



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



Lúcia Sabrina de Freitas

**ACESSIBILIDADE E SAÚDE BUCAL: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO INTERIOR DO ESTADO DE
SÃO PAULO (SP)**

SÃO CARLOS
2019



Lúcia Sabrina de Freitas

**ACESSIBILIDADE E SAÚDE BUCAL: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO INTERIOR DO ESTADO DE
SÃO PAULO (SP)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

SÃO CARLOS

2019



FOLHA DE APROVAÇÃO

Lúcia Sabrina de Freitas

“Acessibilidade e Saúde Bucal: itinerários terapêuticos de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do interior do Estado de São Paulo (SP)”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 03/04/2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo – UFSCar
Prof^ª Dr^ª Aline Guerra Aquilante – UFSCar
Prof^ª Dr^ª Neide Emy Kurokawa e Silva – IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Dr. Wagner dos Santos Figueiredo pelo apoio, confiança e pelos valiosos ensinamentos que possibilitaram a concretização deste trabalho.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica pelas contribuições na minha formação profissional.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica pelos momentos compartilhados durante as disciplinas, pela troca de experiências e de saberes.

Às professoras Dra. Aline Guerra Aquilante e Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva pelas importantes contribuições no Exame de Qualificação e no Exame de Defesa.

Aos gestores dos dois municípios participantes deste estudo Elaine Cristina Sartorelli Breanza e Carlos Eduardo Colenci pela autorização para a realização deste estudo.

À diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial Crislaine Aparecida Antônio Mestre pela autorização para a realização desta Pesquisa.

À Denise Martins Gualtieri pela amizade, apoio, incentivo e confiança. Sou grata a você por tudo!

A todos os profissionais de saúde bucal dos dois municípios que participaram deste estudo pela receptividade, solicitude e contribuições neste trabalho.

A todos os usuários dos serviços de saúde bucal que participaram deste estudo e prontamente aceitaram dividir comigo suas histórias.

À querida amiga Flávia Cristina B. de Souza Zagato pelo apoio no exame de proficiência em inglês por meio do empréstimo de material para estudo.

À minha mãe Ana e minha irmã Emanuela pela ajuda, apoio, incentivo, carinho, dedicação e amor. Amo vocês!

Ao meu amado pai Jorge (*in memoriam*) por tudo que me ensinou. Tenho certeza de que me apoiou, me ajudou e torce por mim na concretização dos meus sonhos!

À minha querida avó Odila (*in memoriam*) pelo exemplo, pelos ensinamentos e pelo desejo de um mundo sem desigualdades.

Aos meus amigos queridos que torcem por mim, me apoiam e me encorajam sempre. Vocês são especiais!

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

“[...] a disposição para o amor universal e pela humanidade e pelo mundo representa o ponto mais alto que o homem pode alcançar.”

(Sigmund Freud)

RESUMO

O presente estudo objetivou investigar como ocorre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em dois municípios do interior do estado de São Paulo (SP), utilizando os itinerários terapêuticos (Its) como referencial teórico-metodológico. Optou-se por escolher os municípios de Ibaté e São Carlos, pois ambos fazem parte do mesmo Colegiado de Gestão Regional (CGR Coração), sendo que no processo de regionalização da saúde, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de São Carlos constitui-se em referência para o município de Ibaté. Participaram deste estudo doze unidades de saúde, sendo seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Unidades de Saúde da Família (USF). Foram entrevistados doze usuários. A coleta de dados se deu por intermédio de entrevista semiestruturada, diário de campo e a observação não-participante. Foram entrevistados usuários de diferentes faixas etárias, sendo que em todos os Its o disparador para a busca por cuidado foi a percepção de um problema instalado. No entanto, houve variação neste disparador de acordo com a idade, ou seja, para os mais jovens foi a dor dentária, enquanto para os adultos de meia-idade e idosos, a necessidade de prótese. Cinco usuários possuíam doenças sistêmicas: uma transplantada renal, uma com Doença de Parkinson e três com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Além disso, duas usuárias estavam grávidas. Nenhum usuário entrevistado correlacionou sua saúde geral com a saúde bucal, mesmo com todos os esforços da Odontologia em comprovar a influência das doenças bucais sobre as enfermidades sistêmicas. As barreiras de acessibilidade encontradas neste estudo foram relacionadas com aquelas de ordem organizacional, econômica e sociocultural. Os obstáculos originados na entrada dos serviços de saúde foram o agendamento da primeira consulta odontológica e o atendimento de urgência, sendo que ambos se deram por meio do atendimento da demanda espontânea com o critério de ordem de chegada em todas as unidades avaliadas e com pequenas diferenças entre UBS e USF. Já os obstáculos da pós-entrada foram o agendamento da consulta na especialidade de prótese dentária, a dificuldade em retornar ao tratamento após uma falta e o atendimento especializado apenas em consultório particular. As barreiras de ordem econômica referiram-se à dificuldade financeira para acessar os tratamentos em consultórios particulares e a impossibilidade de realizar o tratamento na unidade de saúde para não perder o dia de trabalho, enquanto que as barreiras de ordem sociocultural consistiram no entendimento do sistema público de saúde como um local para o tratamento de pessoas que não têm dinheiro para pagar pelo privado, como um favor do Estado e,

portanto, como um sistema não passível de reclamações e melhorias. Assim, apesar do considerável aumento da oferta de serviços de saúde bucal proporcionado pela Política Nacional de Saúde Bucal para que a população tenha acessibilidade a estes serviços, faz-se necessária a reorganização dos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades de saúde, de forma que a integralidade à saúde seja o norte das práticas em saúde bucal, além da necessidade de atenção humanizada.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Itinerários Terapêuticos; Acessibilidade; Integralidade da atenção à saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate how the accessibility to oral health services occurs in two municipalities in the interior of the São Paulo State (SP), using the therapeutic itineraries (called as ITs) as theoretical-methodological reference. Municipalities of Ibaté and São Carlos were chosen, since both are part of the same Regional Management Collegiate (called as CGR Coração), being that, in the process of health regionalization, the Center of Dental Specialties of São Carlos city is a reference for the Ibaté city. Twelve health units participated of this study, being six Basic Health Units (called as UBS) and six Family Health Units (called as USF). Twelve users were interviewed. The data collection was made from a semi-structured interview, a field diary and a non-participant observation. Users of different age groups were interviewed, and in all ITs, the trigger for care search was the perception of an installed problem. However, there was a variation in this trigger according to age, i.e., the dental pain was the trigger for the younger persons, whereas the need for prosthesis was the trigger for middle-aged adults and elderly persons. Five users had systemic diseases: one renal transplant, one with Parkinson's disease and three with diabetes mellitus and hypertension. In addition, two users were pregnant. No interviewed user correlated their general health with oral health, even with all the efforts of Dentistry to prove the influence of oral diseases on the systemic diseases. The accessibility barriers found in this study were related to those of an organizational, economic and sociocultural nature. The obstacles originated in the entrance of the health services were the scheduling of the first dental consultation and emergency care, both were through the spontaneous demand attendance with the criterion of order of arrival in all units evaluated and with small differences between UBS and USF. On the other hand, the post-entry obstacles were the consultation scheduling in the dental prosthesis specialty, the difficulty in returning to the treatment after a lack and specialized scheduling only in a private clinic. The economic barriers referred to the financial difficulty to access the treatments in private clinics and the impossibility to perform the treatment in the health unit to avoid losing the work day, whereas the sociocultural barriers consisted in the understanding of the public health system as a place for the treatment of people who do not have money to pay for the private, as a favor of the State and, therefore, as a system that cannot receive complaints and improvements. Thus, despite the considerable increase in the supply of oral health services provided by National Oral Health Policy in order for the population has accessibility to these services, it is necessary the reorganization of the work processes

developed in the health units so that the integrality to health is the north of oral health practices, besides of the need for humanized care.

Key words: Oral Health; Therapeutic Itineraries; Accessibility; Integrality of Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1 Ações da Política Nacional de Saúde Bucal.....	18
Fig. 2 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....	42
Fig. 3 Itinerário Terapêutico de Orquídea.....	55
Fig. 4 Itinerário Terapêutico de Rosa.....	59
Fig. 5 Itinerário Terapêutico de Gerânio.....	61
Fig. 6 Itinerário Terapêutico de Lírio.....	65
Fig. 7 Itinerário Terapêutico de Azaleia.....	68
Fig. 8 Itinerário Terapêutico de Violeta.....	71
Fig. 9 Itinerário Terapêutico de Girassol.....	73
Fig. 10 Itinerário Terapêutico de Gérbera.....	75
Fig. 11 Itinerário Terapêutico de Margarida.....	78
Fig. 12 Itinerário Terapêutico de Jasmim.....	81
Fig. 13 Itinerário Terapêutico de Hortênsia.....	83
Fig. 14 Itinerário Terapêutico de Tulipa.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Nome fictício das Unidades de Saúde participantes da Pesquisa.....	44
Tabela 2. Perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal participantes da pesquisa.....	50

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APCD - Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas
APS - Atenção Primária à Saúde
ARES - Administração Regional de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP- Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
ceo-d – Dentes Cariados, Extraídos e Obturados
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPO – D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DOE – Diário Oficial do Estado de São Paulo
DRS - Departamento Regional de Saúde
DSEI - Distritos Sanitários Especiais de Indígenas
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
FDI - Federação Dentária Internacional
FOAr – Faculdade de Odontologia de Araraquara
GM – Gabinete do Ministro
Hiper/Dia – Hipertensão e Diabetes
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDH – M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa
IES - Instituições de Ensino Superior

IFDM - Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IT - Itinerários Terapêuticos
LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
PC - Procedimentos Coletivos
PI - Procedimentos Individuais
PIA - Programa de Inversão da Atenção
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PPGGC – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica
PRECAD - Programa Nacional de Controle da Cárie Dental
PSF - Programa Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RS – Rio Grande do Sul
R-X – Raios – X
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SI - Sistema Incremental
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SP – São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNACOM - Unidades de Alta Complexidade em Oncologia

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICEP - Centro Universitário Central Paulista

UOM - Unidade Odontológica Móvel

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação	i
1. Introdução	1
1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)	1
1.2. Saúde Bucal no Brasil	6
1.3. Acesso e Acessibilidade	25
2. Objetivos	30
2.1. Objetivo Geral	30
2.2. Objetivos Específicos	30
3. Referencial Teórico	31
3.1. Itinerários Terapêuticos	31
3.2. Integralidade da atenção à saúde	37
4. Metodologia	41
4.1. Cenário do estudo	41
4.2. Sujeitos da pesquisa	44
4.3. Instrumentos de construção de informações	45
4.4. Análise das informações	46
5. Ações iniciais da Pesquisa	49
6. Resultados	50
6.1. Caracterização do perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal entrevistados	50
6.2. Os itinerários terapêuticos	51
6.2.1. Itinerário Terapêutico de Orquídea	51
6.2.2. Itinerário Terapêutico de Rosa	56
6.2.3. Itinerário Terapêutico de Gerânio	59
6.2.4. Itinerário Terapêutico de Lírio	61
6.2.5. Itinerário Terapêutico de Azaleia	66
6.2.6. Itinerário Terapêutico de Violeta	68
6.2.7. Itinerário Terapêutico de Girassol	71
6.2.8. Itinerário Terapêutico de Gérbera	74
6.2.9. Itinerário Terapêutico de Margarida	75
6.2.10. Itinerário Terapêutico de Jasmim	78
6.2.11. Itinerário Terapêutico de Hortênsia	81
6.2.12. Itinerário Terapêutico de Tulipa	83
7. Discussão	87

7.1. As concepções de saúde e doença e os disparadores pela busca do cuidado.....	87
7.1.1. A busca por cuidado a partir da percepção de um problema instalado.....	87
7.1.2. A desconexão do corpo com a boca.....	94
7.1.3. A escolha do sistema de cuidado.....	97
7.2. As barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde bucal.....	99
7.2.1. Dimensão geográfica.....	99
7.2.2. Dimensão organizacional.....	100
7.2.2.1. Obstáculos originados na entrada.....	100
7.2.2.2. Obstáculos originados na pós-entrada.....	103
7.2.3. Dimensão econômica.....	105
7.2.4. Dimensão sociocultural.....	106
7.3. Integralidade da atenção à saúde bucal.....	107
8. Considerações finais.....	110
9. Referências Bibliográficas.....	111
Apêndices.....	130
Apêndice A.....	130
Apêndice B.....	132
Apêndice C.....	133
Apêndice D.....	134
Anexos.....	135
Anexo A.....	135
Anexo B.....	138
Anexo C.....	139

Apresentação

Gostaria de iniciar esse texto com uma breve apresentação da minha Trajetória Profissional para contextualizar o tema e contar como surgiu o interesse em trabalhar com a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde bucal.

No ano 2000, ingressei na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” campus de Araraquara (FOAr – UNESP). Tive uma formação estritamente técnica e biologicista voltada ao mercado de trabalho privado, em consultório particular.

Quando terminei a Graduação em Odontologia e comecei a trabalhar no serviço público no município de São Carlos (SP), os desafios começaram.

Trabalhava como articuladora de saúde bucal, responsável por atividades de promoção e prevenção em saúde bucal com escolares da rede municipal e estadual de ensino e, eventualmente, cobria unidades de saúde no período de férias escolares. Era membro do Grupo Técnico de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, representando a Administração Regional de Saúde (ARES) São José.

Tinha dificuldade em compreender qual era a lógica da organização dos serviços odontológicos no meu município. O conflito era tamanho que pensava em abandonar o trabalho e me dedicar exclusivamente ao consultório particular. Deste modo, fui fazer um curso de aperfeiçoamento em Endodontia para decidir se me especializaria nesta área.

No entanto, na medida em que fui tendo mais contato com as políticas públicas de saúde, fui me identificando com o serviço público.

Para ampliar meus conhecimentos, ingressei no curso de especialização em Saúde da Família e da Comunidade no Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, sendo meu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A contextualização do Município de São Carlos (SP) em relação à epidemiologia da cárie, da doença periodontal e do edentulismo em nível nacional e global”.

Como resultado deste trabalho, pude observar que o número de crianças e adolescentes são-carlenses que se apresentavam, no momento dos exames epidemiológicos, com cárie não tratada foi elevado, mostrando possivelmente um acesso dificultado aos serviços de assistência odontológica. Este resultado fez muito sentido para mim, uma vez que, diariamente durante a execução do meu trabalho com escolares, tinha a nítida sensação de que havia uma dificuldade em acessar os serviços de assistência odontológica.

Assim, depois que descobri o belíssimo campo da Saúde Coletiva não tive mais dúvidas de que era nesta área onde queria atuar. Estava tão certa que resolvi

parar com o consultório particular para me dedicar exclusivamente ao trabalho na Prefeitura Municipal de São Carlos.

Posteriormente, fiz também o Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), sendo o trabalho de conclusão de curso intitulado “Uma Trajetória de Aprendizagem”.

Este curso me colocou em contato com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o que foi extremamente impactante, pois era muito diferente do modelo no qual fui formada. Foi por meio dele que tive a oportunidade de ler trabalhos de autores renomados da Saúde Coletiva, que me aproximei de Paulo Freire e pude ampliar o meu olhar para além da Odontologia. Isso refletiu de forma positiva tanto na minha vida profissional quanto na minha vida pessoal.

Durante este último Curso de Especialização, fui convidada a realizar apoio técnico à Coordenação de Saúde Bucal, e, em 2017, assumi o cargo de Coordenadora Municipal de Saúde Bucal; cargo este que ocupo até os dias de hoje.

Assim, de novo a questão do acesso aos serviços de saúde bucal estava posta, mas agora na perspectiva da gestão, do planejamento e da organização destes serviços.

Esta questão ganhou ainda mais importância depois que o Decreto Municipal nº 185, de 31 de julho de 2017, alterou a forma de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Ou seja, os profissionais que foram contratados via concurso público para trabalhar por 15 horas semanais, a partir deste Decreto, passaram a trabalhar por tarefa, sendo obrigatória a realização de seis ou quatro atendimentos odontológicos diários, a depender do local de trabalho do cirurgião-dentista ou da complexidade da especialidade. Desta forma, minha preocupação era verificar o impacto desta alteração sobre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal.

Diante destes novos desafios profissionais que surgiram, decidi ingressar no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com o desejo de estudar sobre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal.

A partir das leituras do referencial teórico para a realização do Projeto de Pesquisa, pude constatar que muitos trabalhos de práticas avaliativas estão centrados na lógica dos serviços e não na dos usuários, ou seja, não estão centrados no que o usuário pensa e vive, mas sim em como os serviços veem estes usuários. Assim, alguns estudos enfatizam a necessidade das práticas avaliativas levarem em conta as dimensões subjetivas e não apenas indicadores de desempenho, pois estes dificilmente dão conta da complexidade da vida cotidiana e de suas repercussões na saúde.

Desta forma, surgiu a ideia de realizar um estudo para avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal na perspectiva dos usuários destes serviços, utilizando para isto os itinerários terapêuticos. Minha ideia era dar voz a estes sujeitos para que pudessem contar suas percepções e experiências com os serviços de saúde bucal.

Para a construção deste estudo, partiu-se do pressuposto que os itinerários terapêuticos são influenciados por vários fatores individuais, tais como: conhecimentos, percepções, condições econômicas, sociais, ambientais e culturais. Assim, a depender da situação vivenciada, o indivíduo opta por buscar cuidado no sistema que achar mais adequado ou o que for mais acessível a ele.

Sendo assim, as questões norteadoras deste estudo foram:

- Como ocorre a acessibilidade aos diferentes serviços de saúde bucal?
- Quais foram os caminhos percorridos pelos usuários ao perceberem-se necessitados?
- Quais foram os disparadores para a busca do cuidado?

Por fim, este trabalho foi estruturado em uma Introdução, onde se abordou os fundamentos de organização federativa do Sistema Único de Saúde; a contextualização da inserção da Saúde Bucal nas políticas públicas brasileiras; as definições e conceitos de acesso/acessibilidade.

Em seguida, estão os objetivos deste estudo, o referencial teórico, abordando a temática dos itinerários terapêuticos e da integralidade da atenção à saúde, a metodologia utilizada, destacando o cenário de estudo, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos de construção das informações, os métodos de análise dos resultados, a discussão dos resultados encontrados e as considerações finais.

1. Introdução

1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. O artigo 196 da Constituição cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2011).

Desta forma, o SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública, a seguridade social, que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social, abrangente (universalidade da cobertura e do atendimento), justa (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), equânime (equidade na forma de participação do custeio) e democrática (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (BAPTISTA, 2007).

Assim, o SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos (BRASIL, 2011).

A Criação do SUS se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira; planejamento e orçamento (REIS et al., 2012).

Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros; institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (REIS et al., 2012).

Desta forma, a construção do SUS é uma tarefa compartilhada entre o governo federal, gestores estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade (BRASIL, 2003).

Portanto, o arcabouço legal do SUS define os fundamentos de organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelece que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2016).

Sendo o SUS um sistema dinâmico, torna-se necessário incorporar processos organizativos que permitam sua modelagem às transições epidemiológicas, demográficas, econômicas e sociais que permeiam a população brasileira (MENDES, 2011).

Desta forma, torna-se necessário estabelecer uma coerência entre a situação de saúde e o SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam dar respostas com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Assim, as RAS são conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2017).

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais

comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2017).

De acordo com Mendes (2011), as RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, sendo que estes se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas. Entretanto, ressalta-se que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2017).

Assim, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a intenção de estabelecer diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na RAS (JUNGES & BARBIANI, 2012; BRASIL, 2017). Saliencia-se que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017).

