - obtido através do cálculo da média dos valores de todos os itens - que caracteriza o Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014). Assim, a análise descritiva e interpretativa a partir dos resultados obtidos. Para cada grupo (Gerência do Distrito de saúde), esta média foi comparada ao número que seria obtido se todas as respostas apresentassem o escore máximo, ou seja, a subdimensão completamente implementada.

Este questionário foi aplicado para oito cirurgiãs-dentistas, com cargo de dentista distrital, nos oito distritos de saúde de Porto Alegre. O presente estudo centrou sua análise no domínio "Modelo de Atenção à Saúde". O estudo foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia/UFRGS, no Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Plataforma Brasil, sob o número do CAAE 79778217.8.0000.5347, com Parecer de número 29626. Todos os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi garantido o anonimato a todos os participantes, bem como das equipes às quais pertencem.

RESULTADOS

O perfil dos dentistas distritais em Porto Alegre é diversificado, se trata de um grupo composto por mulheres com vínculo empregatício com o IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família), variando de menos de um ano até quinze anos atuando em unidades básicas.

Quanto à formação dos participantes do estudo, 60% são especialistas em saúde da família e/ou saúde coletiva, demarcando o olhar qualificado, tanto do processo de trabalho quanto da rede de atenção, e, assim, considera-se que o profissional terá maior habilidade para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção em que atua, considerando-se o perfil de gestores da saúde bucal nos distritos.

Quadro 1 - Perfil de tempo de vínculo e de formação dos dentistas gestores distritais participantes do estudo

Ano de formação	2003	2008	2012	2007	2010	2011
Ano de ingresso IMESF	2014	2014	2013	2015	2018	2014
Especialização na área	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Residência	Não	Não concluída	Não	Não	Não	Não
Mestrado	Outra área	Em andamento	Não	Em andamento	Não	Não
Doutorado	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: questionário de identificação da pesquisa.

Após o Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014) ser preenchido de forma autônoma e presencial pelas participantes, os dados foram inseridos em uma planilha Excel 2007, e, após a soma de cada domínio,

foi criado um escore máximo possível para cada um dos pilares necessários. A análise dos dados considerou o escore de cada distrito, em uma relação de percentual atingido frente ao escore máximo do domínio modelo de atenção.

Quadro 2 - Escore atingido por cada distrito nas dimensões de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014)

	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS	Máximo possível
População	71	93	88	80	82	86	86	100	130
Pontos de atenção	71	71	79	70	73	75	74	76	95
Sistemas de apoio	38	43	49	37	42	47	47	49	75
Sistemas Logísticos	19	28	28	27	25	36	30	23	50
Governança da Rede	13	36	38	29	26	14	36	30	40
Modelo de Atenção	57	91	76	65	78	92	76	112	125

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir do cálculo dos números absolutos em cada dimensão, foi realizada a proporcionalidade do escore atingido em relação ao escore máximo possível, onde o 100% significou o maior índice que o distrito poderia alcançar de implantação em cada domínio do instrumento, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 - Percentuais de cada distrito em relação ao escore máximo possível em cada dimensão (LEAL, 2014)

RASB	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS
População	54,60%	71,50%	67,60%	61,50%	63,00%	66,10%	66,10%	76,5%
Pontos de atenção	78,8%	78,80%	87,7%	84%	81,1%	83,3%	80,3%	80%