Neste contexto, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

No entanto, deve-se considerar que a AB é constituída por diferentes modelos de atenção à saúde.

Campos e Mendes (*apud* FERTONANI et al., 2015) afirmam que podem ser identificados vários modelos assistenciais no Brasil.

Fertonani et al. (2015) fizeram um resgate sobre as formulações teóricas e concluíram que modelo assistencial é um termo polissêmico, utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. No entanto, todos se referem a como, em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida.

Entretanto, no processo de construção e efetivação dos princípios do SUS, são diversos os desafios para implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito no arcabouço legal (FERTONANI et al., 2015).

Desta forma, dois modelos assistenciais à saúde coexistem no âmbito da APS, representados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MAGRI et al., 2016).

Nas USF o trabalho é desenvolvido por uma equipe de referência com formação generalista, que pode contar com o apoio matricial e que atua com base no diagnóstico da população adscrita, compreendendo cobertura populacional de no máximo 1.000 famílias (MAGRI et al., 2016).

As UBS, por sua vez, possuem uma equipe com médicos especialistas e suas ações geralmente não estão baseadas no diagnóstico do território, além da cobertura populacional exceder sua capacidade de atendimento (MAGRI et al., 2016).

Ambos os modelos têm como filosofia a promoção da saúde e devem produzir indicadores que avaliem a quantidade e a qualidade das ações em saúde (MAGRI et al., 2016).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde - uma nova normativa nacional do SUS, estabelecida pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Este Pacto foi firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), ressaltando a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2017).

O Pacto de Gestão do SUS parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas desigualdades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e na descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e de uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (MENDES, 2011).

Assim, o Pacto de Gestão tem como principal finalidade a busca de maior autonomia aos Estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS (MACHADO et al., 2009).

De acordo com Mendes (2011) o Pacto também tem objetivos claramente definidos:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- Garantir o direito à saúde;
- Reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Desta forma, este Pacto busca a solidariedade na gestão, avança na regionalização e na descentralização do SUS, quando busca uma diversidade operativa que respeita as peculiaridades de cada região. Reforça, também, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões de saúde e instituindo Colegiados de Gestão Regional (CGR) (MACHADO et al., 2009).

O processo de regionalização assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2006; MENDES, 2011; BRASIL, 2011).

Para qualificar o processo de regionalização, os gestores de saúde da região devem constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio de um CGR (MENDES, 2011; BRASIL, 2011).

O CGR se constitui em um espaço de decisão por meio da identificação e definição de prioridades e da pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Esse colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde e por representantes da gestão estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, deliberativas até o limite dos recursos alocados no território sanitário, pressupondo o envolvimento e o comprometimento dos gestores com os compromissos pactuados (BRASIL, 2006; MENDES, 2011).

Assim, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS pactuaram, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018, que estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado do SUS, visando a organização da Rede de Atenção à Saúde na lógica de organização de macrorregiões de saúde (BRASIL et al., 2018).

Diante do exposto, a Saúde Bucal deve estar inserida neste contexto, ou seja, o foco deve ser a reorganização das ações e dos serviços de saúde bucal na perspectiva das Redes de Atenção, de modo regionalizado como estratégia de superação do modo fragmentado de operar a atenção e a gestão nas distintas Regiões de Saúde (MELLO et al., 2014).

Desta forma, na seção seguinte faremos um resgate histórico da inserção da saúde bucal nas políticas públicas brasileiras.

1.2. Saúde Bucal no Brasil

Saúde bucal corresponde a um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e se relacionar socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções do modo que lhe pareça adequado e lhe permita sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que saúde bucal é muito mais do que ter bons dentes, abrangendo o denominado complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio. Para a OMS, a saúde bucal é parte integrante da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos moles da boca (língua, gengivas e mucosa oral), de defeitos

congênitos como lesões e fissuras de lábio e/ou palato e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Botazzo (2006) define o conceito de bucalidade, que trata das propriedades inerentes ao bucal – manducação, erotismo e linguagem. Para este autor, estes três trabalhos se dão como consumo e produção, num movimento que envolve o sujeito em permanente elaboração na fronteira entre razão e desejo.

A OMS destaca também que as doenças bucais implicam em restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Assim, é preciso considerar que, no conjunto das demandas sociais, a saúde bucal representa uma dimensão, entre muitas outras, das necessidades sociais. Ao se dar voz a quem não tem vez, ou seja, à população excluída, pode-se confirmar o significado social tanto da dentição natural quanto da dentadura artificial para o convívio e o relacionamento humanos e sua condição de necessidade básica (NARVAI & FRAZÃO, 2008). Desta forma, Pucca (2006) afirma que não é raro encontrar jovens brasileiros que têm vergonha de sorrir ou que até mesmo perdem oportunidades de emprego por não terem todos os dentes na boca.

As políticas públicas de saúde bucal no Brasil, por sua vez, atravessaram historicamente um processo de evolução que se caracterizou por ser excludente e individual e que acompanhou, de certa forma, o contexto histórico da saúde pública no país (SILVESTRE et al., 2013).

No Brasil Colônia (de 1500 a 1822), os problemas de saúde e de higiene eram de inteira responsabilidade das localidades. A assistência à saúde aos pobres e indigentes ficava a cargo da iniciativa filantrópica e instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica, representadas pelas Santas Casas de Misericórdia. O restante da população buscava ajuda dos médicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos e curandeiros (SILVESTRE et al., 2013). Nesta época a concepção do processo saúde-doença tinha explicação religiosa e os instrumentos de tratamento/cura se centravam em rituais religiosos e assistência individual (AQUILANTE, 2013).

Com o crescimento do mercado do açúcar, nos séculos XVI e XVII, o número de dentes cariados nas populações se elevou o que resultou em mais necessidades em relação à assistência odontológica, contribuindo para a expansão de serviços odontológicos que levavam exclusivamente à mutilação dentária (NARVAI & FRAZÃO, 2008; SILVESTRE et al., 2013).

Neste período, as ações relacionadas à saúde bucal eram exercidas por mestres cirurgiões e barbeiros que deveriam necessariamente receber da Corte Portuguesa a Carta de Ofício, que era uma licença concedida pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa e regia o ofício de barbeiro ou Tiradentes. Os barbeiros, além dos cortes de cabelo e barba, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas, faziam curativos e arrancavam dentes (SILVESTRE et al., 2013).

Durante o período Imperial, médicos cirurgiões e boticários compunham uma comunidade terapêutica considerável. No entanto, a organização e a institucionalização das atividades profissionais, principalmente em relação à saúde bucal, somente ocorreram após a chegada da Família Real ao Brasil. Neste período, eram expedidas cartas que davam direito ao exercício das atividades profissionais, sendo a primeira Carta de Dentista expedida em 1811 (SILVESTRE et al., 2013).

Já no final do século XIX, a assistência odontológica fixou-se nas Forças Armadas e, em 1880, os consultórios odontológicos passaram a ser instalados nas Santas Casas de Misericórdia (SILVESTRE et al., 2013).

Em 1884, foram criados os primeiros cursos de Odontologia nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (SILVESTRE et al., 2013).

Com a Proclamação da República, em 1889, inaugura-se um padrão de articulação da formação social brasileira com sociedades capitalistas avançadas, no qual se reforça a economia exportadora capitalista do café e, paralelamente, a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. Isso significa uma organização sanitária baseada na consolidação da inserção da economia brasileira no quadro do capitalismo mundial (BRASIL, 2006).

A partir da influência deste modelo, passou a ser desenvolvida no Brasil uma Odontologia de mercado caracterizada por ser centrada numa base biológica e individual, e no modo de produção capitalista, transformando os cuidados em saúde em mercadorias e colocando a saúde como bem comum sem valor de troca, além de lhe imputar deformações mercantilistas mundiais (BRASIL, 2006).

A primeira referência à inclusão do cirurgião-dentista no serviço público data de 1892, no Estado de São Paulo, definida pelo Decreto Estadual nº 87, de 29 de julho de 1892 (SILVESTRE et al., 2013).

Do início do século XX até a década de 1920, o modelo predominante era o campanhista, de concepção unicausal (bacteriológica) do processo saúde-doença. Este modelo beneficiava o mercado agroexportador, pois focalizava suas intervenções na vigilância de portos, controle de endemias e saneamento urbano. Somente os trabalhadores que na época eram mais importantes para o desenvolvimento econômico do país, como os ferroviários, marítimos e bancários, é que se organizaram

em Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e por isso tinham acesso a serviços de saúde conveniados (AQUILANTE, 2013). As CAP foram criadas pela Lei Eloy Chaves (1923) como forma de atender às demandas dos trabalhadores, sendo consideradas o embrião do seguro social (REIS et al., 2012).

Em 1911, ocorreu a contratação de cirurgiões-dentistas para atuar no serviço odontológico público; eles prestavam assistência ao efetivo da Força Pública do Estado de São Paulo e aos cidadãos que se encontravam sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública (AQUILANTE, 2013).

No ano seguinte, foram criadas as Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo, cujo foco era o atendimento clínico, no entanto, os profissionais reproduziam o atendimento dos consultórios particulares (AQUILANTE, 2013).

Em 1929, os cirurgiões-dentistas passaram a integrar os quadros da Inspeção Médica Escolar da Secretaria do Interior, realizando atividades de educação em saúde no Estado de São Paulo, sendo o Decreto nº 4.600, de 30 de maio de 1929, que regulamentou o Serviço Dentário Escolar, oficializando os consultórios odontológicos em espaços escolares (AQUILANTE, 2013; SILVESTRE, et al., 2013).

Já entre as décadas de 1930 a 1950, entra em cena o interesse da manutenção da mão de obra por conta do início da industrialização, que se configura no formato do modelo médico sanitário com a prática centrada na assistência hospitalar (AQUILANTE, 2013).

É criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), que congrega as diferentes CAP existentes. O serviço odontológico público começa a expandir sua atuação por meio da Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário, que, em 1932, inicia o atendimento de escolares da rede pública do Estado de São Paulo (AQUILANTE, 2013).

Posteriormente, em 1947, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo recomenda que todos os Centros de Saúde tenham um Serviço de Higiene Buco-Dentária. Apesar de constituir-se como um avanço em termos de acesso aos serviços de saúde bucal, os Serviços de Higiene Buco-Dentária reproduziam a abordagem realizada na prática privada centrada no indivíduo, na base biológica e sem diagnóstico populacional para o planejamento das ações, embora houvesse preocupação com a realização de atividades educativas (AQUILANTE, 2013).

Somente em 1952 foram implementados os primeiros programas de Odontologia Sanitária no Brasil, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As ações propostas eram voltadas exclusivamente para os escolares, fundamentadas em um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical por meio de um programa curativo, com a finalidade de solucionar

os problemas mais prevalentes, denominada de Sistema Incremental (SI) (SILVESTRE, et al., 2013).

O SI acabou por incorporar os fundamentos teóricos da Odontologia Sanitária, mas reduziu seu escopo à população escolar, pois os adultos e idosos somente tinham acesso a atendimentos odontológicos de urgência. Na época, a justificativa para a escolha dos escolares foi por ser o grupo epidemiologicamente mais vulnerável e mais sensível às intervenções de saúde pública, bem como pela facilidade de abordagem por estarem concentrados no ambiente escolar (AQUILANTE, 2013).

Este modelo de Odontologia Escolar estava baseado na obra O Manual de Odontologia Sanitária de Mário Chaves, que sistematizou os conhecimentos da época necessários às intervenções em saúde pública no campo odontológico (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Desta forma, o surgimento dos programas de Odontologia escolar produziu uma discreta, mas significativa, ruptura na produção de serviços odontológicos no país: surgia uma modalidade estatal de produção desses serviços. A Odontologia de mercado seguia absolutamente majoritária, mas deixara de ser a única modalidade assistencial neste segmento do setor Saúde (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A Odontologia Sanitária impulsionou também ações intersetoriais como a fluoretação das águas de abastecimento público que culminou com a Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974 que obriga a fluoretação das águas de abastecimento público (SILVESTRE, et al., 2013).

Na década de 60, no contexto do regime autoritário e economia capitalista, a unificação dos IAP culminou na criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), consolidando o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, organizando a sua oferta em procedimentos curativos especializados (REIS et al., 2012; AQUILANTE, 2013).

Na década de 1970, o acesso aos serviços de saúde ainda estava restrito aos trabalhadores que contribuía com a Previdência Social que recebiam a assistência por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (REIS et al., 2012; AQUILANTE, 2013; GARBIN et al., 2012).

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, e cobria a maior parte da população era predominantemente o da prática privada, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), oferecia as-

sistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados (BRASIL, 2006).

No campo do serviço odontológico público surge a Odontologia Integral ou Incremental Modificado, na década de 80, enfatizando a prevenção, reconhecendo a cárie como doença infectocontagiosa, instituindo o retorno programado para manutenção preventiva e utilizando a ideia de equipe odontológica, formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico de saúde bucal e pelo auxiliar de saúde bucal (NICKEL et al., 2008).

A partir do SI, outras metodologias surgiram, como o Programa de Inversão da Atenção (PIA), implantado na década de 80 e destinado à população infantil, buscava a descentralização da atenção curativa clássica, visando à estabilização do meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos; e o Programa de Atenção Precoce, contemporâneo ao PIA, que teve como pressuposto a observação de frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância (GARBIN et al., 2012).

O Programa Inversão da Atenção conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto, permaneceu com a prioridade (ou exclusividade) de prestação de serviços a um grupo restrito, os escolares (NICKEL et al., 2008).

Já a Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar (NICKEL et al., 2008).

Idealizados sob o patamar de conhecimentos técnico-científicos da época, esses modelos representaram um grande avanço para Odontologia pública, sendo marcos na inserção de filosofias preventivo-educativas e na programação do serviço assistencial (GARBIN et al., 2012).

É importante também destacar que em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde trouxe, como subtema, a Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde. Pela primeira vez na história dessas Conferências, destacava-se e discutia-se de forma específica a contribuição da Odontologia em um programa nacional de saúde, cujas recomendações já apontavam para a adequação da formação de recursos humanos às necessidades do país, incorporação de pessoal auxiliar e técnico, produção de equipamentos e insumos básicos para a Odontologia e a institucionalização de um Núcleo Técnico de Saúde Bucal no Ministério da Saúde (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

Em 1982, foi implementado o Grupo de Trabalho de Odontologia no Ministério da Saúde, que priorizou a ação de fluoretação das águas de abastecimento público e com isso impulsionou a criação dos Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação (AQUILANTE, 2013).

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco histórico ao colocar as bases de mudança na concepção do SUS, tendo a universalização, a equidade e a integralidade como princípios doutrinários, sendo resultado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira cujos eixos ideológicos estavam pautados na saúde como direito, na unificação dos serviços (criação de um sistema único de saúde), na participação dos usuários, na ampliação do acesso e na qualidade da atenção à saúde, ou seja, batalharam para implantar um sistema de saúde que não beneficiasse somente classes específicas de trabalhadores, mas que fosse amplo, abrangente e democrático (AQUILANTE, 2013).

Após a realização da VIII CNS, houve várias Conferências temáticas e, dentre elas, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada em outubro de 1986, sob a coordenação de Volnei Garrafa. Esta Conferência expôs em seu relatório final a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal, inserida nos preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com a participação da população (MANFREDINI, 2009).

Em 1988, o Grupo de Trabalho de Odontologia foi substituído pela Divisão Nacional de Saúde Bucal, que deu seguimento às ações de fluoretação das águas, elaborou o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental (PRECAD) e criou as Coordenadorias Macrorregionais de Saúde Bucal (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

Em junho de 1989, foi publicada a Portaria GM nº 613/89 que aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal, fundamentada em cinco princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. Inicialmente, priorizava as crianças em idade de escolarização de 6 a 12 anos, depois adolescentes de 13 a 19 anos, crianças de 2 a 5 anos e, por fim, os adultos. Os tipos de serviços oferecidos, por ordem decrescente de prioridade, eram: emergências, ações preventivas e de educação em saúde, serviços recuperadores básicos, especialidades básicas (endodontia, periodontia, prótese, cirurgia e ortodontia) e serviços especializados de maior complexidade. Na prática, no entanto, os serviços seguiram priorizando as ações estabelecidas pelo PRECAD: fluoretação das águas de abastecimento público, uso de selantes de fósulas e fissuras, aplicação tópica de flúor gel a cada 6 meses em escolares de 6 a 12 anos e apoio ao consumo de dentífrico fluoretado (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

Em 1990, o PRECAD foi abandonado e houve a tentativa de se implementar o Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método da Fluoretação do Sal para fluoretar o sal nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Esta iniciativa não prosperou porque ia de encontro à política de fluoretação das águas de abastecimento público adotada por meio de legislação específica em 1974 (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013; SILVESTRE et al., 2013).

Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (BRASIL, 2006).

É importante registrar que, no final dos anos 1990, vários municípios brasileiros apresentavam uma rede de serviços públicos odontológicos que assegurava acesso universal à assistência odontológica de urgência e ações programáticas dirigidas aos pré-escolares e escolares e aos usuários das unidades básicas de saúde (NARVAI & FRAZÃO, 2008). Salienta-se que, em muitos municípios, assistiu-se a significativo esforço na direção da universalização da atenção básica à saúde bucal. Ao mesmo tempo, gargalos e limitações relativos à integralidade da atenção foram reiteradamente identificados no período (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Os anos de 1991 e 1992 se caracterizaram pela modificação na forma de repasses de recursos do nível federal com a implantação dos Procedimentos Coletivos (PC) e Procedimentos Individuais (PI). A aprovação de portarias ministeriais que incluíam os procedimentos coletivos (educação em saúde, bochechos fluorados, higiene bucal supervisionada e terapêutica intensiva com flúor) na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), resultou em grande expansão da prevenção em escolas e outros equipamentos sociais (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

No ano seguinte, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, sendo que as discussões realizadas nesta Conferência permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, levando em conta a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social (BRASIL, 1993).

Entretanto, de 1993 a 2002 houve expressivo declínio das ações de saúde bucal no Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal (MANFREDINI, 2009).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), representando tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

O PSF é composto por uma equipe multiprofissional, que engloba médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e, a partir do ano 2000, a equipe de saúde bucal (ESB), que pode ser de tipo I (Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) ou tipo II (Cirurgião-dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal) (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

A saúde bucal apenas foi contemplada com sua inclusão no PSF após a constatação, através de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 1998, de que 18,7% (29,6 milhões) dos brasileiros nunca tinham ido a um consultório odontológico e que os mais desassistidos eram as crianças menores de 4 anos, os homens e a população rural, o que evidenciou a baixa oferta de serviços odontológicos públicos (MANFREDINI, 2009; AQUILANTE, 2013).

Desta forma, em 28 de dezembro de 2000, foi publicada a Portaria nº 1.444/GM, estabelecendo incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. No entanto, esta Portaria previa que para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000; AQUILANTE, 2013).

Em 2001, foi estruturado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica por meio da Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, que regulamenta a Portaria nº 1.444. O objetivo desta Portaria é o de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, bem como garantir o acesso às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, tudo isto de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Ficou determinado que cada ESB deveria

executar, no âmbito da atenção básica, ações de promoção e de prevenção de saúde bucal em sua área adstrita, planejadas e desenvolvidas de maneira interdisciplinar e segundo os critérios de territorialização pré-estabelecidos (BRASIL, 2001; AQUILANTE, 2013).

Mas esta inclusão teve uma peculiaridade marcante, devido à proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, o que comprometeu a diretriz do vínculo e a resolubilidade, uma vez que a oferta era insuficiente para o atendimento de uma demanda que sempre teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal (AQUILANTE, 2013).