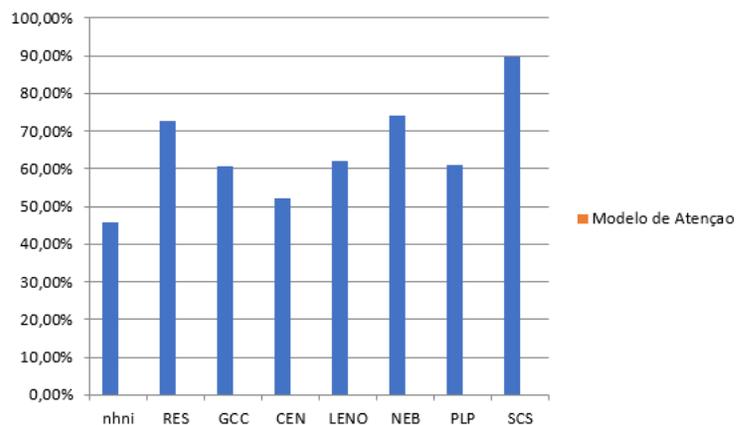
SUMÁRIO

Sistemas de apoio	54,2%	61,4%	70%	41,1%	60%	67,1%	67,10%	70,0%
Sistemas Logísticos	38%	56%	56%	54%	50%	72%	88,00%	46%
Governança da Rede	32,50%	90%	95%	72,50%	65%	35%	50%	75%
Modelo de Atenção	45,60%	72,80%	60,80%	52%	62,40%	73,60%	60,80%	89,6%

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

No gráfico abaixo, podemos observar os percentuais de implementação da rede de saúde bucal de Porto Alegre, o que possibilita ter um comparativo visual do estágio de desenvolvimento e implementação da rede em cada distrito, no domínio selecionado para discussão e análise (Modelo de Atenção).

Quadro 4 - Gráfico comparativo entre os distritos de Porto Alegre



Fonte: coleta de dados da pesquisa.

O quadro abaixo traz os escores absolutos das respostas ao instrumento aplicado, por quesito e por Gerência Distrital.

SUMÁRIO

Quadro 5 - Números absolutos obtidos pelas respostas dos participantes do estudo na sub-dimensão que tratou especificamente sobre modelo de atenção à saúde de acordo com a seguinte escala likert: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não discordo/nem concordo, 4= concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente.

DOMÍNIO “MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE”	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS
82. Há um modelo de atenção à saúde bucal definido)?	5	5	2	4	4	5	4	5
83. Dispõe de protocolo clínico para condições de saúde bucal?	5	4	5	4	5	5	4	5
84. Protocolos clínicos construídos com evidências?	0	4	3	5	0	5	4	5
85. Os profissionais de saúde utilizam protocolos clínicos?	5	4	4	4	4	5	4	4
86. Protocolos clínicos propõem intervenções coerentes com riscos?	1	4	5	4	4	1	4	5
87. O modelo assistencial está acordo com as necessidades da população?	1	2	1	2	4	1	2	5
88. Propõe ações de autocuidado?	0	4	4	4	4	1	4	5
89. Utiliza recursos sociais da comunidade?	1	4	4	4	4	5	4	5
90. Inclui ações de promoção e intersetoriais?	5	5	4	2	5	4	4	4
91. Inclui ações de prevenção para subpopulações e fatores de riscos?	5	5	5	2	5	5	4	5
92. Intervenções preventivas realizadas rotineiramente?	5	2	4	2	1	5	4	4
93. Inclui ações clínicas e reabilitadoras direcionada aos riscos ?	0	2	3	1	1	5	4	5
94. Intervenções clínicas realizadas rotineiramente?	0	2	1	1	1	4	4	5
95. Utiliza a tecnologia de gestão da clínica?	1	3	1	1	4	0	2	4

S U M Á R I O

96. Plano de cuidado singular com avaliação de risco?	5	3	2	4	4	2	2	4
97. Plano de cuidado em conjunto com o usuário?	5	3	1	1	4	5	2	2
98. Plano de cuidado com metas multiprofissionais?	1	4	1	1	2	2	2	4
99. Esse plano de cuidado é avaliado periodicamente?	1	3	1	1	1	2	2	4
100. A atenção programada conforme o risco do usuário?	1	4	4	4	4	5	4	4
101. Existe um programa de EPS e protocolos clínicos?	0	4	5	1	4	2	2	5
102. Existe um contrato de gestão com metas?	5	4	5	5	4	5	2	5
103. Existe incentivos morais e financeiros?	1	4	1	1	1	4	2	4
104. Existe monitoramento e avaliação?	1	2	3	1	1	2	2	2
105. Auditoria clínica com base nos protocolos clínicos?	1	3	1	1	1	2	1	2
106. Utilizam listas de espera?	1	5	5	1	4	5	2	5
107. As listas de espera com base em riscos, transparência e em evidências?	1	2	1	4	2	5	1	5

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os modelos de atenção em saúde são sistemas logísticos utilizados para organizar a rede. Cada gestão determina o modelo a ser seguido, e esse modelo determina a forma como será gerida toda a rede, devendo ser produzido e escolhido a partir das necessidades da população. Sendo assim, ele se torna um modelo singular a ser adaptado à realidade da população (MENDES, 2011).