Neste sentido, a Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003, alterou esta proporção, estabelecendo que o número das equipes de saúde bucal implantadas poderia ser o mesmo das equipes de PSF, porém não incluiu o dentista na equipe mínima do programa. Deste modo, a inserção ou não desse profissional ficava a cargo dos gestores municipais, inclusive a questão da proporcionalidade entre as equipes de PSF e as de saúde bucal (AQUILANTE, 2013).

Com o objetivo de realizar um diagnóstico das condições de saúde bucal da população brasileira o Ministério da Saúde realizou de 2000 a 2003 a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira (BRASIL, 2004). Esta Pesquisa confirmou a tendência de queda na prevalência da cárie dentária nas crianças em idade escolar, a persistência de grandes desigualdades regionais, com a concentração de declínio da prevalência de cárie e de melhores condições de saúde bucal em áreas urbanas de capitais do Sul e do Sudeste, o quadro de edentulismo alarmante e o surgimento de outras necessidades como as oclusopatias (MANFREDINI, 2009).

Os resultados de prevalência de cárie dentária e as metas estabelecidas pela OMS e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, indicam que as metas foram atingidas somente na idade de 12 anos. Nas outras faixas etárias (5 a 6, 18, 35 a 44 e 65 a 74 anos), as metas propostas não foram atingidas (MANFREDINI, 2009).

No ano de 2003, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou uma nova pesquisa sobre acesso e utilização de serviços de saúde, em que se constatou uma leve diminuição no percentual de pessoas privadas de acesso aos cuidados de saúde bucal: 15,9% (27,9 milhões); no entanto, as maiores proporções de pessoas desassistidas continuaram sendo as crianças menores de 5 anos, a população rural e cidadãos de baixa renda (AQUILANTE, 2013).

Assim, constatou-se que a prática odontológica predominante no Brasil caracterizava-se pela ineficácia, na medida em que não reduziu em níveis significativos os problemas de saúde bucal da população; ineficiência, uma vez que é

de alto custo e baixíssimo rendimento; descoordenada, decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto a nível normativo quanto operacional; má distribuída, uma vez que as unidades prestadoras de serviço se localizam nos polos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigadas a buscar sistemas alternativos de atenção; baixa cobertura, na medida em que não consegue dar assistência nem à demanda espontânea; de alta complexidade, uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada; com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com inadequado preparo dos recursos humanos, que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deveriam atuar (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Entretanto, no Brasil, a partir de 2003, observou-se uma mudança na resposta do Estado em relação à política de saúde bucal, que saiu de uma posição secundária, passando a assumir uma de destaque e priorização na agenda governamental (CHAVES et al., 2017).

Frente às demandas sociais e à conclusão do levantamento epidemiológico SB Brasil, que apontou para uma grande dívida social na área da Saúde Bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no País, deflagrou-se um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, que culminou na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal “Acesso e qualidade superando a exclusão social”, sendo o tema central debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (BRASIL, 2005).

O Relatório Final desta Conferência afirma que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por

profissionais competentes, requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo (BRASIL, 2005).

Assim, desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a Política Nacional de Saúde Bucal resultou em um conjunto de proposições que a 3.^a CNSB oferece à Sociedade e ao Estado brasileiro para orientar suas decisões, de modo a que possam produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (BRASIL, 2005).

Desta forma, a partir de um amplo processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de Odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal, possibilitou a consolidação de um conjunto de propostas que, se expressou nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, documento político balizador do Programa Brasil Sorridente (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, publicada em 2004 e ainda em vigor, tem como principais eixos: a reorganização da atenção básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF); a organização da atenção especializada, através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde, através da educação em saúde, a realização de procedimentos coletivos e a fluoretação das águas de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal, na perspectiva do monitoramento das tendências, por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos (BRASIL, 2004; CHAVES et al., 2017).

Na Figura 1 estão as principais ações da PNSB – Brasil Sorridente.



Fig. 1 Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Retirado de: BRASIL (2016).

A atenção em saúde bucal no país, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolve a reorientação do modelo prevalente e pauta-se, entre outros: 1) na garantia de uma rede de Atenção Básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2) na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3) na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4) na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com a expansão do conceito de Atenção Básica e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2006). Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, bem como estabelecida sua forma de financiamento por meio da Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, com

vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados (BRASIL, 2006).

Os CEO são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da AB e, sempre integrados ao processo de planejamento local/regional, ofertam, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Entre esses procedimentos incluem-se, minimamente, periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL, 2006).

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde: CEO Tipo I – com três cadeiras odontológicas, CEO Tipo II – de quatro a seis cadeiras odontológicas e CEO Tipo III – acima de sete cadeiras odontológicas (BRASIL, 2006).

O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011.

Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando ampliar o número de Laboratórios e a oferta de próteses dentárias, aumenta o repasse financeiro federal para este fim.

Na Atenção Especializada encontra-se também a assistência hospitalar. No âmbito da Assistência Hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar - AIH e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção. Ainda em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores, da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de Atenção através de unidades de assistência e centros de referência. Outra ação foi a necessidade da atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACOM) (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

Além disso, o Ministério da Saúde criou outras duas normas para a Odontologia em ambiente hospitalar: procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para pacientes com necessidades especiais (Portaria nº 1.032/GM, de 05/05/2010) e procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar (Nota Técnica nº 1/2014).

Em 2011, por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2011). E, em 2013, por meio da Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (BRASIL, 2013).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada por meio da Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, no âmbito da saúde bucal, propõe-se a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento (BRASIL, 2016).

A Portaria Ministerial nº 1.341, de 29 de junho de 2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizerem parte da RCPD, no entanto, existem requisitos mínimos que devem ser cumpridos; dentre eles estão: a disponibilidade de 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência; realizar apoio matricial para as equipes de Saúde Bucal da AB, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado; manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência (BRASIL, 2016).

Em 2009, o Ministério da Saúde, objetivando ofertar serviços odontológicos para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais, implantou o

Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM) (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009, instituiu, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal. Essas UOM são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Ainda neste sentido, a Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, instituiu novos procedimentos na tabela do SUS: aparelhos ortodôntico e ortopédico, implante dentário osseointegrado e prótese sobre implante, sendo estes tratamentos realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2016).

O GraduaCEO – Brasil Sorridente – é um novo componente da Política Nacional de Saúde Bucal desenvolvido numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014. Constitui-se de uma série de ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidas e prestadas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em Odontologia. Foi criado com objetivos de: 1) ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS; 2) qualificar os serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em Odontologia na RAS; 3) ampliar os mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES com cursos de graduação em Odontologia; 4) melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população; e 5) integrar as clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em Odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal (BRASIL, 2014).

No GraduaCEO – Brasil Sorridente – são desenvolvidas ações de promoção e prevenção, atenção básica, atenção secundária, reabilitação oral e educação permanente (BRASIL, 2014).

Além disso, o Ministério da Saúde possui o Brasil Sorridente Indígena, um programa que consiste em ofertar atenção odontológica à população indígena no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais de Indígenas (DSEI), em consonância com o Subsistema de Saúde Indígena e SUS, com a finalidade de ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal nos DSEI (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

Assim, até junho de 2018, já haviam sido implantadas 26.406 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, atuando em 5.027 municípios, sendo a cobertura populacional de 41,84% (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

O acesso ao tratamento especializado, em junho de 2018, já estava disponível em 1.119 CEOs, sendo que destes, 511 estavam aderidos à RCPD. Neste mesmo período, já estavam implantados 1.846 LRPD e 81 centros cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a nível hospitalar (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

Salienta-se ainda, que até junho de 2018, 302 UOMs tinham sido entregues, 18 Instituições de Ensino Superior (IES) foram contempladas com o GraduaCEO e 923 profissionais entre dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal atuavam em aldeias em todo o país (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

Como parte das ações de vigilância e monitoramento da PNSB, no ano de 2010, o Ministério da Saúde realizou a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 com o objetivo de proporcionar ao próprio Ministério da Saúde e às instituições do SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2011).

O Projeto SB Brasil 2010 se constitui em peça-chave da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, na medida em que seus resultados servem para avaliar o impacto do programa, identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação da Estratégia Saúde da Família (direcionada para a AB) e dos CEO, elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2011).

Nesta Pesquisa, as condições observadas foram cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose dentária e edentulismo (uso e necessidade de prótese). Além da aferição dos agravos bucais, a condição socioeconômica, a utilização de serviços odontológicos e a autopercepção de saúde bucal foram também avaliadas. Os índices utilizados para a aferição dos agravos bucais foram os recomendados pela OMS para cada condição avaliada (BRASIL, 2011).

Dentre os principais resultados apresentados ao longo deste relatório, destacam-se os relativos à cárie dentária, usualmente avaliada a partir do índice CPO-D.

O índice mais utilizado para levantamento epidemiológico em saúde bucal é o CPO-D, que é o índice de ataque de cárie, formulado originalmente por Klein e Palmer em 1937 e preconizado pela OMS como um indicador do perfil de saúde bucal das populações (OMS, 1997).

O CPO-D refere-se aos dentes permanentes, enquanto para os dentes decíduos, o índice é o ceo-d. O CPO-D/ceo-d é uma representação numérica que

indica a prevalência de cárie dental em um indivíduo ou em uma determinada população estudada e é calculado a partir da soma da quantidade de dentes cariados (C), de dentes perdidos/extraídos (P/e) e de dentes obturados (O) (OPAS/OMS, 2002).

É um índice importante, pois fornece dados da quantidade de doença presente, por meio do seu componente cariado (C) e também fornece dados sobre a experiência prévia da doença, por meio de seus componentes obturado (O) e perdido/extraído (P/e), apresentando, portanto, um caráter cumulativo. Assim, quando o CPOD/ceo-d de uma população é estudado, é importante analisar os valores proporcionais de cada componente do índice, pois por meio destes valores podemos avaliar se o principal problema desta população são as cáries não tratadas ou se a perda dentária surge como um problema mais grave (BRASIL, 2003).

Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO-D é sempre referido em relação à idade. Neste sentido, um indicador utilizado internacionalmente é o CPO-D aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente (BRASIL, 2003).

Sendo assim, no Projeto SB Brasil 2010, o CPO-D aos 12 anos ficou em 2,07 e o componente do CPO-D relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), foi de 1,21, correspondendo a 58,4% do índice (BRASIL, 2011).

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,25, mais do que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Cabe ressaltar, também, que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de 5 anos foi, em média, de 2,43 dentes. Destes, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados (BRASIL, 2011).

Entre os adultos e os idosos, o principal problema evidenciado foi os dentes perdidos, sendo $P = 7,48$ para o grupo etário de 35 a 44 anos (CPO-D igual a 16,75) e $P = 25,29$ na faixa etária acima de 60 anos (CPO-D = 27,53). Isto nos mostra que o número de pessoas que possuem incapacidade funcional é elevado, dado pela perda do órgão dental (BRASIL, 2011).

O edentulismo também é um grande problema enfrentado pelos municípios e regiões brasileiras, especialmente entre os adultos e idosos (para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, enquanto para os idosos é de 23,9% para prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% de necessidade de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares) (BRASIL, 2011).

Assim, o relatório final do SB Brasil 2010 conclui que as características epidemiológicas das populações estudadas refletem a forma como a Odontologia foi

praticada no país durante anos. A Odontologia era quase que exclusivamente mutiladora e reparadora centrada no modelo cirúrgico-restaurador (BRASIL, 2011).

Quanto à avaliação da morbidade referida, uso de serviços odontológicos e impactos da saúde bucal na vida diária, a prevalência de dor de dente foi de 27,5% para os adultos e 10,8% para os idosos; cerca de 18% dos indivíduos de 12 anos nunca foram ao dentista no Brasil; o serviço público foi marcadamente o mais utilizado em todas as regiões do país e o impacto mais prevalente em todos os grupos etários e regiões foi a dificuldade para comer (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, é importante reconhecer que a PNSB – Brasil Sorridente ampliou o acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção. Mas, apesar disso, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade difícil de alcançar (CASTRO et al., 2011). Por mais que a saúde bucal tenha sua importância reconhecida, uma parcela importante da população brasileira ainda não tem acesso a serviços odontológicos (OLIVEIRA, 2008).

Em 2013, o IBGE realizou a Pesquisa Nacional de Saúde: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências em convênio com o Ministério da Saúde. Os resultados principais desta Pesquisa em relação à saúde bucal foram (IBGE, 2015):

- A proporção de pessoas que consultaram dentista nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista foi de 44,4% (89,1 milhões);
- O atendimento odontológico no Brasil ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 74,3% dos atendimentos. As Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 19,6% dos atendimentos;
- A pesquisa estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 11,0% perderam todos os dentes, o que corresponde a um contingente de 16,0 milhões, sendo maior a proporção entre as mulheres (13,3%) que entre homens (8,4%). Aproximadamente 41,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade perderam todos os dentes, tendo ocorrido o mesmo com 22,8% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto;
- Da população masculina de 18 anos ou mais de idade, 8,4% perderam todos os dentes, 19,3% perderam 13 ou mais dentes, e 28,3% usavam algum tipo de prótese. Apesar de as mulheres terem revelado melhor prevenção à saúde bucal, foram elas as que mais perderam dentes e as que mais usavam prótese dentária;
- No Brasil, 1,4% dos homens e 1,7% das mulheres tinham grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura. Essa dificuldade foi mais presente nos grupos de pessoas de 40 a 59 anos e de

60 anos ou mais de idade, bem como naquelas sem instrução ou com fundamental incompleto.

Sendo assim, torna-se de fundamental importância a realização de estudos que se proponham a avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal.

A seção seguinte abrange a temática acesso/acessibilidade.

1.3. Acesso e acessibilidade

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso à saúde no Brasil é universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população (JESUS & ASSIS, 2010).

O acesso se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (OLIVEIRA, 2015).

Refere-se à possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário (OLIVEIRA, 2008).

No entanto, acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre os autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Donabedian (1973) emprega o substantivo acessibilidade, referindo-se ao caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto Andersen (1995) prefere o substantivo acesso como ato de ingressar, entrar no sistema. Algumas vezes, ambos os termos são utilizados para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde. No entanto, entendemos que o conceito de acessibilidade é bem mais abrangente que o de acesso, sendo influenciado por fatores individuais, econômicos, sociais, culturais, geográficos e organizacionais.

Alguns autores discutem que acesso é categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre

os usuários e o sistema de cuidados em saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; JESUS & ASSIS, 2010).

Portanto, o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção. Neste sentido, seria necessário avaliar a disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços; as resistências do serviço, isto é, o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção originadas nos serviços (o que resultaria na identificação de uma disponibilidade efetiva); e, finalmente, o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter a atenção (poder de utilização) (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

Para Starfield (2002), o acesso consiste no primeiro requisito para que a Atenção Básica, de fato, torne-se a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo necessária a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

Em relação à definição do uso de serviços de saúde e suas formas de utilização, o acesso é mediado por três fatores individuais: fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde (ASSIS & JESUS, 2012).

Os fatores predisponentes são aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde como variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros) (ASSIS & JESUS, 2012).

Os fatores capacitantes são condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços (ASSIS & JESUS, 2012).

Os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção (ASSIS & JESUS, 2012).

Cabe ressaltar, que nessa análise, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais (ASSIS & JESUS, 2012).

Assim, a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (ASSIS & JESUS, 2012).

Desta forma, também baseada nesta concepção, Fekete (1996) (*apud* AZEVEDO & COSTA, 2010) identifica quatro dimensões da acessibilidade:

- i) Dimensão geográfica: refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos.

- ii) Dimensão organizacional: refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço, isto é, na entrada (demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário) e no pós-entrada (demora na espera pelo atendimento; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência).
- iii) Dimensão sociocultural: refere-se a perspectivas da população (percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha) e do sistema de saúde (formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação).
- iv) Dimensão econômica: refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento.

Ao tratar a questão da acessibilidade a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; JESUS & ASSIS, 2010) .

Assim, acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

No tocante às dimensões específicas, a “disponibilidade” é entendida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades; a “acessibilidade”, como a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; a “acomodação ou adequação funcional”, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; a “capacidade financeira”, como relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída; e, por fim, a “aceitabilidade”, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e sobre as características das práticas dos serviços, bem

como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (JESUS & ASSIS, 2010) .

Para Unglert (1990), a acessibilidade deve ser garantida de alguns pontos de vista:

- Geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde;
- Econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário;
- Cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem;
- Funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Neste sentido, a questão da acessibilidade assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida por Cecílio no modelo do círculo (JESUS & ASSIS, 2010).

De acordo com Cecílio (1997), o círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza, ao contrário, abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS, ou seja, deve trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada.

Assim, percebe-se que a acessibilidade aos serviços de saúde envolve a consideração de diversos fatores que podem facilitar ou dificultar seu caráter de universalidade (CASTRO, 2007).

Esta constatação corrobora a ideia de que tal assunto é bastante complexo e necessita de estudos que contemplem diferentes perspectivas, de forma a apreender a realidade localmente observada (CASTRO, 2007). Deste modo, torna-se importante estudar a acessibilidade nos diversos setores de saúde, incluindo os serviços de saúde bucal.

Bellato et al. (2008) afirmam que o estudo da resolutividade dos problemas de saúde da população pressupõe operar, num mesmo momento, duas lógicas que se inter-relacionam, se interpõem e se tensionam: a lógica dos serviços de saúde em torno da organização da atenção e a lógica dos usuários que buscam os serviços de saúde a partir de um recorte de suas necessidades.

Sendo assim, com o propósito de apreender as vivências e sentidos dados à busca por acessibilidade e resolutividade para as suas demandas de saúde bucal, analisou-se e descreveu-se os itinerários terapêuticos dos usuários destes serviços.

Desta forma, este trabalho teve como proposta analisar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal, considerando o princípio da integralidade da atenção em saúde, na forma como este tem se efetivado na rede de serviços de saúde, em seus diversos níveis de complexidade.

Seguindo a lógica do usuário, este trabalho pretendeu compreender como os usuários do SUS redesenham a configuração/hierarquia entre os serviços de saúde bucal ao buscarem a resolutividade para seus problemas de saúde.

De acordo com o exposto, foram formuladas as seguintes questões de pesquisa: Como ocorre a acessibilidade aos diferentes serviços de saúde bucal? Quais foram os caminhos percorridos pelos usuários ao perceberem-se necessitados? Quais foram os disparadores para a busca do cuidado?

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Identificar e compreender como ocorre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em dois municípios do interior do estado de São Paulo (SP) com diferentes portes populacionais, com ofertas de serviços em diferentes níveis de complexidade, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as concepções de saúde e doença dos usuários dos serviços de saúde bucal;
- Descrever e analisar os itinerários terapêuticos de usuários dos serviços de saúde bucal, identificando os dispositivos disparadores da busca por cuidado;
- Apreender as vivências e sentidos dados à busca por acessibilidade e resolutividade para as suas demandas de saúde bucal;
- Identificar os contextos que podem facilitar ou dificultar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal.

3. Referencial Teórico

3.1. Itinerários Terapêuticos

Alves & Souza (1999) afirmam que os estudos sobre itinerários terapêuticos (IT) revelam a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e a multiplicidade de caminhos e escolhas que estão presentes nesse processo. Desta forma, os autores compreendem itinerário terapêutico como um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido, ou seja, o tratamento da aflição.

Na saúde, há um expressivo predomínio do paradigma biomédico sobre as questões que dizem respeito à adoção das práticas de saúde, no qual não é reconhecido pelos profissionais de saúde o estado de saúde do ser como uma totalidade de seu interior e de todo um universo sociocultural que o envolve. Isso resulta na adoção de práticas de saúde reducionistas, focalizadas na doença que, por sua vez não atendem às necessidades individuais de cada pessoa, negligenciando a expressão sociocultural trazida por cada sujeito que busca o cuidado em saúde. Assim, salienta-se que a saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive (SILVA JR. et al., 2012).

Nesse sentido, é importante considerar o universo sociocultural que cada indivíduo está inserido, bem como sua experiência de enfermidade, para entender as suas necessidades, e qual a concepção de saúde, doença e cultura que cada um constrói para si e, por seu turno influenciará a escolha dos mecanismos de tratamento que responderá a sua aflição e a cura de sua doença (SILVA JR. et al., 2012).

Vemos então que, para resolver seus problemas de saúde, os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e a cura. Desse modo, a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa tem do seu estado psicobiossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição (SILVA JR. et al., 2012).

É importante destacar que na maioria dos estudos são ressaltados itinerários médicos ou trajetórias assistenciais que correspondem à sequência de recursos de

cuidados profissionais acionados desde o aparecimento de um problema ou doença até a sua cura, estabilização ou morte. No entanto, reconhece-se que existem diferentes formas de cuidados, não somente os cuidados ofertados pelo sistema de saúde profissional e que precisam ser considerados, já que fazem parte do cotidiano dos indivíduos (BURILLE, 2014).

Assim, Helman (2009) classifica os sistemas de cuidado em setores informal, popular e profissional, sendo que o indivíduo pode se utilizar deles individualmente ou realizar combinações.

De acordo com este autor, o setor informal é aquele constituído pelo domínio leigo. Assim, neste setor, logo após o reconhecimento do desconforto se iniciam os cuidados em saúde que podem ser automedicação, tratamento indicados por pessoas próximas, atividade de cura na igreja e grupos de autoajuda, bem como consultas com pessoas leigas que tenham experiência com problemas de saúde (HELMAN, 2009).

O setor popular é formado por curandeiros, espiritualistas, clarividentes, dentre outros, que, na maioria das vezes, compartilham os mesmos valores culturais e visão de mundo da comunidade onde estão inseridos (HELMAN, 2009).

Já o setor profissional é constituído pelos profissionais da saúde, regulamentados por leis, sendo que estes desfrutam de um certo prestígio e poder para interrogar, medicar, indicando, algumas vezes, medicamentos que oferecem risco à saúde, assim como podem privar as pessoas de liberdade e convívio familiar ao serem diagnosticadas com uma doença que necessite de internação hospitalar ou uma doença infecciosa. Entretanto, ressalta-se que este recurso nem sempre está disponível uma vez que em muitos municípios há um número reduzido de profissionais que se concentram preferencialmente nos centros urbanos (HELMAN, 2009).

Desta forma, o processo de escolha de um sistema de cuidado é variado e complexo, ou seja, diferencia-se de um indivíduo para o outro e pode variar em um mesmo indivíduo entre um episódio de doença e outro. Assim, o processo de escolha de um sistema de cuidado envolve variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas, entre outras. Tais escolhas podem ocorrer de forma simultânea e em cascata, de tipo exclusivo (apenas um sistema) ou tipo misto (contempla mais de um sistema), pois não existe um padrão único e pré-definido de busca terapêutica (BURILLE, 2014).

De acordo com Pinheiro et al. (2016), o tema dos itinerários terapêuticos não é novidade no campo da Saúde Coletiva. Há quase duas décadas, ele vem sendo utilizado como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças, sofrimentos, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de adoecimento.

Os autores constatarem que a abordagem dos itinerários terapêuticos oferece visibilidade para a pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidado no campo da saúde, que operam na reafirmação do direito à saúde e dos princípios e diretrizes do SUS (PINHEIRO et al., 2016).

Além disso, Bellato et al. (2008) afirmam que a análise da lógica do usuário na busca por atenção à saúde possibilita uma noção ampliada das trajetórias por ele empreendidas, sendo as mesmas compreendidas como guias de percursos e de produção de sentidos.

Assim, afirma-se que a construção de itinerários terapêuticos, em seus percursos teórico-metodológicos, tem permitido apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados (BELLATO et al., 2008).

Ou seja, os itinerários terapêuticos evidenciam os tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de busca de cuidados em saúde, por usuários e suas famílias, e dos modos como os serviços de saúde podem lhe dar respostas mais ou menos resolutivas (BELLATO et al., 2008).

A compreensão sobre como as pessoas constroem seus itinerários terapêuticos é fundamental para orientar as novas práticas em saúde (MÂNGIA & MURAMOTO, 2008).

No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e profissionais de saúde, embora sejam elas que definam as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde (MÂNGIA & MURAMOTO, 2008).

Assim, pautada pelo princípio da integralidade, a rede de saúde, para além da perspectiva meramente funcionalista, pode-se voltar para a compreensão das necessidades da população expressas em seus itinerários terapêuticos, sob a forma de demandas sociais, exigindo, conseqüentemente, a adequação da oferta de práticas e serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2016).

A discussão teórica brasileira sobre itinerários terapêuticos tem sua origem na concepção de Mechanic & Volkart (1960), baseada em uma perspectiva centrada no comportamento do enfermo, em que as escolhas dos indivíduos são guiadas tanto pelas práticas de cuidado assistenciais biomédicas quanto pela demanda e oferta de serviços de saúde e determinadas por uma lógica de consumo (ALVES, 2016).

Estes estudos, denominados de “*illness behavior*” estabeleceram um padrão de análise cujo objetivo fundamental é identificar e caracterizar os fatores socioculturais que determinam, em certos grupos sociais, a pouca ou alta utilização de serviços de saúde. Parte-se da premissa de que os indivíduos orientam “racionalmente” sua

conduta para a satisfação das suas necessidades (no caso, o uso do serviço de saúde para resolver seus problemas de doença ou aflição). Ou seja, a busca de tratamento é interpretada como resultado de condutas orientadas por princípios de custo-benefício. Nessa perspectiva, o que essas pesquisas procuram é caracterizar os “padrões socioculturais” ou “psicossociais” que regulam, no mercado de serviços disponíveis na sociedade, a busca de tratamento à saúde (ALVES, 2015).

Tais “padrões” são apresentados mediante dois pressupostos: (a) demandas e utilização dos serviços de atenção à saúde (notadamente da arena profissional); (b) conjunto de associações já agregadas (ou melhor, reagregadas e empacotadas conjuntamente) por indivíduos (ou grupos sociais) no processo que desenvolveram para buscar ajuda terapêutica (ALVES, 2015).

Desta forma, o IT depende de uma “lógica interna de funcionamento” dos serviços de saúde (seu “contexto social”) e das “forças sociais” implícitas nas ações realizadas pelos atores no uso desses serviços. Assim, uma vez definidas tais “lógicas” e “forças”, ainda que de maneira vaga, o IT é reduzido a um tipo especial de causalidade para explicitar uma determinada linha de ações (“padrões de percursos”) realizadas para o tratamento à saúde (ALVES, 2015).

Estudos posteriores, delineados a partir das contribuições de Kleinman (1980) ampliam essa discussão por meio de uma perspectiva compreensiva dos modelos explicativos do comportamento em que a procura por diferentes sistemas de cuidado é guiada por uma matriz cultural e social, que extrapola a lógica da exclusividade da racionalidade médica (ALVES, 2016). Sendo a racionalidade médica definida como um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: a morfologia do homem (anatomia), a dinâmica vital (fisiologia), o sistema de diagnose, o sistema terapêutico e a doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura) (TESSER, 2009).

De acordo com Alves (2016), é possível identificar nos itinerários terapêuticos duas ordens de explicações: cognitivas (construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde; caracterização de valores, emoções, ideologias relacionados com a doença ou sofrimento) e socioeconômico (desigualdades sociais, estruturas familiares, gênero e questões étnicas que interferem na busca e oferta de serviços à saúde). Assim, por meio dessas duas ordens explicativas – que não são excludentes entre si – são analisadas quatro temáticas que usualmente se entrecruzam: (a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à

saúde; (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde (ALVES, 2016).

Neste sentido, a análise dessas categorias tem como objeto de estudo as representações de doença, a busca de determinados tratamentos, adesão e avaliação de terapias, conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento, relação paciente-profissional de saúde, disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (ALVES, 2016).

O itinerário terapêutico possibilita, deste modo, trazer para a discussão o potencial analítico que ele tem em olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, potencial interessante para apreender o que estaria em jogo no processo de saúde-doença-cuidado (PINHEIRO et al., 2016).

Ou seja, os itinerários terapêuticos mostram abertura para compreender o papel que o encontro entre pessoas possui. Um encontro que, contudo, ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz aparecer uma dimensão relacional e, conseqüentemente, simbólica, imbricada no que é posto em circulação nesses encontros (PINHEIRO et al., 2016).

Há de se considerar também que entre os elementos que disparam a busca por cuidados está a concepção de saúde e de doença. As ideias sobre saúde e doença variaram de acordo com o entendimento que as populações e comunidades tiveram do mundo, da doença e do processo de viver, e têm associação com valores ético-morais (FERTONANI & PIRES, 2010).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007).

Leite & Vasconcellos (2006) afirmam que a forma pela qual os indivíduos de uma dada sociedade situam-se em relação à doença, ou como a percebem, é tema reconhecido como de fundamental importância para o estudo social das doenças e das formas de lidar com elas. Desde tempos remotos, a humanidade teve de enfrentar a doença como parte de seu cotidiano, desenvolvendo, para tanto, estratégias diversas.

Longe de ser privilégio das ciências biomédicas e dos eruditos, os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade (LEITE & VASCONCELLOS, 2006).

Alguns autores afirmam que a doença é a experiência de mal-estar, de que algo não vai bem, não necessariamente um problema biológico, o que pontua o

caráter pessoal e particular dessa experiência (ALVES & RABELLO, 1999; LEITE & VASCONCELLOS, 2006).

Assim, compreender a doença significa, pois, estender o olhar sobre o sujeito e sobre o campo de interações indivíduos, grupos, instituições e a cultura subjacente (LEITE & VASCONCELLOS, 2006).

Atualmente, a saúde é apontada como resultante das condições de vida, especialmente no que tange as condições econômicas, que permitem o acesso à saúde e às variadas dimensões da vida, como trabalho, educação e lazer. Essa concepção de saúde está relacionada com o conceito de promoção da saúde, o qual se concebe como uma forma de interpretar as necessidades cotidianas de saúde da população em uma ótica coletiva e que compreende a saúde como produção social, considerando-se os determinantes socioeconômicos. Assim, observa-se que a conceituação de saúde se amplia à medida que incorpora diferentes dimensões da vida humana, deixando de ser compreendida apenas como ausência de doença (BUDÓ et al., 2014).

Desta forma, há diferentes percepções da concepção saúde-doença que são influenciadas pela cultura e situação de classe. A importância e os significados dados ao adoecer são um processo particular, relacionado às experiências individuais (FERTONANI & PIRES, 2010).

Neste sentido, na perspectiva sociocultural, as escolhas e caminhos trilhados pelos usuários são pautados por visões de mundo, interpretações e percepções sobre o processo de adoecimento e morte, representações sobre os serviços de saúde e sobre o cuidado (LIMA et al., 2016).

A disponibilidade de recursos também contribuirá no processo de escolha do indivíduo, em que ele irá reconhecer qual serviço de saúde pode atendê-lo dentro das suas possibilidades financeiras (LIMA et al., 2016).

Portanto, apenas considerando o indivíduo em sua rede de interações e o seu contexto sociocultural pode-se compreender as decisões por ele tomadas, isto é, a tentativa de solucionar seus problemas de saúde se inscreve no cotidiano, uma vez que o enfrentamento da doença dele faz parte (LIMA et al., 2016).

Assim, considera-se, que o itinerário individual não é predeterminado, mas se norteia por uma experiência social e coletiva compartilhada em diferentes cenários da vida cotidiana (LIMA et al., 2016).

Ou seja, a construção do itinerário refere-se, também, a uma consciência de possibilidades disponíveis e, idealmente, acessíveis aos indivíduos. É no ato da escolha e tomada de decisão que o indivíduo começa a interpretar a situação na qual

se encontra e idealizar as condições mais adequadas ao seu tratamento (LIMA et al., 2016).

Portanto, deve-se apostar no potencial dos itinerários terapêuticos para evidenciar as fronteiras do cuidado em suas diferentes expressões no cotidiano em espaços públicos, seja em sistemas, seja em grupos, retratando a multiplicidade da constituição, qualidade dos vínculos e potenciais cuidadosos (LIMA et al., 2016).

Além disso, Pinheiro et al. (2016) apostam também no potencial dos IT em tencionar práticas e noções construídas no campo da saúde acerca das experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas, dentre outras, por meio de estudos de situações concretas que possam se aproximar da integralidade do cuidado em saúde.

É mister reiterar que a integralidade é tomada como prática de luta política, indissociável da universalidade e da equidade, pois é materializada, no cotidiano das ações, nas instituições de saúde, como práticas sociais de cuidado, de gestão e de controle pela sociedade.

Práticas estas que produzem espaços de diálogo entre vários atores que interagem na vivência humana, dentro e fora dos serviços de saúde, e que, ao melhor compreenderem as necessidades em saúde, medeiam negociações de ações articuladas em diferentes espaços e níveis de atenção do sistema de saúde.

Diante deste contexto, na seção seguinte aborda-se a integralidade da atenção à saúde.

3.2. Integralidade da atenção à saúde

Em suas origens, o debate sobre a integralidade em saúde remonta aos anos 1960, época em que surgiram grandes questionamentos e críticas sobre as atitudes fragmentadas no ensino médico, adotadas pelas escolas médicas dos Estados Unidos (COSTA, 2004; MATTOS, 2009).

O fundamento dessa crítica recaiu sobre o privilégio conferido às especialidades na formação médica, cuja tendência era a de recortar o corpo humano de acordo com o seu funcionamento, ou seja, em sistemas ou aparelhos, desviando o olhar da totalidade dos indivíduos. Essa situação impedia que os estudantes e, posteriormente, os médicos, tivessem a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. A fragmentação, frequentemente adotada pelos profissionais, era vista também como reducionista, já que o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas em

detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento (COSTA, 2004; MATTOS, 2009).

Desta forma, o discurso inaugural da integralidade abarca um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis para os médicos relacionadas à sua possibilidade de compreensão e apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos (COSTA, 2004).

Neste sentido, deve-se considerar que um dos traços fundamentais da APS, em qualquer um de seus modelos de organização das ações, é a perspectiva da integralidade (PAIM, 2004; SALA et al., 2011).

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SALA et al., 2011).

De acordo com Mattos (2009) uma das acepções de integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde.

Este mesmo autor afirma que outro ângulo de aproximação com a integralidade considera a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (MATTOS, 2009).

Assim, embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos (COSTA, 2004).

Já no âmbito da prática profissional, Pinheiro (2009) e Mattos (2009) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Em que pese o termo integralidade possuir um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade é para Pinheiro (2009) uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em

planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Desta forma, para Pinheiro (2009) a oferta e a demanda correspondem a um tipo de marcador contínuo que permite identificar os limites, possibilidades, e mesmo os desafios, de se garantir a integralidade nos serviços de saúde. Essa ideia parte do pressuposto de que a integralidade nesses serviços tem nas categorias oferta e demanda as principais ferramentas de sua observação, quando analisadas relacionalmente, as quais são construídas de maneira dinâmica, resultante de uma ação social, que pode incluir a objetividade e/ou subjetividade de seus atores no interior das instituições (PINHEIRO, 2009).

Afirmando que não há possibilidade de integralidade e equidade sem a garantia da universalidade do acesso, Cecílio (2009) alerta que esses dois conceitos – integralidade e equidade – constituem os objetivos da atenção à saúde. Para o autor, além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, o debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos.

Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual (CECÍLIO, 2009).

Logo, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECÍLIO, 2009).

Portanto, a complexidade do objeto da saúde exige recriar a atuação dos profissionais de vários campos do conhecimento que atuam na saúde, já que a complexidade não é redutível à organização da atenção em determinado nível e envolve a ação dos distintos profissionais das diversas disciplinas complementares do campo da saúde (CECÍLIO, 2009).

A proposta é que a integralidade não deva ser transformada em um conceito, mas um ideal regulador, um devir. Algo como ideal de objetividade para investigação

científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar. Vê-se, portanto, que, num paradoxo, a integralidade é ao mesmo tempo inalcançável e indispensável (CAMARGO JR., 2009).

Neste sentido, Ayres (2009) afirma que a universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais para que se possa compatibilizar pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar. Contudo, entre esses três princípios, a integralidade é aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde.

De acordo com este autor, o princípio da universalidade impulsiona a construção do acesso para todos, o da equidade exige pactuar com todos o que cada um necessita, no entanto, a integralidade tem como desafio o 'saber' e o 'fazer', ou seja, o quê e como pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de saúde de cada um (AYRES, 2009).

Desta forma, Ayres (2009) aponta quatro eixos que estão relacionados entre si e guardam certa interdependência com relação à integralidade. São eles:

- 1) Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e respostas às demandas de atenção à saúde;
- 2) Eixo das finalidades: refere-se aos graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social;
- 3) Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde;
- 4) Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado. É a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde.

Assim, para este autor, é preciso que se fundam horizontes, e que os projetos de felicidade dos sujeitos envolvidos no cuidado possam instruir os êxitos técnicos possíveis na direção dos sucessos práticos almejados. Para isso, o sujeito usuário não pode ser subsumido na objetualidade construída pelo profissional. É preciso, em outros termos, que o enfoque instrumental do encontro assistencial seja incorporado em um enfoque hermenêutico, de modo que este último dê acesso ao sentido prático do primeiro, caracterizando o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários (AYRES, 2009).

4. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou como referenciais teóricos – metodológicos a integralidade da atenção à saúde e o itinerário terapêutico.

A pesquisa qualitativa é uma modalidade que responde a questões muito particulares, tanto individual quanto coletivamente. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis matemáticas (MINAYO, 2010).

Por meio do estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade um assunto, de modo a torná-lo mais claro, no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Assim, explorar um assunto significa reunir mais conhecimento e incorporar características inéditas, bem como buscar novas dimensões até então não conhecidas (RAUPP & BEUREN, 2006).

A pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registra-los, analisá-los, classifica-los e interpreta-los sem que o pesquisador interfira neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador (RAUPP & BEUREN, 2006).

Desta forma, a observação, o registro e a análise dos fatos que envolvem usuários em busca de acessibilidade aos serviços de saúde bucal, sem intervir sobre eles, conferiram ao estudo um caráter descritivo, enquanto o levantamento de informações com a finalidade de conhecer melhor este fenômeno caracterizou a pesquisa também como exploratória.

4.1. Cenário do estudo

O cenário de estudo compreendeu os municípios de Ibaté e São Carlos, sendo ambos os municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS III – Araraquara.

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se dá por meio dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto, em 2012, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde (Figura 2), que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2018).



Fig. 2 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. Fonte: São Paulo (2018).

Os municípios que compõem o DRS III são: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiju. Estes 24 municípios estão organizados em quatro Colegiados de Gestão Regional (CGR): Central, Centro-Oeste, Coração e Norte (SÃO PAULO, 2018).

O CGR Coração é formado pelos municípios de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos (SÃO PAULO, 2018).

Optou-se por escolher os municípios de Ibaté e São Carlos, pois pertencem à mesma região de saúde, constituindo parte do CGR Coração. Além disso, o porte populacional dos municípios caracteriza a oferta dos serviços em diferentes níveis de complexidade, sendo o CEO do município de São Carlos referência para os demais municípios deste território sanitário.