SUMÁRIO

A partir das experiências internacionais e nacionais, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação da condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país, que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Esse olhar e análise do autor (MENDES, 2011) indica a necessidade de mudanças profundas nos modelos de atenção, de forma a superar o sistema fragmentado, e a implantação de redes de atenção à saúde poderiam criar respostas ou meios de enfrentamento desta realidade.

O conceito das redes de atenção à saúde representa uma integração dos serviços como garantia de acesso aos usuários e, conseqüentemente, maior resolatividade e integralidade. Rediscutir relações e responsabilidades de seus atores e instituições pressupõe definições transparentes de fluxos e direcionamento racional ao sistema como um todo. Mas, no interior desta estrutura, qual a posição e quais são as atribuições do trabalho em saúde enquanto dimensão da rede? (LAMAS; CALVO; FREITAS, 2012, p. 84).

Por certo, os desafios para a construção das dimensões de uma rede passam pela construção de linhas de cuidado para os variados tipos de doenças, por exemplo, as crônicas não transmissíveis ou o enfrentamento das epidemias, e isso em um recorte macro e micropolíticos.

A perspectiva da micropolítica e do processo de trabalho em saúde identifica componentes para a efetivação do trabalho em saúde nas redes, como a vinculação e a responsabilização do cuidado com o uso de tecnologias em um espaço relacional subjetivo de cuidador-usuário. A compreensão do trabalho em saúde, de forma integrada,

SUMÁRIO

incluindo a participação e os saberes de uma equipe multidisciplinar, bem como a busca da produção da autonomia do usuário, pois são prerrogativas a serem consideradas (MALTA; MERHY, 2010).

Ao analisar o estágio de desenvolvimento da rede, no município de Porto Alegre, as pesquisadoras se permitiram encontrar potencialidades e fragilidades na consolidação do modelo de atenção. Fragilidades estas que poderão ser enfrentadas pelo diálogo com as equipes e com a gestão a partir destes resultados. Sobre as potencialidades, pode-se dizer que frutificam à medida que as equipes e suas gerências distritais se debruçam sobre os resultados atingidos no cotidiano dos serviços, percebendo-se como rede de atenção e de cuidados, e, assim, reforçam o seu compromisso de equidade e integralidade da prática em saúde.

Em uma primeira análise, identificam-se a gerência distrital NEB e a gerência distrital Restinga/Extremo Sul, com estágio de desenvolvimento próximo a 80% na média dos quesitos (73,6% e 72,8%, respectivamente), seguidas por GCC e LENO, com médias percentuais próximas à 60% (60,8% e 62,4%, respectivamente). As gerências que apresentam menor percentual de desenvolvimento da RASB, apontadas pelo instrumento proposto nesta pesquisa, são a gerência Centro (GDC = 52%) e NHNI (45,6%).

Nota-se que, nos quesitos analisados, é alto o escore para a identificação do modelo de atenção no município. Assim como os protocolos clínicos de atendimento em saúde bucal são amplamente conhecidos, em todos os distritos, são também construídos com base em evidências, e têm sido discutidos com os trabalhadores. No entanto, em todos esses distritos, o escore para a adequação do modelo, de acordo com as necessidades da população, foi muito baixo, demonstrando que as gerências trabalham na perspectiva de um modelo pré-estruturado, protocolar e pouco flexível aos agravos e necessidades de saúde dos diferentes territórios do município.