De acordo com o IBGE, no último censo populacional realizado, o número de habitantes estimado para 2018 nos municípios de Ibaté e São Carlos foi de 34.726 e de 249.415 pessoas, respectivamente (IBGE, 2018).

O PIB per capita médio, em 2015, foi de R\$ 20.077,63 para Ibaté e R\$ 40.435,49 para São Carlos (IBGE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que avalia educação, longevidade e renda, foi de 0,703 para Ibaté (categoria “Alto”), enquanto para São Carlos foi de 0,805 (categoria “Muito alto”), em 2010 (IBGE, 2018).

O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é um estudo do Sistema FIRJAN que acompanha o desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros, avaliando emprego, renda, educação e saúde (FIRJAN, 2018). Para o IFDM edição 2018 – ano base 2016, o município São Carlos apresentou índice alto de desenvolvimento (0,8651), enquanto Ibaté apresentou desenvolvimento moderado (0,7615).

De acordo com a Prefeitura Municipal de Ibaté (2018), o município possui sete unidades de saúde, sendo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e seis Unidades de Saúde da Família (USF), todas com equipes de saúde bucal.

Já o município de São Carlos, possui 31 unidades de saúde com equipes de saúde bucal, sendo 11 UBS e 20 USF (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2018).

Para o município de São Carlos, considera-se a divisão do território geográfico em cinco regiões de saúde: Cidade Aracy, Redenção, Santa Felícia, Vila Isabel e Vila São José (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2018).

Neste contexto, foi definido que participariam do estudo doze unidades de saúde, sendo duas unidades de saúde no município de Ibaté (uma UBS e uma USF) e dez unidades de saúde no município de São Carlos (cinco UBS e cinco USF), sendo uma UBS e uma USF de cada região de saúde.

Desta forma, o primeiro passo para a realização deste estudo foi a definição de quais unidades de saúde iriam participar da pesquisa.

Assim, para garantir igual chance das unidades participarem da pesquisa, foi realizado um sorteio aleatório, apenas considerando a divisão por regiões de saúde do município de São Carlos, a fim de que fossem selecionadas uma UBS e uma USF de cada região. Nota-se que para o município de Ibaté que possui uma única UBS esta foi imediatamente selecionada.

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, as unidades de saúde receberam nomes fictícios de cores, conforme detalhado na Tabela 1.

Itinerário Terapêutico	Tipo de Unidade de Saúde	Nome fictício	Município
Orquídea	USF	Unidade Verde	São Carlos
Rosa	USF	Unidade Amarela	São Carlos
Gerânio	UBS	Unidade Laranja	São Carlos
Lírio	UBS	Unidade Azul	São Carlos
Azaleia	USF	Unidade Lilás	São Carlos
Violeta	USF	Unidade Vermelha	São Carlos
Girassol	UBS	Unidade Rosa	São Carlos
Gérbera	UBS	Unidade Branca	São Carlos
Margarida	UBS	Unidade Marrom	São Carlos
Jasmim	USF	Unidade Púrpura	São Carlos
Hortênsia	UBS	Unidade Cinza	Ibaté
Tulipa	USF	Unidade Preta	Ibaté

Tabela 1. Nome fictício das Unidades de Saúde participantes da Pesquisa.

4.2. Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram os usuários dos serviços de saúde bucal dos municípios de Ibaté e São Carlos. Os critérios para participar do estudo foram: ser maior de 18 anos, apresentar condições de comunicação verbal, permitir o uso do gravador e a publicação dos resultados obtidos pelo estudo em meio científico.

Com relação ao número de entrevistados, foram dois usuários do município de Ibaté e dez usuários do município de São Carlos, totalizando doze entrevistados; sendo um entrevistado por unidade de saúde participante da pesquisa. Cabe ressaltar que este estudo não busca a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento sobre a temática proposta, pois se trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010).

Esta definição amostral foi caracterizada como amostra de conveniência, que, por definição, são constituídas por pessoas que estão ao alcance do pesquisador e dispostas a responder a um questionário (MINAYO, 2010).

Ainda de acordo com Minayo (2010), as amostras de conveniência apresentam algumas características, tais como: priorizam os sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer; considera que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência de informações, mas não despreza informações singulares; trabalha com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças; busca que a escolha do

campo e dos grupos a serem observados contenha o conjunto das experiências que se pretende captar (MINAYO, 2010; AQUILANTE, 2013).

Todos os participantes da pesquisa foram informados acerca do título e autores da pesquisa, dos objetivos, benefícios e riscos sociais da mesma e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os participantes tiveram seu anonimato resguardado e o livre acesso aos dados e resultados alcançados, bem como tiveram o direito de obter resposta para dúvidas e/ou esclarecimentos que se fizessem necessários. Assim como tiveram direito de desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Todas as etapas da pesquisa obedeceram rigorosamente às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata dos aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, sendo que este Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos por meio da Plataforma Brasil, sendo o parecer de aprovação nº 2.757.074 (Anexo A).

Como forma de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, os entrevistados receberam nomes fictícios de flores (Tabela 1).

4.3. Instrumentos de construção de informações

Como instrumentos de construção das informações, utilizou-se a entrevista, com roteiro semiestruturado (Apêndice B), o diário de campo (Apêndice C) e a observação participante (Apêndice D).

De acordo com ALENCAR et al. (2012), a entrevista é definida como uma forma de interação social resultante da relação entre duas pessoas que se veem com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. Nesta técnica, o instrumento primordial é a palavra, através da qual se revelam valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais.

Com relação ao uso de diário de campo, ressalta-se que este é um instrumento de registro de dados do pesquisador. Além de serem descritos no diário os eventos, conversas, surpresas encontradas, esse instrumento tende a ser mais abrangente, registrando também análises e interpretações do pesquisador frente ao que será vivenciado (BURILLE, 2014).

Já a observação participante é uma técnica de pesquisa que se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (MINAYO, 2010).

A importância dessa técnica reside no fato de possibilitar a captação de uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2010).

No entanto, o pesquisador deve ter claro que informações serão relevantes para atingir seu objetivo, utilizando para tanto um plano de observação (GERHARDT et al., 2009).

Entretanto, salienta-se que o diário de campo e a observação participante constituíram instrumentos auxiliares para a construção das informações.

Todas as entrevistas foram transcritas, identificadas e organizadas para que os itinerários terapêuticos pudessem ser construídos.

4.4. Análise das informações

A análise ou o tratamento do material empírico tem como objetivo ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análise, articulando a teoria e os dados empíricos no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, ideias e valores, e na ação particular, coletiva e social (ASSIS & JORGE, 2010).

Qualquer técnica de análise de dados, em última instância, significa uma metodologia de interpretação. Como tal, possui procedimentos peculiares, envolvendo a preparação dos dados para a análise (TAQUETTE, 2016).

O método de análise das informações teve uma aproximação com a análise temática de conteúdo.

Bardin (1977) configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (CAMPOS, 2004). Porém, a própria autora afirma que este conceito não é suficiente para definir a especificidade da técnica, acrescentando que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, considerando-se o contexto social e histórico sob o qual foram produzidos (CAMPOS, 2004).

De acordo com este ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores e/ou receptores (CAMPOS, 2004).

Nesta direção, a análise das informações foi realizada, considerando a seguinte trajetória metodológica: fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas, a seleção das unidades de análise (ou unidades de significados) e o processo de categorização e subcategorização.

A fase de pré-exploração do material tem o objetivo de estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo (ALENCAR et al., 2012).

Para tanto, todas as entrevistas foram transcritas e, em seguida, fez-se a leitura preliminar do material. A leitura atenta dos dados textuais, com releitura compreensiva, deve ser realizada com o objetivo de se dispor de uma visão do conjunto e apreender as particularidades presentes no texto (TAQUETTE, 2016).

A partir desta leitura exaustiva, pode-se identificar o *corpus* das entrevistas, ou seja, separa-se o que não diz respeito diretamente ao interesse do estudo (TAQUETTE, 2016).

Selecionado o *corpus* a ser analisado, realiza-se a leitura flutuante do material, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada os aspectos que são importantes para as próximas fases da análise. Na leitura flutuante, o pesquisador apreende de uma forma mais geral as principais ideias e os seus significados (CAMPOS, 2004).

A seleção das unidades de análise consiste na seleção dos temas que foram analisados. O tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, vislumbrada através dos objetivos de sua pesquisa (CAMPOS, 2004).

A evidenciação das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, é realizada por meio de um processo dinâmico e indutivo de atenção na mensagem explícita, mas também nas significações não aparentes no conteúdo do texto (CAMPOS, 2004).

Não obstante, a opção por essa ou aquela unidade temática é uma conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias explicativas adotadas pelo pesquisador e as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador (CAMPOS, 2004).

Neste constante ir e vir entre os objetivos do trabalho, teorias e intuições do pesquisador emergem as unidades de análise que futuramente serão categorizadas (CAMPOS, 2004).

A fase de categorização compreende a determinação das categorias de análise. As categorias são grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que através da sua análise, exprimem significados e elaborações importantes condizentes com os objetivos da

pesquisa, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

A partir da sistematização em categorias é que se realiza a discussão do conteúdo das entrevistas à luz da literatura científica.

5. Ações iniciais da Pesquisa

Antes que as entrevistas fossem realizadas, a pesquisa foi apresentada aos gestores municipais de saúde e aos profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal) das unidades participantes, inclusive mostrando a carta de anuência dos Secretários Municipais de Saúde (Anexos B e C) e o parecer de aprovação no CEP.

Em seguida, após agendamento prévio com as supervisoras das unidades, foram realizadas as entrevistas, com o auxílio de um roteiro semiestruturado.

As visitas foram realizadas em períodos diferentes, sendo logo no início da manhã ou no início da tarde, nos horários de atendimento dos profissionais de saúde bucal. Assim, os usuários que estavam na sala de espera foram convidados a participar da pesquisa.

Após o usuário aceitar o convite, esperava-se que ele passasse pelo atendimento e depois se realizava a entrevista. Esta estratégia foi adotada para evitar atrasos na agenda do profissional.

Uma dificuldade encontrada na maioria das unidades foi a falta de salas disponíveis nas unidades de saúde a fim de garantir um ambiente reservado às entrevistas. Algumas vezes foi necessário esperar que uma sala ficasse vaga para que pudéssemos utilizá-la.

A seguir, estão descritos os resultados alcançados, bem como os itinerários terapêuticos dos usuários entrevistados.

6. Resultados

6.1. Caracterização do perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal entrevistados

Uma breve caracterização do perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal entrevistados foi realizada e apresenta-se resumida na Tabela 2.

Nome	Sexo	Idade (anos)	Ocupação	Tempo que reside no município (anos)	Mora com	Doença sistêmica
Orquídea	F	47	Artesã	18	Marido/mãe/sogro	SIM
Rosa	F	66	Dona de casa	22	Filha	SIM
Gerânio	M	71	Aposentado	71	Esposa/filho/nora/ dois netos	SIM
Lírio	M	43	Desempregado	16	Esposa/duas filhas	NÃO
Azaleia	F	52	Aposentada	25	Sozinha	SIM
Violeta	F	32	Diarista	32	Marido/duas filhas	NÃO
Girassol	M	68	Aposentado	54	Esposa	SIM
Gérbera	F	38	Professora	38	Marido/filho	NÃO
Margarida	F	17	Estudante	17	Mãe/cinco irmãos	NÃO
Jasmim	F	40	Autônoma	40	Mãe/filho	NÃO
Hortênsia	F	22	Ajudante de cozinha	4	Marido/dois filhos	NÃO
Tulipa	F	34	Auxiliar de produção	2	Marido/duas filhas	NÃO

Tabela 2. Perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal participantes da pesquisa. As siglas F e M significam, respectivamente, feminino e masculino.

Pela análise da Tabela 2, verifica-se que foram entrevistados nove usuários do sexo feminino e três do sexo masculino.

A faixa etária dos participantes deste estudo variou bastante, sendo entrevistados uma jovem (até 19 anos), quatro adultos jovens (20 a 39 anos), quatro adultos de meia-idade (40 a 59 anos) e três idosos (60 anos ou mais).

Com relação à ocupação, percebe-se que a maioria dos participantes deste estudo possui ocupação que exige baixo nível de escolaridade, com exceção de Gérbera.

Ao considerarmos o tempo de residência nos municípios avaliados, nota-se que as duas usuárias entrevistadas no município de Ibaté (Hortênsia e Tulipa) são as que apresentam menor número de anos (quatro e dois anos, respectivamente).

Dos doze usuários entrevistados, cinco apresentam doença sistêmica, sendo uma com doença renal crônica (Orquídea), uma com Doença de Parkinson (Rosa) e três com hipertensão e diabetes (Gerânio, Azaleia, Girassol). Além disso, duas eram gestantes (Margarida e Tulipa).

Salienta-se que Lírio e Jasmim foram entrevistados, entretanto, estavam buscando pelo atendimento de seus filhos.

Por fim, ressalta-se que seis usuários estavam vinculados às Unidades de Saúde da Família e seis às Unidades Básicas de Saúde.

6.2. Os itinerários terapêuticos

Os itinerários terapêuticos foram construídos a partir da junção da entrevista, do diário de campo e da observação não participante.

Isso permitiu que os itinerários não ficassem restritos ao discurso, mas que fossem complementados por dados obtidos por meio da observação não participante e do diário de campo.

6.2.1. Itinerário Terapêutico de Orquídea

Orquídea é uma senhora de 47 anos, casada, artesã, que reside na cidade de São Carlos há dezoito anos. Mora com o marido, com a mãe que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com o sogro que está acamado. Para ajudá-la a cuidar dos idosos doentes, Orquídea conta com a ajuda de uma pessoa que se dedica principalmente em cuidar do sogro que está acamado e requer maiores cuidados.

Orquídea tem problemas renais. Fez hemodiálise por muito tempo e há três anos passou por um transplante de rim. Faz o tratamento renal em São Paulo, onde tem o apoio da sua irmã que mora lá. Periodicamente, viaja a São Paulo para se consultar com os médicos que fazem o acompanhamento do seu transplante. Toma vários medicamentos e se preocupa com a sua saúde bucal desde o início da hemodiálise, pois seu tio e sua irmã são dentistas. No entanto, afirma que após o transplante, durante o primeiro ano a equipe médica não permitiu que ela fizesse tratamento odontológico.

Ah, desde que eu comecei a hemodiálise, os meus dentes sempre precisam de cuidados. Mas, depois que eu fiz o transplante, que “fazem” 3 anos, durante o primeiro ano, eles não deixaram eu fazer.

Sendo assim, somente depois de transcorrido este tempo é que pôde voltar a fazer acompanhamento odontológico. No entanto, por causa de uma transferência de trabalho do seu marido mudou-se para Porto Alegre (RS), residindo lá por um ano. Depois, por causa da doença do sogro, seu marido resolveu sair deste emprego e eles retornaram a São Carlos.

Apenas quando retornou a São Carlos é que Orquídea foi procurar por atendimento odontológico. Próximo da sua casa tem uma Unidade de Saúde da Família, aqui denominada de Unidade Verde. Embora faça o acompanhamento renal em São Paulo também passa por consultas médicas na Unidade Verde, possuindo ficha e cadastro na unidade. Desta forma, interessou-se em agendar uma consulta com dentista.

Inicialmente, fez uma avaliação e foi agendada prontamente para iniciar seu tratamento, uma vez que tem prioridade por ser transplantada renal.

Mas como eu sou transplantada eu sou daquele grupo que vai primeiro né?!

No entanto, quando ainda estava realizando o seu tratamento odontológico, Orquídea teve um quadro de infecção que a deixou muitos dias internada em São Paulo. Como a infecção apareceu de repente e teve que ir às pressas para São Paulo, ficando hospitalizada, não conseguiu desmarcar sua consulta odontológica na Unidade Verde.

Assim, quando se restabeleceu, Orquídea foi procurar novamente a unidade para remarcar a sua consulta odontológica. Mas, por ter faltado sem justificar, foi orientada que deveria entrar na fila de espera, pois havia perdido a sua vaga.

*Mas eu tive uma infecção e fui internada, depois eu não conseguia mais vaga...
Eu fui internada e daí eu perdi minha vaga lá...*

Orquídea relata que ficou muito triste, pois mesmo explicando que havia sido um caso de urgência, e por isso não havia entrado em contato para desmarcar a consulta, não foi compreendida pela dentista.

Então, começou uma verdadeira luta para retomar o seu tratamento, sendo que estava sentindo dor em um dente que estava com cárie na raiz. Todos os dias, ia até a

unidade, mas a resposta era sempre a mesma, que tinha perdido a vaga e teria que ficar na fila de espera. Mesmo relatando dor, não foi atendida.

A cada dia sua preocupação aumentava, pois seu marido está na fila de espera da unidade há um ano e ainda não conseguiu vaga. Como sua dor foi aumentando e tem medo de tomar remédios por conta própria por causa da sua condição renal, passou a ir à unidade com mais frequência, insistindo para ser atendida.

Com a insistência de Orquídea, a dentista resolveu encaminhá-la para o Centro de Especialidades Odontológicas. Com lágrimas no olhar, Orquídea conta que a dentista resolveu encaminhá-la porque é muito ansiosa.

Mas eu “tava” com cárie na raiz e doía muito e daí eu vivia pedindo lá. Eu quero passar, eu quero passar...e daí ela me mandou para o CEO dizendo que eu era extremamente estressada. Não é estressada, como é o termo que ela usou? Ansiosa! Não é que eu sou ansiosa... eu tava com dor de dente né?!

Durante a nossa conversa, relata que seu tratamento na Unidade Verde se estendeu porque a dentista ficou de férias por 30 dias e, neste período, teve seu tratamento interrompido. Ela esperou pacientemente as férias da dentista, mas não foi compreendida por ter faltado da consulta. Mas, sente-se feliz por ter realizado seu tratamento no CEO.

*Mas foi bom eu ter ido para o CEO. Porque lá já tem tudo né?!
Fui bem atendida... foi super tranquilo...*

No dia da entrevista, Orquídea estava com a alta do tratamento do CEO e foi à Unidade Verde para marcar o acompanhamento semestral conforme orientações do dentista do CEO anotadas em sua contra referência.

Antes de finalizar a nossa conversa, Orquídea ainda relatou as dificuldades que a sua mãe e a cuidadora de seu sogro estão enfrentando para conseguir atendimento odontológico, sendo que ambas estão tentando consulta em outra unidade de saúde. Como sua mãe se mudou recentemente para a sua casa e já fazia acompanhamento em outra unidade de saúde, preferiu continuar nesta unidade. Por causa do AVC, perdeu peso e a prótese não se adapta mais, portanto, para elas há necessidade de confeccionar uma nova prótese.

*Minha mãe teve um AVC ficou muito magra e a prótese dela está super solta, mas não consigo que eles encaminhem para o CEO.
Ai vai fazer, vai ver, mas nada.*

Já em relação à cuidadora do seu sogro, relata que está com dor de dente, necessitando de tratamento endodôntico. Segundo ela, está esperando o encaminhamento para endodontia no CEO há um mês e sempre que apresenta episódios de dor, recorre a UPA (Unidade de Pronto-Atendimento), mas esta também não resolve o seu problema.

A moça que trabalha lá em casa está com um canal. Ela ficou um mês esperando o encaminhamento para o CEO [...] ontem ela teve que ir “na UPA”. Ela está esperando este encaminhamento, não foi encaminhada e teve que ir “na UPA”, mas também não vai resolver grande coisa.

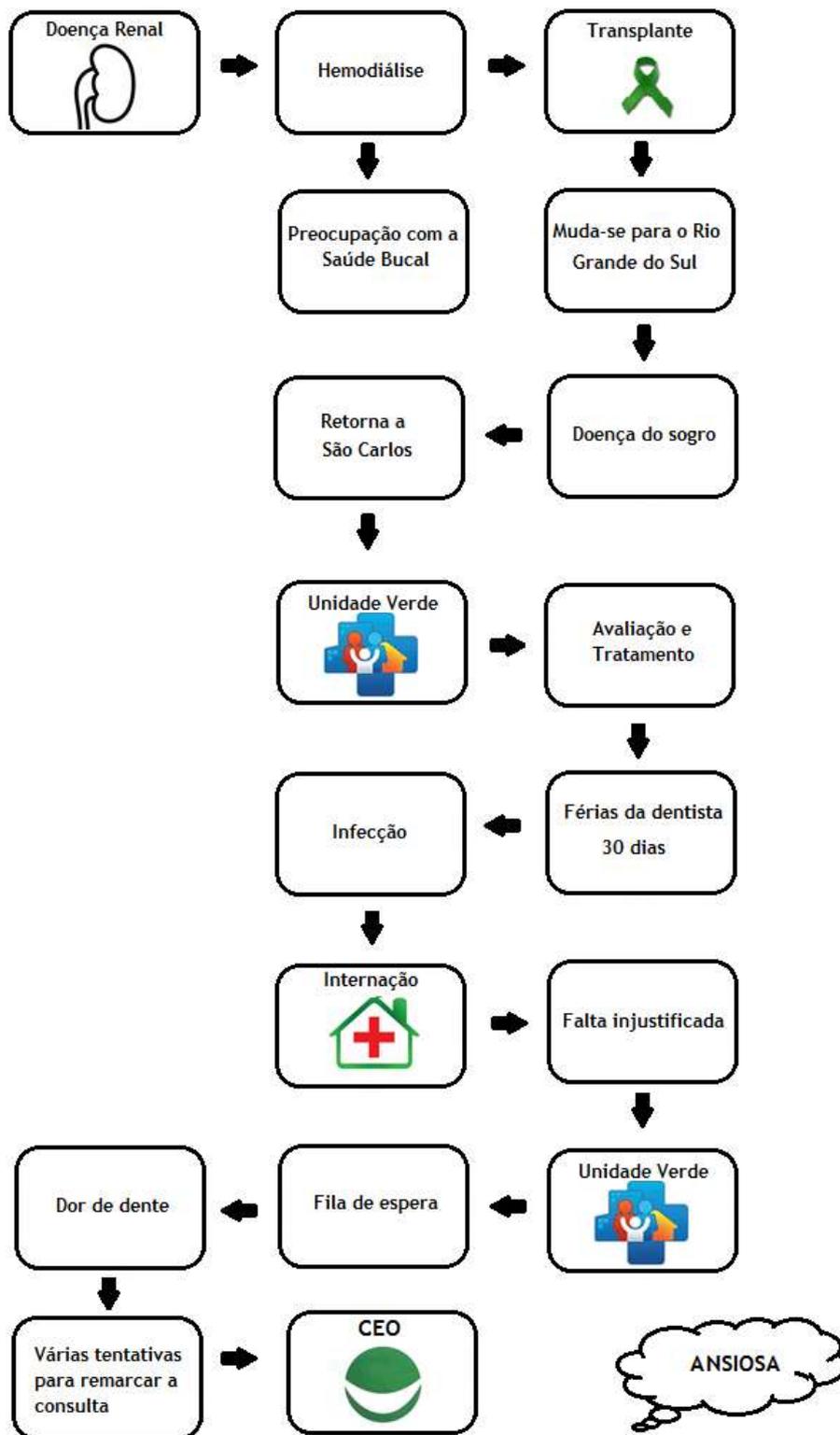


Fig. 3 Itinerário Terapêutico de Orquídea.

6.2.2. Itinerário Terapêutico de Rosa

Rosa é uma senhora de 66 anos, viúva, dona de casa, que reside na cidade de São Carlos há vinte e dois anos. Mora com a filha que é formada em enfermagem e é professora de um curso técnico em enfermagem do município.

No ano 2000, Rosa foi diagnosticada com Doença de Parkinson e iniciou o tratamento, mas como o médico que fez o diagnóstico foi embora da cidade e neste período o seu marido adoeceu, ela parou de tratar a Doença de Parkinson, recomeçando o tratamento há três anos, após a morte do seu marido.

Então eu deixei de lado e fui cuidar dele [...]

E aí quando ele morreu, eu tive aquela perda toda e "passou" uns cinco dias eu percebi que eu estava tremendo muito. E eu fui ao médico, no neurologista, aí ele falou que era o Parkinson, né?! Então desde que ele faleceu faz três anos que eu tenho.

Rosa toma vários medicamentos, mas relata que muitas vezes não se sente bem; tem muitas dores pelo corpo, às vezes tem dificuldade para andar, e recentemente diz estar tendo lapsos de memória.

Se vence o prazo do remédio, que eu tomo vários remédios, de três em três horas, aí eu começo tremer, sabe? [...] Tem dia que eu estou boa, tem dia que eu não consigo levantar da cama [...] E agora eu estou tendo assim um lapso de memória, sabe? Eu estou assim, de repente eu esqueço o que eu estou falando com você e às vezes eu estou na rua e aí eu esqueço onde eu estou. Então eu fico quietinha assim num canto, esperando, eu fico tentando lembrar, aí volta onde eu estou, sabe?

Afirma que quando iniciou o tratamento com a neurologista, a médica recomendou que ela extraísse seus dentes e colocasse uma prótese, pois tinha poucos dentes e utilizava uma prótese fixa que sempre caía. Assim, para evitar que Rosa engasgasse ou aspirasse a prótese a médica orientou a procurar por tratamento odontológico.

Às vezes ela caía, tinha que por de novo.

Então ela falou pra mim; olha antes que você engasgue [...]

A "neuro" achou melhor arrancar tudo e eu colocar a prótese [...]

Então eu mastigava só um pouquinho aqui, com esse lado aqui e engolia a maioria das vezes inteiro.

A partir da orientação da neurologista, Rosa foi à Unidade de Saúde da Família próxima da sua residência para agendar consulta com dentista (Unidade Amarela).

Relata que foi bem acolhida pela equipe de saúde bucal e pôde contar a sua história. Ao terminar, a dentista lhe disse que poderia sim realizar o seu tratamento, porém havia um problema: era demorado para conseguir a vaga de prótese no CEO. Diante dessa reposta, Rosa resolveu procurar um consultório particular para fazer um orçamento.

Após a realização do orçamento no consultório particular, Rosa constatou que não poderia pagar, pois ficaria muito caro e já tem parte do seu orçamento comprometido com os medicamentos que precisa tomar para a Doença de Parkinson.

Então voltou na Unidade Amarela para conversar com a dentista. Sendo assim, foi orientada a procurar novamente a dentista particular e fazer uma proposta a ela: faria todas as extrações na Unidade Amarela e apenas a prótese seria realizada pela dentista particular. Assim, Rosa retornou ao consultório particular, expôs a situação para a profissional que aceitou prontamente apenas confeccionar a prótese, parcelando o valor total em pequenas prestações para que conseguisse pagar.

Aí a dentista do postinho falou pra mim: se você falar com ela dela só fazer para você eu “arranco” todos os seus dentes aqui. Porque eu falei “eu” não tenho dinheiro para “arrancar” e fazer a prótese. Como ela também me facilitou de eu dar 100 reais por mês, então eu fiz a prótese lá.

Diante desse acordo, Rosa fez todas as extrações necessárias na Unidade Amarela e confeccionou a prótese total superior no consultório particular, pois não queria esperar a vaga no CEO completamente sem dentes.

Aí eu “arranquei” tudo ali no postinho e então a prótese de cima fiz no particular. Porque ia demorar muito e como que eu vou ficar sem dente? Eu frequento a Federal, vou fazer fisioterapia, tudo. É horrível né, ficar sem dente.

Imediatamente após realizar as extrações, a dentista da Unidade Amarela fez o encaminhamento de Rosa para o CEO, a fim de que ela confeccionasse a prótese total inferior no serviço público. Como é um pouco demorado para conseguir a vaga de prótese, ela já fez o encaminhamento. Assim, enquanto aguardava ia realizando as extrações e confeccionando a prótese total superior.

Desta forma, após seis meses, Rosa foi chamada pelo CEO para confeccionar a prótese total inferior, está na fase inicial, realizando as moldagens.

Neste dia, Rosa tinha ido à Unidade Amarela para conversar com a dentista, pois a prótese total superior estava machucando. Gostaria que fizesse um ajuste, pois

já tinha solicitado ao dentista do CEO, mas disse que não poderia desgastar a prótese para ela; que teria que pedir para a dentista que fez a peça.

A paciente Rosa reclamou que a prótese superior estava machucando. Inclusive, iniciou a nossa conversa com esta queixa. Perguntou se o dentista do CEO poderia ajustar a prótese mesmo não sendo ele quem a fez. Eu disse que sim. Que não poderia ficar com a prótese machucando. Relatou que tem medo de ficar com ela machucando. Afinal, o marido faleceu em decorrência de um câncer (Diário de campo).

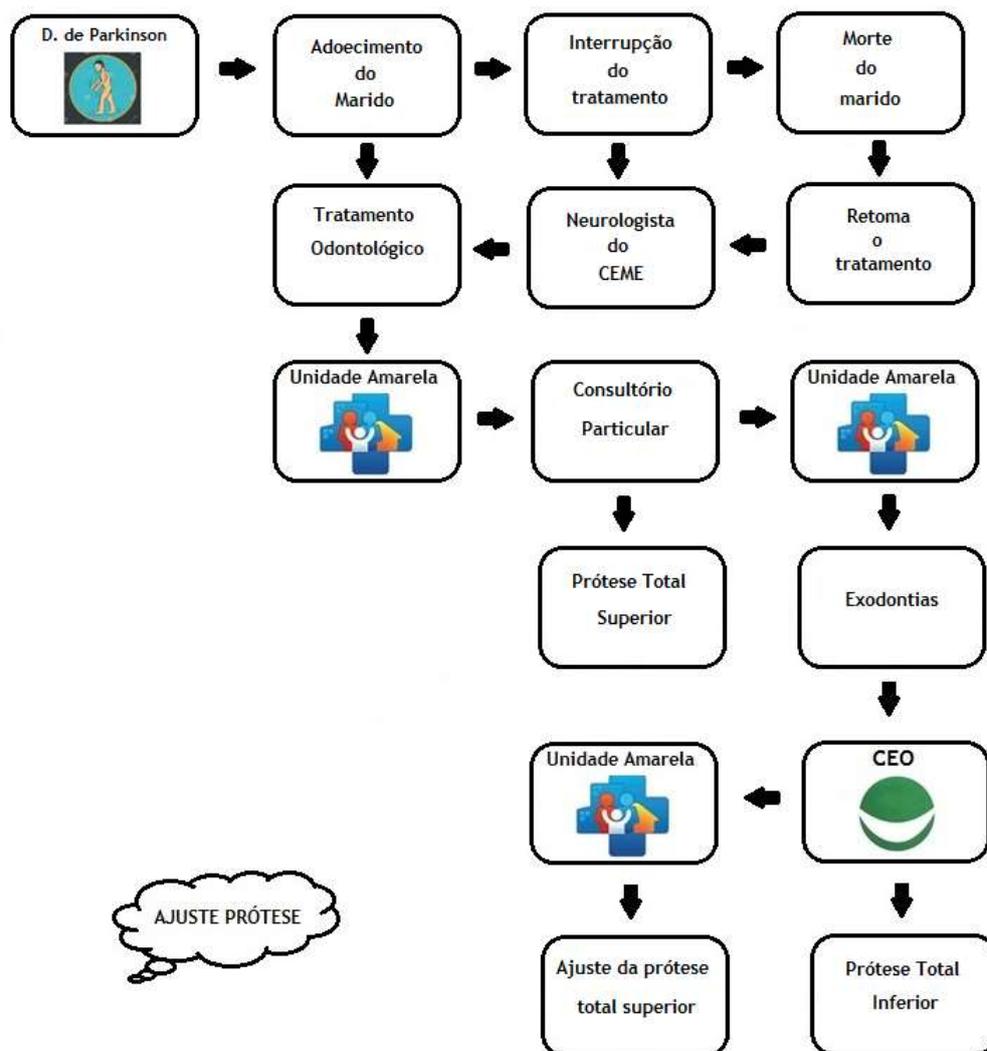


Fig. 4 Itinerário Terapêutico de Rosa.

6.2.3. Itinerário Terapêutico de Gerânio

Gerânio é um senhor de 71 anos, casado, aposentado, que nasceu em São Carlos e reside no município desde então. Mora com a esposa, um filho, a nora e dois netos. Antes de se aposentar trabalhava como pedreiro. Tem no total quatro filhos, mas apenas um reside com ele.

Relata ser hipertenso e diabético; faz acompanhamento médico na Unidade Básica de Saúde (Unidade Laranja) próxima da sua residência. Afirma que toma os medicamentos e faz o controle da dieta e do sal, conforme orientações do médico e da enfermeira da UBS.

Resolveu agendar uma consulta com o dentista, pois a prótese total que utiliza não está mais adaptada.

A que eu tenho está velha; ela não para, precisa colocar “Corega”.

É a primeira vez que vai passar em consulta com o dentista da Unidade Laranja. Esperou a última segunda-feira do mês e foi bem cedo à unidade para pegar a senha para agendar a consulta com o dentista. Como chegou cedo, era um dos primeiros da fila, por isso conseguiu agendar sua consulta rapidamente.

Afirma que o agendamento para dentista só é oferecido na última segunda-feira de cada mês. Por isso, é preciso ir cedo, para ficar no início da fila e garantir a vaga. Caso as vagas acabem, é preciso retornar no próximo mês para tentar novamente.

Do dia do agendamento até o dia da sua consulta haviam se passado sete dias.

Gerânio estava ansioso, pois não tinha boas lembranças de suas idas ao dentista. Relata que quando criança seu pai não tinha recursos para pagar um bom tratamento odontológico, e, muitas vezes, sua mãe colocava álcool para que os dentes parassem de doer.

Nós somos uma família muito pobrezinha, meu pai sempre trabalhava, mas nunca deu para fazer tratamento bom. Agora você vai “no” dentista ele não quer “arrancar” um dente, quer tratar, naquele tempo “arrancava” tudo.

Quando eu era moleque tomava remédio direto para dor de dente. Depois de moço não tomei mais. Naquele tempo era meio complicado! Minha mãe colocava álcool dentro da nossa boca. Não tinha outro recurso né?! Só depois que nós ficamos moços e começamos a trabalhar então daí ia “no” dentista.

Gerânio saiu da consulta odontológica um pouco triste, pois foi informado que será encaminhado para o CEO para confeccionar duas próteses totais – uma superior e uma inferior. No entanto, terá de esperar cerca de um ano para conseguir a vaga no CEO, já que a demanda da unidade é muito grande.

Acho que tem muita gente.

Ele só olhou né, não tenho mais dente. Mas a moça já fez o papel do encaminhamento.

Eu tenho a dentadura velha e vou me virando.

A gente não pode reclamar, é de graça!

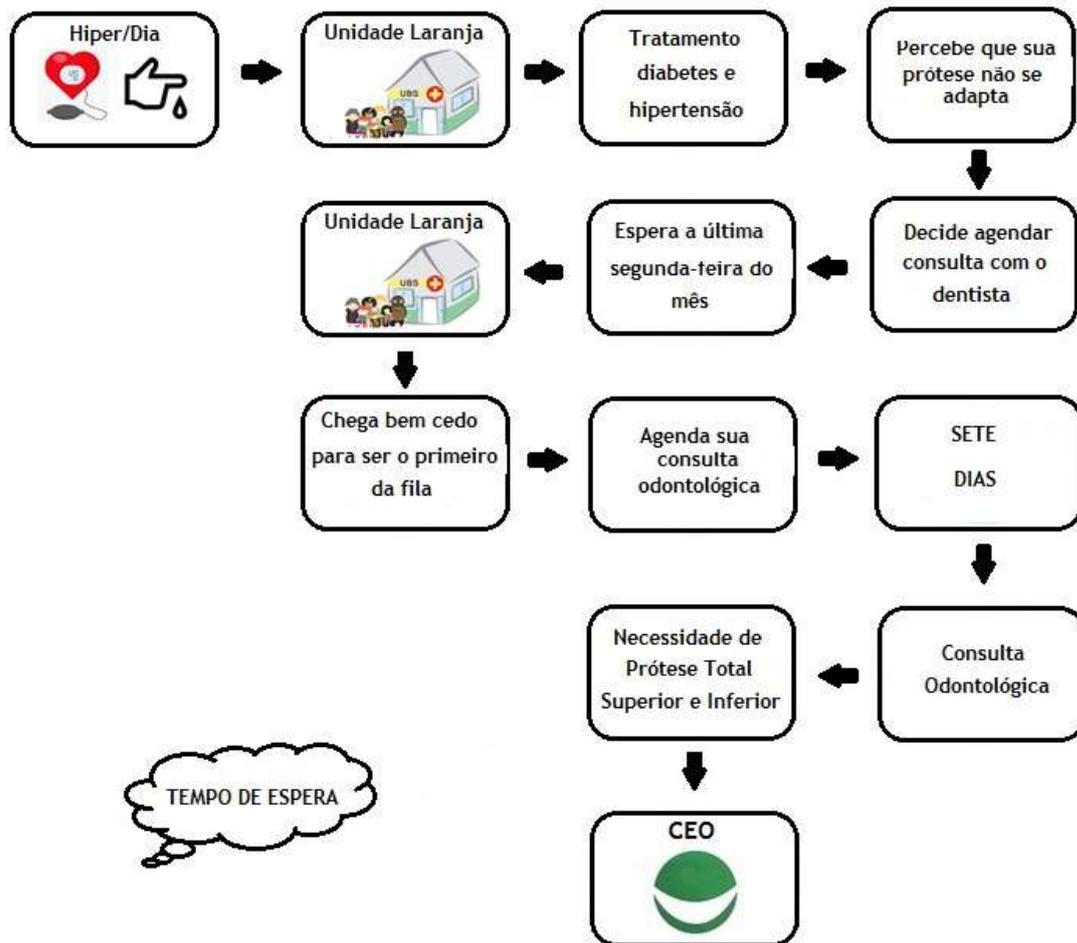


Fig. 5 Itinerário Terapêutico de Gerânio.

6.2.4. Itinerário Terapêutico de Lírio

Lírio é um adulto jovem de 43 anos, casado e pai de duas filhas adolescentes, uma de 14 e outra de 12 anos. Está desempregado há um mês e relata fazer “bicos” para ganhar algum dinheiro. Trabalhou como vigilante nos últimos dez anos. Sua esposa é atendente em uma padaria. O casal veio da Bahia e reside em São Carlos há 16 anos.

Lírio foi à Unidade Básica de Saúde (Unidade Azul) próxima da sua residência para tentar um encaixe com dentista. Na verdade, a consulta que deseja é para sua filha mais nova. Ela estava junto do pai. A menina é portadora de uma oclusopatia e precisa colocar aparelho ortodôntico para corrigi-la.

Relata que sempre pagou tratamento odontológico para suas filhas, porque não quer que elas sofram com dor de dente. Diz orgulhoso que as meninas nunca tiveram cárie.

Eu e minha esposa sempre fizemos sacrifício para pagar dentista para as meninas.