SUMÁRIO

As ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos, associadas aos fatores de riscos, ainda estão menos ajustadas às realidades de cada território do que se poderia considerar para uma rede em estágio avançado de desenvolvimento. As tecnologias para a gestão da clínica ou gestão da condição de saúde ainda são pouco utilizadas nos distritos, e a possibilidade de se desenvolver um plano de cuidado singularizado pela equipe multiprofissional da RASB, em conjunto com o usuário, ainda é tênue. Outro ponto do diagnóstico do modelo de atenção indica que as metas a serem alcançadas, no trabalho colaborativo, são identificadas com escores baixos.

Mesmo que, nos distritos, o modelo assistencial incluía ações de promoção à saúde com ações intersetoriais, e que o modelo de atenção se apoie em ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos (escovação supervisionada, alimentação etc.), é de forma programática que o fazem.

Estes dados apontam uma fragilidade da ação integral em saúde bucal em vários pontos da RASB. Ao desconsiderar uma (re)organização tecnológica do trabalho frente aos agravos individuais, e não àqueles exclusivamente programáticos (ex.: PSE, pré-natal odontológico, puericultura, entre outros). O modelo - e assim a prática em saúde bucal - limita o protagonismo do usuário. Um modelo de atenção engessado e unicamente atrelado aos protocolos tende a contrapor-se à perspectiva da atenção integral.

Ao compreender os trabalhos em saúde não somente como uma atividade que comporta procedimentos do nível técnico (tecnologias, procedimentos, protocolos), mas também com adaptações de um saber tecnológico para a situação singular, julga-se indispensável que os trabalhadores tenham importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições (CAMPOS, 2010; LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012).

SUMÁRIO

O atendimento integral só é possível se parte das necessidades da população adstrita à integralidade for de encontro com a abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. Esse olhar do profissional precisa ser totalizante, pois só assim consegue compreender o sujeito biopsicossocial, devendo ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES; 2005).

Se, de fato, as intervenções clínicas e reabilitadoras são insatisfatoriamente realizadas rotineiramente, qual poderia ser o espaço da escuta qualificada sobre os padecimentos do paciente para ultrapassar o diagnóstico de sinais e sintomas, percebendo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento?

Esta, dentre as demais questões, aponta a principal fragilidade do modelo de atenção no atual estágio de desenvolvimento da RASB de Porto Alegre: promover espaços de construção de itinerários terapêuticos (o caminho do usuário na rede), a partir das singularidades de cada usuário (situação de vida e saúde, projetos de vida, desejos e possibilidades). Assim como Sant'anna e Hennington (2011), entende-se que o processo de trabalho deve ser pautado por práticas capazes de dar acolhimento e/ou resolução às necessidades sentidas pelos usuários.

Se, por um lado, o uso de projetos de cuidado singularizado ainda se apresenta em construção na RASB, as questões relativas à operacionalização do contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e ou SES com as equipes de saúde bucal, apresentaram escores elevados, demonstrando que se encontram em estágio de desenvolvimento avançado.

O município tem metas para os trabalhadores, e isso se mostra importante: o trabalhador demonstra conhecimento das metas a serem alcançadas pelo município, e reflete uma gestão participativa no momento de traçar os objetivos a serem cumpridos.

SUMÁRIO

Outro fator positivo trazido pelas respostas é a influência das ações de educação permanente - com base na educação de adultos e protocolos clínicos – trabalhadas com os profissionais nas equipes de saúde no desenvolvimento de novas estratégias para a organização da rede de atenção.

As demandas que são inerentes ao trabalho em saúde, como espaços de escuta e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho, dependem de processos educacionais e formativos para a sua reorganização (LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012).

Observam-se diferenças no estágio de desenvolvimento da rede ao se analisar os escores para o modelo de atenção em cada distrito. Em parte, os diferentes distritos apresentam-se com a pluralidade dos trabalhadores, dos territórios, dos usuários e das regiões que compõem a rede de saúde bucal em um município com as disparidades de Porto Alegre.