*Não quero que sofram com dor de dente. Isso é terrível!
Mas elas cuidam bem, nunca tiveram cárie. Sempre que vão é para fazer limpeza.*

Relembra que quando criança na Bahia não teve a oportunidade de cuidar dos seus dentes. De família humilde, não tinha recursos, sofreu muito com dor de dente e sempre que passava por atendimento era para extrair o dente que estava doendo.

*Lá na Bahia era muito difícil. Lá não tem dentista igual aqui. Sempre ia para “arrancar”
o dente que doía muito.*

Na última visita da sua filha ao dentista, foi orientado a procurar por tratamento ortodôntico para corrigir a má oclusão. A dentista lhe explicou que esta oclusopatia poderia provocar consequências mais sérias no futuro, caso não fosse tratada. Indicou uma colega para que ele fosse fazer um orçamento.

Agendou a consulta e acompanhou a filha, mas diante do custo do tratamento e da manutenção mensal do aparelho, percebeu que não poderia pagar. Assim, a dentista pediu que procurasse a Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas (APCD). Explicou que quando a APCD oferta curso de Ortodontia para a especialização de cirurgiões-dentistas, fazem o atendimento de pacientes e colocam aparelhos com um custo bem menor.

Assim, Lírio foi na APCD se informar e conseguiu agendar uma avaliação para sua filha. Ela fez a avaliação e o dentista pediu que fizesse a documentação ortodôntica. Nesta época, Lírio ainda estava empregado e conseguiu pagar a documentação ortodôntica. Agora, nesta fase do tratamento, o ortodontista solicitou a exodontia de alguns dentes para que pudesse prosseguir com o tratamento. Mas, neste intervalo, Lírio ficou desempregado e agora não poderá pagar as exodontias. Preocupado, não quer perder o tratamento da sua filha, já que não foi fácil consegui-lo.

*Agora que perdi meu emprego tudo está mais difícil. Não quero perder a vaga na
APCD. Foi tão difícil conseguir a vaga dela lá. Agora que já começou. Já paguei uma parte.*

Então, com o encaminhamento do cirurgião-dentista da APCD solicitando a exodontia dos dentes para a realização do tratamento ortodôntico, Lírio foi à Unidade Azul.

Conversou com a auxiliar de saúde bucal que lhe explicou que o agendamento para dentista acontece sempre no final do mês, na última segunda-feira do mês. Como já havia passado, deveria retornar no próximo mês para tentar a vaga. Então, Lírio

tentou argumentar que a próxima consulta da sua filha na APCD estava agendada para o fim do mês, ou seja, seria antes do dia de agendamento na Unidade Azul. Sendo assim, a auxiliar ficou com o encaminhamento e pediu que aguardasse para verificar o que poderia ser feito.

Ela ficou com o papel lá e disse que ia ver, mas que não garantia nada.

Pedi para esperar

Diante desta resposta, resolveu ir a UPA para verificar se poderia extrair os dentes da sua filha lá. Foi orientado que como não se trata de um caso de urgência, não poderiam atendê-la; deveria procurar a unidade de saúde mais próxima da sua residência.

Lírio retornou à Unidade Azul para conversar, mas de novo ouviu que o agendamento é sempre no fim do mês e que as agendas dos dentistas já estavam com todos os pacientes marcados. A única opção seria esperar.

Eu voltei para perguntar, mas aí a moça falou que a agenda estava lotada, não tem mais vaga. Teria de esperar.

Então, Lírio decidiu ir ao CEO para contar sua história, quem sabe conseguiria fazer as extrações de sua filha. Conversou com a supervisora, que foi muito atenciosa e lhe explicou que o CEO não faz este tipo de procedimento, que as cirurgias que são feitas no CEO são as mais complexas, principalmente as de terceiro molar inclusos ou semi-inclusos e que os pacientes que passam por atendimento no CEO são encaminhados das unidades de saúde.

Lírio não sabia mais o que fazer, para quem recorrer. Foi quando sua vizinha o orientou a procurar a Secretaria Municipal de Saúde.

Minha vizinha falou que eu devia procurar a Secretaria de Saúde para reclamar. Foi aí que eu resolvi ir. Não podia ficar esperando. A menina ia perder o tratamento

Sendo assim, Lírio conversou com a gestora de nível central. Imediatamente, ela ligou na Unidade para conversar com a auxiliar de saúde bucal. Ao verificar a agenda, a auxiliar conseguiu encaixar a filha de Lírio na vaga de um paciente que havia desistido do tratamento.

No dia da entrevista, eles estavam na Unidade para fazer a exodontia dos dentes. Ele estava aliviado, afinal tinha conseguido a consulta da sua filha.

*Graças a Deus deu tudo certo!
A menina tirou dois dentes hoje e agora foi marcada para os outros dois.
Agora ela não vai perder a vaga lá na APCD.*

Relata ainda que a equipe de saúde bucal da Unidade Azul não gostou muito da sua atitude de ir conversar com a gestora. Afirma que eles argumentaram que apenas estavam cumprindo as regras da unidade.

Eu percebi que eles não gostaram de eu ter ido conversar com a responsável. Eles falaram que estavam cumprindo as regras. E a regra é agendar no fim do mês. Mas tá bom. O que importa mesmo é a menina não perder o aparelho.

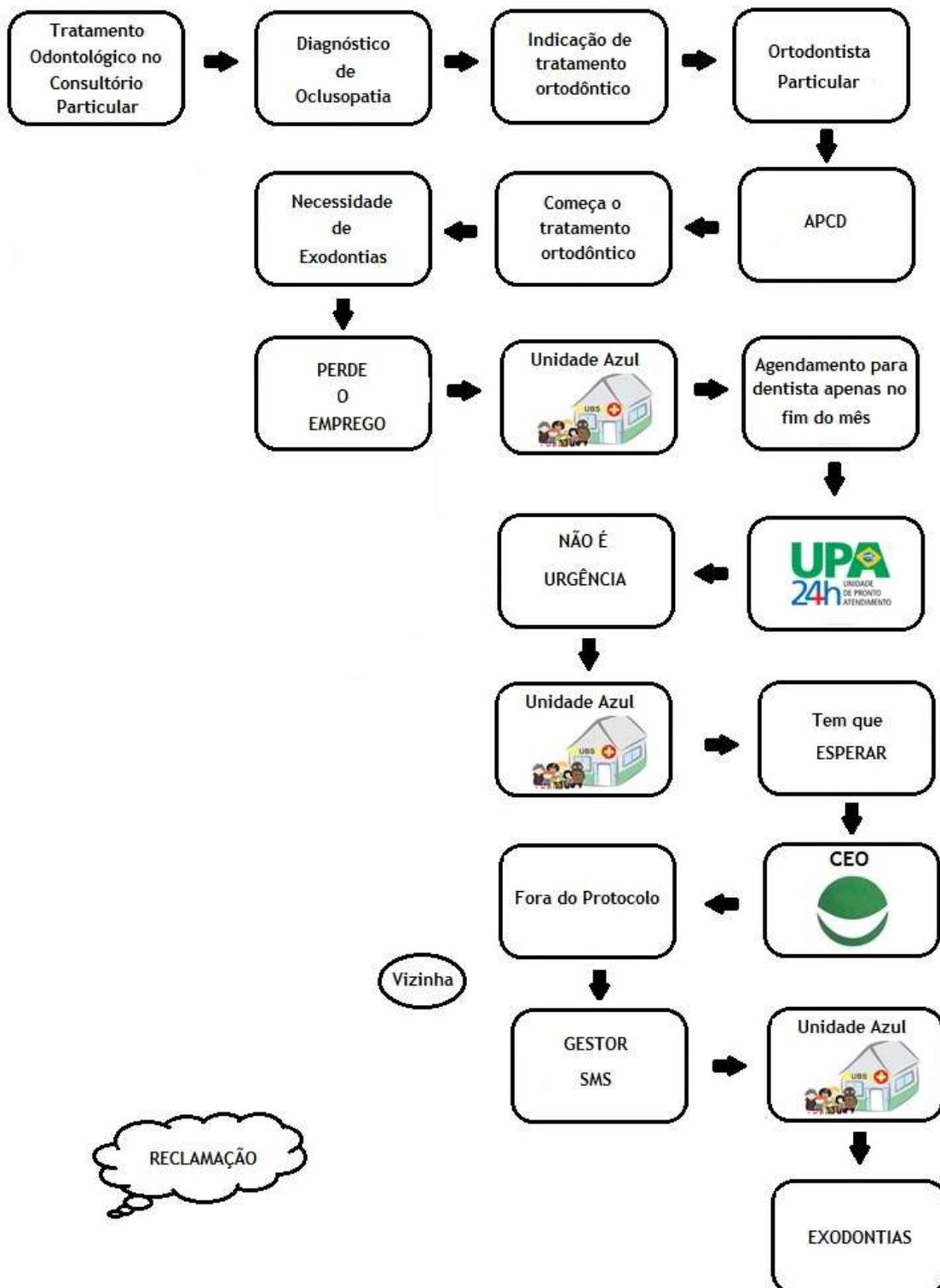


Fig. 6 Itinerário Terapêutico de Lírio.

6.2.5. Itinerário Terapêutico de Azaleia

Azaleia é uma senhora de 52 anos, viúva, aposentada, que reside na cidade de São Carlos há vinte e cinco anos. Trabalhava como ajudante de serviços gerais. Atualmente, mora sozinha.

Conta que é diabética e hipertensa. Deixou de cuidar da sua saúde quando o seu marido adoeceu.

*Porque meu esposo ficou cinco anos em cima da cama com câncer, aí eu cuidava dele e “esqueci de mim”
Agora estou me cuidando.
Minha diabetes estava totalmente descontrolada*

É a segunda vez que está em tratamento odontológico na Unidade de Saúde da Família (Unidade Lilás) próxima da sua residência. Lembra que a primeira vez que foi procurar por atendimento odontológico estava com dor.

Como o dente estava doendo, ela me auxiliou limpando, fez curativo, passou medicamento né. Tive um atendimento de emergência, não fiquei com dor.

Após a consulta de urgência, Azaleia entrou na lista de espera para aguardar a vaga para realizar o tratamento odontológico. Quando foi chamada, fez todo o tratamento na Unidade Lilás e foi encaminhada ao CEO para as especialidades de endodontia, periodontia e prótese.

*Eu esperei uns dois meses mais ou menos para conseguir a vaga aqui na unidade.
Obturou tudo que precisava e o que precisava fazer canal... ela falou assim... vou encaminhar a senhora para o CEO
Eu fiz um tratamento na gengiva, fiz o canal também, coloquei prótese de alguns dentes que faltavam. Tudo lá no CEO.*

Para conseguir a vaga no CEO, Azaleia lembra que não foi rápido. Aguardou cerca de seis meses na lista de espera, mas afirma que foi várias vezes até a Unidade Lilás para perguntar.

Não é rápido não. Mais ou menos uns 6 meses de espera. O canal foi mais rápido, só que batendo na porta cinco ou seis vezes por aí.

Ao finalizar o seu tratamento no CEO, o marido de Azaleia foi diagnosticado com câncer. Assim, dedicou-se exclusivamente aos cuidados do marido.

Tinha vez que tinha que ir em três médicos por dia, eu não dormia, não comia, para cuidar dele. Fiz de tudo, eu fiz o que eu podia para salvá-lo, mas eu não consegui! Já tinha dado metástase quando ele descobriu.

Após a morte do marido, Azaleia percebeu que novamente estava com problema periodontal. Então retornou à Unidade Lilás para fazer novo tratamento.

Eu estou iniciando agora este tratamento.

Eu tive problema periodontal. É uma coisa que eu fiquei pensando porque eu fiz o tratamento da gengiva, cheguei até retirar um cisto no CEO e voltou o mesmo problema. Eu sei que eu errei. Não me cuidei.

Relata que a maior dificuldade em realizar o seu tratamento na Unidade Lilás é a ausência de aparelho de Raios-X. Sempre que precisa radiografar o dente, tem que se deslocar até a UPA, que é longe da sua residência.

Entretanto, apesar desta dificuldade, Azaleia afirma que agora que está morando na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família ficou mais fácil conseguir atendimento odontológico. Diz que quando residia em outro bairro, a unidade de referência era uma Unidade Básica de Saúde e era mais difícil conseguir atendimento odontológico. Nesta época, foi muitas vezes à UPA.

Quando eu morava em outro bairro eu ia mais no pronto-socorro. Lá não tinha dentista perto. Eu frequentava uma UBS. Nesta época ia direto na UPA. Mas, agora com o posto da família ficou bem mais fácil, né? Menos sofrimento né?

Emocionada, Azaleia afirma que o que tem sido mais difícil para ela é a perda dos quatro incisivos superiores, com problema periodontal e a demora em confeccionar uma prótese.

O que é mais difícil para mim é ficar sem dente. Porque agora eu estou banguela né. Bem na frente. Isso prejudica demais a fala, a maneira de você se expressar. Não tenho nada para colocar no lugar. Vai fazer três meses que eu tirei o dente e até aqui mais uns três ou quatro meses. Então o que mais eu queria falar é sobre a demora do dente, da prótese eu quero dizer. É terrível a gente ficar sem dente. Quem tem condições de fazer provisória, faz provisória né. E quem não tem fica sem o dente. Se fosse possível fazer o provisório na

prefeitura seria ótimo porque é terrível a pessoa ficar sem dente. Eu extrai meus dentes da frente porque eles amoleceram, mas estavam íntegros. Eu tive problema periodontal.

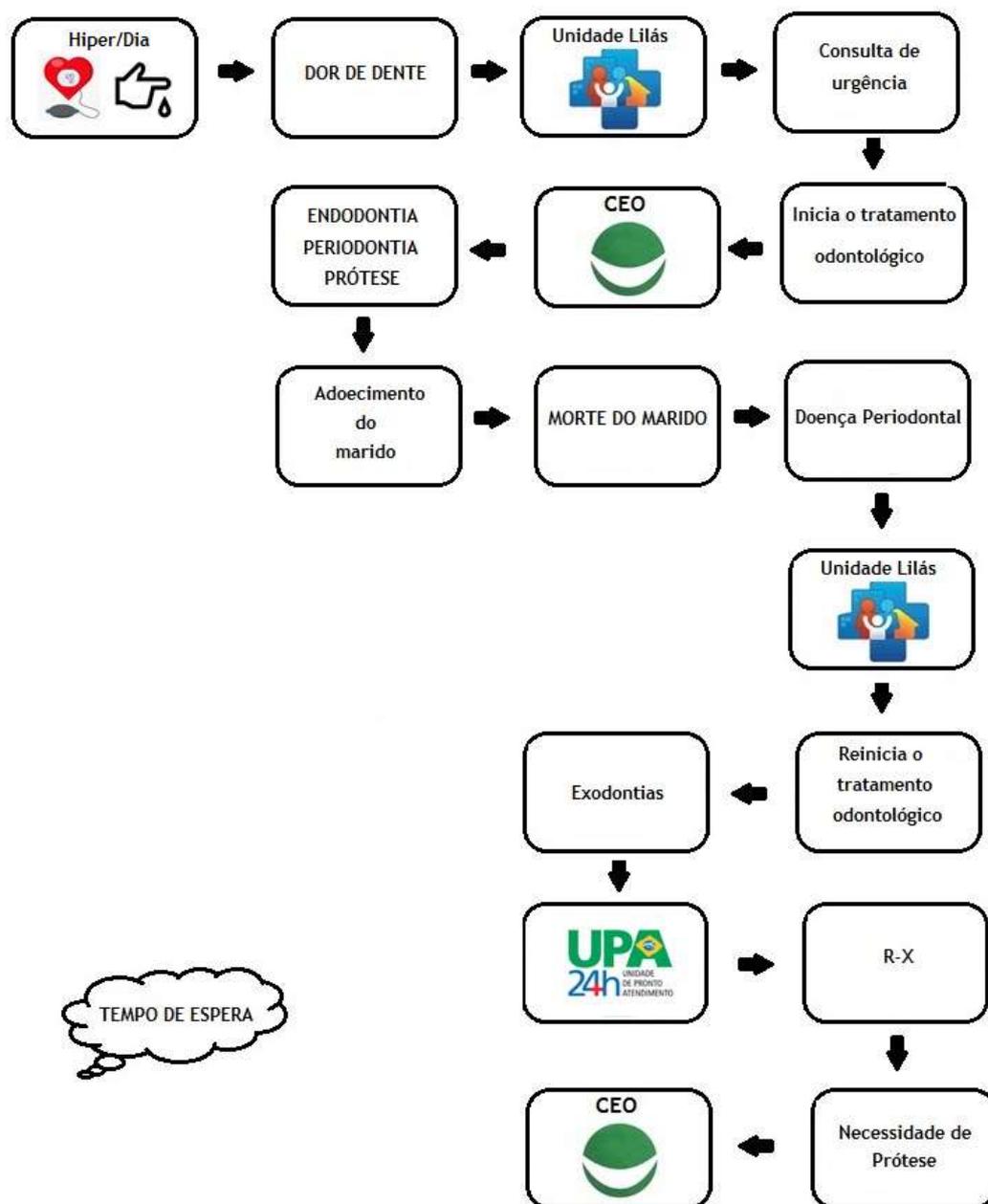


Fig. 7 Itinerário Terapêutico de Azaleia.

6.2.6. Itinerário Terapêutico de Violeta

Violeta tem 32 anos, é casada e possui duas filhas, uma de dez e outra de cinco anos. Trabalha como diarista e o seu marido é motorista de ônibus. Nasceu no município de São Carlos.

Morava com a sogra até pouco tempo atrás, mas recentemente se mudou. Conta orgulhosa que seu marido e ela construíram uma casa com muito sacrifício, e agora tiveram a felicidade de mudar para a casa deles.

Eu estou muito feliz. Construímos nossa casinha. Agora estamos morando no que é nosso.

Violeta morava com sua sogra ao mesmo tempo em que estava fazendo tratamento odontológico em uma Unidade Básica de Saúde. Depois com a mudança de endereço, foi orientada a procurar a unidade mais próxima da sua residência, já que agora sua nova casa não pertence mais à área de abrangência da UBS.

Assim, Violeta foi à Unidade de Saúde da Família (Unidade Vermelha), com o comprovante de endereço e explicou para a auxiliar de saúde bucal sobre a mudança de endereço. A auxiliar verificou o comprovante e confirmou que de fato a casa de Violeta pertence à área de abrangência da Unidade Vermelha.

Desta forma, o prontuário de Violeta foi transferido para a Unidade Vermelha. No entanto, para retomar seu tratamento teria que aguardar uma vaga na fila de espera.

Depois da transferência do prontuário, o dente de Violeta começou a doer. Este dente estava com um curativo, colocado na UBS, mas o curativo caiu. Então, Violeta foi à Unidade Vermelha para tentar uma consulta de urgência.

A “massinha” que o dentista tinha colocado caiu. Agora está doendo. Não aguento de tanta dor.

Violeta foi atendida pelo dentista da Unidade Vermelha, que constatou que será necessário realizar a endodontia deste dente.

Entretanto, o dentista da Unidade Vermelha lhe informou que como a abertura coronária deste dente foi realizada na UBS, ele deveria ser tratado nesta unidade.

Ele só olhou. Não fez nenhum curativo e também não passou remédio. Só disse que eu teria que tratar este dente no outro posto. Eles que começaram a mexer.

Assim, Violeta começou a tomar analgésicos por conta própria e retornou à UBS. Mas, não foi atendida.

A moça me falou que meu prontuário nem está mais com ela. Quem tem que tratar é o dentista do outro posto. Agora você mora lá.

De novo, Violeta foi à Unidade Vermelha para conversar. Mas de novo foi orientada a procurar a UBS.