Sobre esta pluralidade, cabe pensar e repensar os processos de trabalho, os percursos de cuidado para os usuários e as possibilidades de se fortalecer um sistema de saúde público e democrático, em que pesem tensões remanescentes de modelos anteriores no que concerne à formação em saúde, à perspectiva de autonomia e ao compartilhamento de responsabilidades, prevendo-se transformações de ordem institucional e o alinhamento das políticas de educação e saúde. Tal preocupação deve constituir proposta de investigação pelos órgãos executivos da gestão do trabalho e da educação na saúde em sua prerrogativa de elaborar políticas de formação e de desenvolvimento profissional (LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012, p. 87).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS tem buscado reorganizar o modelo de atenção, e esta reconfiguração do sistema tem exigido que se repense o trabalho para se responder aos modelos voltados à promoção da saúde e às redes de atenção.

Por vezes, a premente questão da integralidade do cuidado tem sido tratada como uma quimera, pois objetivamente busca-se criar uma organização burocrática do cuidado, com fluxos hierarquizados, protocolos, e, certamente, baseados nas melhores evidências científicas, porém às custas de severos percursos e processos de adoecimento, em um território de saúde reduzido ou simplificado como informação para anamnese, apartados no processo de cuidado e acolhimento.

Analisar o estágio de desenvolvimento de uma rede de saúde bucal, com a expressividade da rede de Porto Alegre, traz à tona o hercúleo trabalho de construção dos processos de trabalho, da organização de itinerários, da regulação ao acesso, da cobertura que as ações em saúde devem alcançar para oportunizar saúde com qualidade para a população.

As diferenças entre os distritos podem indicar, pelas fragilidades ou por suas potencialidades, diferentes momentos da gestão municipal para a constituição da RASB. São diferenças que se relacionam não apenas ao estágio ou grau de implementação de uma ou outra política de saúde no município, mas expressam as dificuldades ou as melhores oportunidades nos territórios, carregando em si não apenas o estágio atual em que equipamentos e trabalhadores estejam, mas o processo histórico de construção dos equipamentos de saúde no município, e, assim também, o processo histórico, político e social da organização da RASB.

SUMÁRIO

Tecer a rede de atenção e saúde bucal requer olhar para as experiências exitosas e analisar os fracassos. Acredita-se que um modelo de atenção que se faça existir na vida das pessoas (usuários e trabalhadores) parta de uma prática em saúde bucal com novos arranjos tecnológicos, tanto na gestão quanto no processo de trabalho, permitindo novos movimentos: o deslocamento próprio das ações de educação permanente, outras formas de vínculo e acolhimento entre os sujeitos. Considera-se que as práticas poderiam ser usadas para um reconhecimento dos entraves e avanços na constituição do cuidado em saúde.

É necessário repensar a tecnologia do cuidado em saúde bucal como possibilidade da atenção com a integralidade e de sua legitimação como um dos componentes da saúde em uma expressão ampliada: a da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 424-434, 2017.

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ, p. 43-47, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 12 jul. 2015.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 04, mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 04, jun.. 2023

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> Acesso em: 04, jun. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CZERESNIA, D.; Freitas C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; pp. 39-53, 2003.

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004.

SUMÁRIO

LAMAS, A. E.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 83-88, 2012.

LEAL, D. L. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1341-1347, 2014.

MALTA D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRANDA *et al.* Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, Supl. 1, p. 104-110, 2009.

OPAS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: HSS/IHS/ OPS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA, FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-86, 2003.

PEDUZZI, M. SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 320-8, 2008.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 273-284, 2015.

PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the unified contextualization of the national oral health policy. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 26-32, 2010.

S U M Á R I O

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trab. educ. saúde (On-line)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 223-244, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400011&lng=en&nr m=iso. Acesso em: 12 nov. 2018.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Programação Anual de Saúde – 2017**. 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programacao_anual_saude_pas2017.pdf. Acesso em: 28 fev. 2019.

SHI, L. *et al.* Primary care quality: community health center and health maintenance organization. **Southern Medical Journal-Birmingham Alabama** v. 96, n. 8, p. 787-795, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM J. S. ; VILASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol Sus.**; v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

TORRES, H. G., Ferreira, M. P., & Dini, N. P. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 3-4, p. 80-90, 2003.