Ficam me empurrando de um lado para o outro. Eu tenho que atravessar a cidade para ir de um posto ao outro. Não aguento mais.

Então, Violeta resolveu ir até a UPA, para tentar atendimento, pois a sua dor estava aumentado e os remédios já não faziam efeito. Na UPA, foi atendida por um dentista que prescreveu medicação e lhe disse que seria necessário fazer a endodontia deste dente. Teria que procurar a unidade de saúde mais próxima da sua residência para fazer o curativo no dente e ser encaminhada para o CEO.

Eu tomei os remédios que o dentista da UPA me passou, mas ainda estou com dor. E agora não sei mais o que fazer. Já cansei de vir aqui, mas não mexem no meu dente.

Novamente, Violeta está na Unidade Vermelha tentando ser atendida pelo dentista.

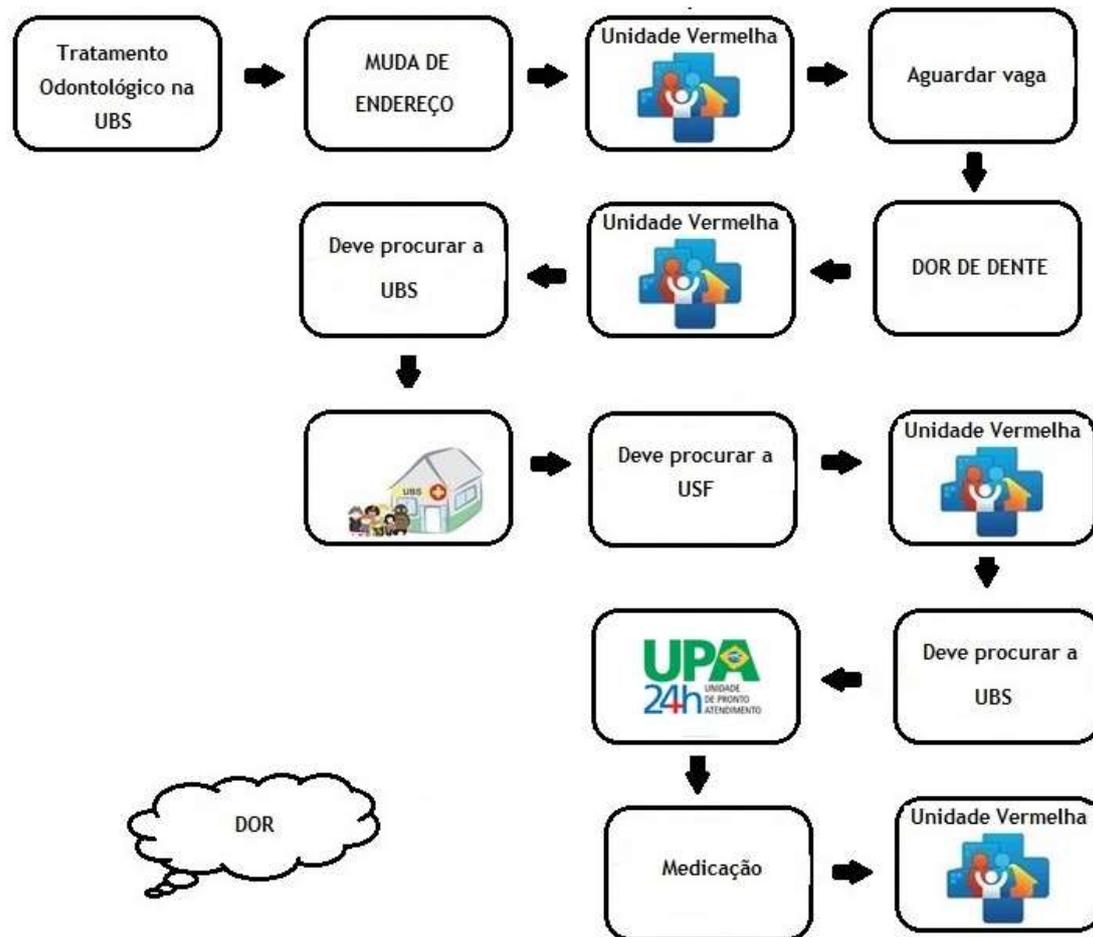


Fig. 8 Itinerário Terapêutico de Violeta.

6.2.7. Itinerário Terapêutico de Girassol

Girassol é um senhor de 68 anos, casado, aposentado que possui três filhos. Todos os seus filhos também são casados. Assim, mora apenas com a sua esposa. Quando trabalhava era ajudante de pedreiro. Reside na cidade de São Carlos há 54 anos.

É diabético e hipertenso. Relata que faz acompanhamento médico e segue as recomendações da dieta e da restrição do sal, além de tomar os medicamentos.

Girassol percebeu que necessitava de cuidados odontológicos quando seus dentes ficaram com mobilidade.

Próximo da sua residência está localizada uma Unidade Básica de Saúde (Unidade Rosa). Como Girassol frequenta esta unidade regularmente por causa do tratamento médico, procurou a equipe de saúde bucal para agendar uma consulta.

Foi informado que as consultas odontológicas são marcadas apenas na última semana do mês. Desta forma, aguardou que o fim do mês chegasse e foi até a Unidade Rosa para agendar a consulta. Chegando lá, não conseguiu a vaga, pois estas já tinham se esgotado.

A moça falou que as vagas tinham acabado. Para conseguir tinha que ir cedo.

Sendo assim, Girassol teria que esperar que o próximo mês chegasse ao fim para de novo tentar agendar a sua consulta.

Mas, a mobilidade dos dentes aumentava e começava a sentir dor. Foi novamente à Unidade Rosa para tentar um encaixe. No entanto, foi orientado que os cirurgiões-dentistas trabalham por tarefa e a agenda já estava completa. Se quisesse teria que procurar a UPA.

Com o aumento da mobilidade dos dentes, começou a dificuldade para se alimentar, e sentia um cheiro forte na boca e um gosto ruim. Além disso, a dor estava aumentando.

Por causa da dor e dos dentes moles não conseguia comer. Emagreci quatro quilos. Minha boca também começou a cheirar forte e tinha um gosto ruim na boca. Comecei a ficar preocupado.

Desta forma, Girassol resolveu ir a UPA. Foi atendido por um dentista que lhe explicou que estava com muitos abscessos periodontais e o gosto e o cheiro ruim eram em decorrência do pus dos abscessos. Prescreveu antibiótico e pediu que Girassol retornasse para extrair os dentes que estavam com maior mobilidade.

Girassol tomou os medicamentos conforme a orientação do dentista e retornou a UPA para realizar a exodontia dos dentes.

Ele foi muito bom pra mim. Tirou vários dentes que estavam caindo.

Assim, pôde aguardar que o dia de agendamento na Unidade Rosa chegasse. Neste dia, foi bem cedo e ficou na fila aguardando a unidade abrir.

Fui bem cedinho. Cheguei antes do postinho abrir. Era um dos primeiros da fila.

Desta vez, Girassol conseguiu uma vaga. Agora está fazendo o seu tratamento odontológico. Está fazendo a exodontia de todos os dentes e depois será

encaminhado para o CEO para confeccionar duas próteses totais. No entanto, já foi avisado que a vaga de prótese no CEO é demorada.

Agora eu estou tratando. Vou “arrancar” todos os dentes. Depois vou ficar “banguela” e esperar para fazer a dentadura. É assim mesmo, a vida de pobre não é nada fácil.

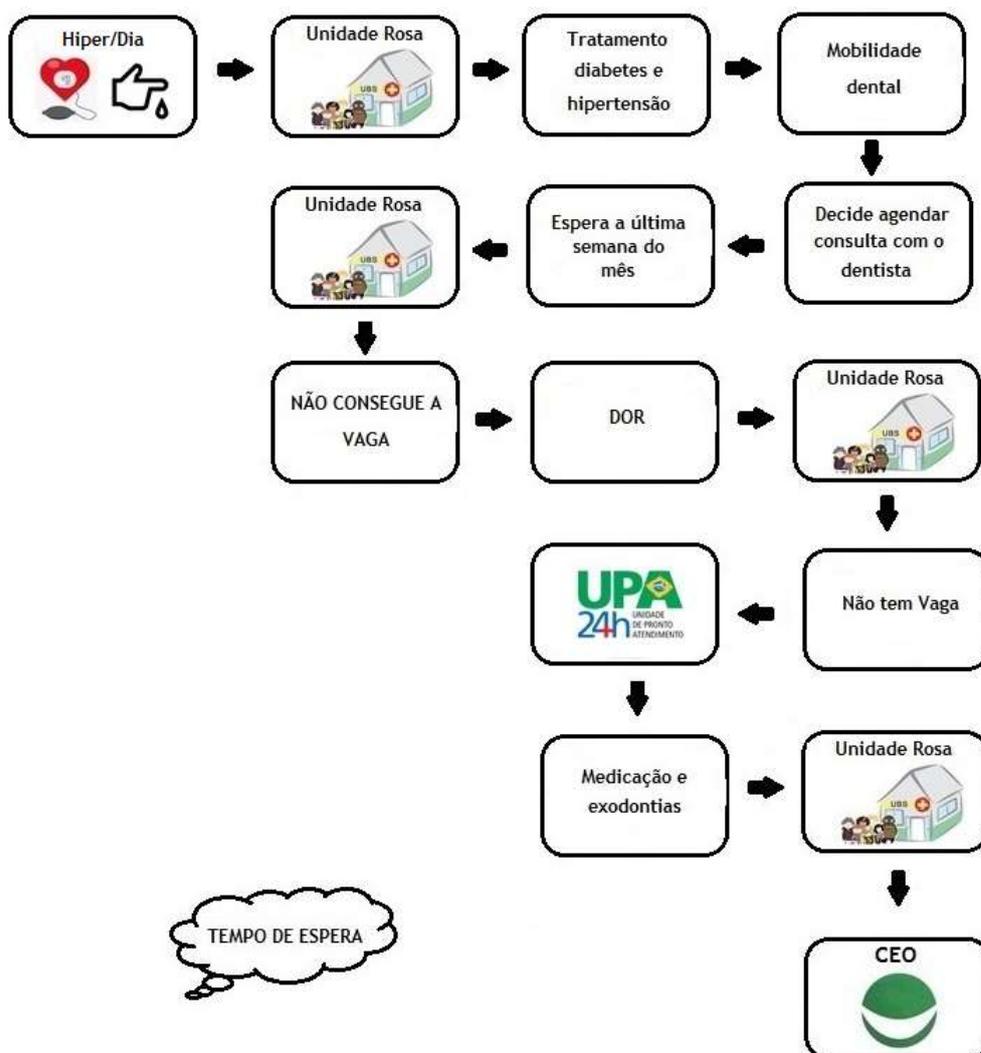


Fig. 9 Itinerário Terapêutico de Girassol.

6.2.8. Itinerário Terapêutico de Gérbera

Gérbera é casada, tem 38 anos, é professora e tem um filho de cinco anos. Não tem problemas de saúde. Sempre morou no município de São Carlos.

No entanto, relata que estava tendo muitos problemas com os dentes do siso. Eles não tinham espaço para erupcionar e sempre inflamavam. No fim do ano passado, durante as festas de Natal e Ano Novo, começou a sentir dor de dente.

Eu sofri demais nas festas de fim de ano. Aí eu falei eu vou procurar pra ver se consigo tirar esses dentes pelo postinho.

Sendo assim, resolveu ir até a Unidade Básica de Saúde (Unidade Branca) para agendar uma consulta odontológica. Como sabe que a unidade realiza o agendamento para dentista no fim do mês, esperou este período para ir até a Unidade.

Entretanto, quando estava com muita dor, procurou atendimento na UPA. Mas, não conseguiu ser atendida, pois o tempo de espera foi muito longo e acabou desistindo de esperar.

Eu fui na UPA, mas eu fiquei cinco horas lá e aí eu desisti de esperar

Como não conseguiu atendimento na UPA, foi à farmácia e comprou nimesulida, por orientação do farmacêutico que a aconselhou a procurar um dentista.

O farmacêutico me disse que o remédio por si não iria resolver a minha dor. Teria que passar em consulta com dentista de qualquer jeito, pois nestes casos é preciso tomar antibiótico e estes medicamentos não podem ser vendidos sem receita.

De fato, a dor aumentou. Então, Gérbera foi a um consultório particular para uma consulta de urgência. O dentista prescreveu os medicamentos e fez o orçamento da cirurgia dos terceiros molares. No entanto, Gérbera não tinha condições de pagar.

Depois de tomar os medicamentos prescritos pelo dentista, sua dor diminuiu. Desta forma, Gérbera pôde esperar o dia do agendamento na Unidade Branca.

No fim do mês, foi bem cedo à Unidade para conseguir a vaga. Agendou a sua consulta e deu início ao tratamento.

Foi encaminhada ao CEO para realizar a cirurgia dos terceiros molares com urgência, uma vez que relata repetidos episódios de infecção nestes dentes.

Após a realização da cirurgia, está dando continuidade ao seu tratamento na Unidade Branca.

Eu sempre passo por avaliação com dentista. Faço limpeza, removo os tártaros. Nunca tinha sentido dor de dente. É terrível! Agora está tudo bem!

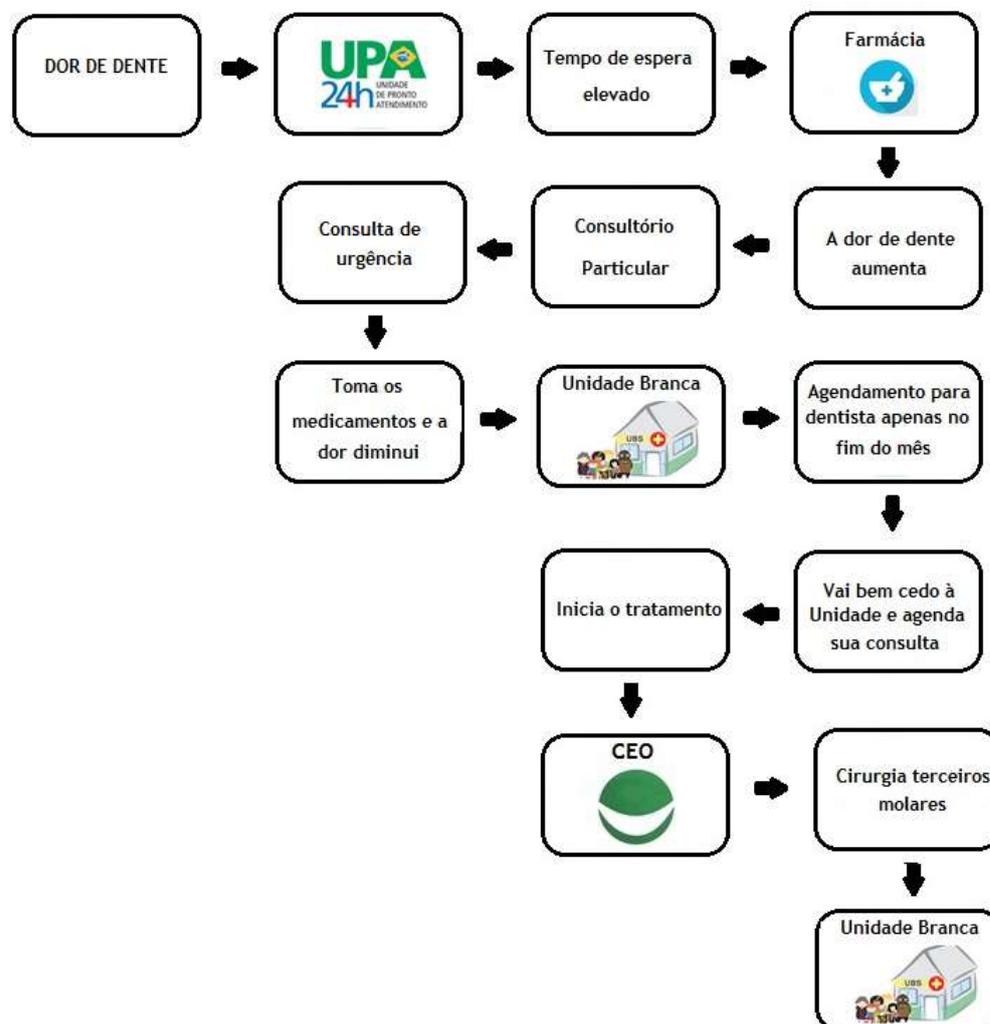


Fig. 10 Itinerário Terapêutico de Gêrbera.

6.2.9. Itinerário terapêutico de Margarida

Margarida é estudante, tem 17 anos, solteira, está no sexto mês de gestação do seu primeiro filho. Mora com a mãe e cinco irmãos menores. Nasceu no município de São Carlos.

No período da manhã, vai à escola e, no período da tarde, cuida da casa e dos seus irmãos, enquanto a mãe trabalha como diarista.

O seu namorado tem 16 anos e ambos frequentam a mesma escola. Ele não recebeu bem a notícia da gravidez e, por isso, Margarida vai continuar morando com a mãe, mesmo após o nascimento do bebê.

Está fazendo o pré-natal na Unidade Básica de Saúde próxima da sua residência (Unidade Marrom). Relata que durante a última consulta, o médico chamou a sua atenção, pois está engordando muito.

O médico disse que estou engordando muito. E que isso não é bom... pode fazer mal para mim e para o meu bebê também!

Logo no início da gestação, Margarida passou por tratamento odontológico.

Quando saiu o resultado do exame de gravidez, a enfermeira agendou uma consulta com o dentista. Disse que tem um programa, que toda gestante tem que passar por avaliação com o dentista.

Lembra que, no momento da alta, o dentista ressaltou que tinha um dente que poderia começar a doer e se isso acontecesse teria que fazer a endodontia.

De fato, o dente começou a doer. E, logo que começou a sentir dor, foi à Unidade Marrom para passar por uma consulta de urgência. No entanto, não conseguiu. Foi orientada que o dentista trabalha por tarefa e, por isso, há a disponibilidade de uma vaga de urgência por período de atendimento.

Eu tenho vindo aqui todos os dias. Mas sempre tem várias pessoas na minha frente. Só tem duas vagas de urgência por dia e tem muita gente para passar.

Margarida afirma que também já foi a UPA, mas o dentista apenas prescreveu um analgésico e pediu que procurasse a unidade de saúde mais próxima da sua residência.

Eu já fui “na UPA” também, mas o dentista só passou um remédio para dor e pediu para eu procurar o postinho. Não resolveu nada.

Margarida relata que a dor está aumentando e percebe que seu rosto está começando a inchar. Esta é a quarta vez que vai à unidade na tentativa de conseguir o atendimento de urgência.

Eu não sei mais o que fazer... a dor está aumentando e meu rosto está inchando. Não tenho mais a quem recorrer!

Ao perceber o desespero de Margarida, uma senhora que havia conseguido a vaga de urgência para o neto, cedeu à vaga para ela.

O meu neto quebrou o dente andando de skate. Ele não está com dor, só precisa arrumar porque é o da frente. Mas a menina está precisando da vaga. Dá pra ver que está com muita dor e ainda está esperando bebê. Ela não pode ficar assim. Eu volto outro dia para consertar o dente do meu neto. Se chegar bem cedinho, você consegue a vaga no dia.

Desta forma, Margarida foi atendida. O dentista fez a abertura coronária do dente, colocou um curativo e fez o seu encaminhamento para o CEO. Será necessário realizar a endodontia deste dente.

Agora estou aliviada. Consegui a vaga graças à senhora que me deu o seu lugar. Espero que este curativo aguente até o dia da consulta lá no CEO. Ele disse que vai demorar, mas vai me encaminhar com urgência.

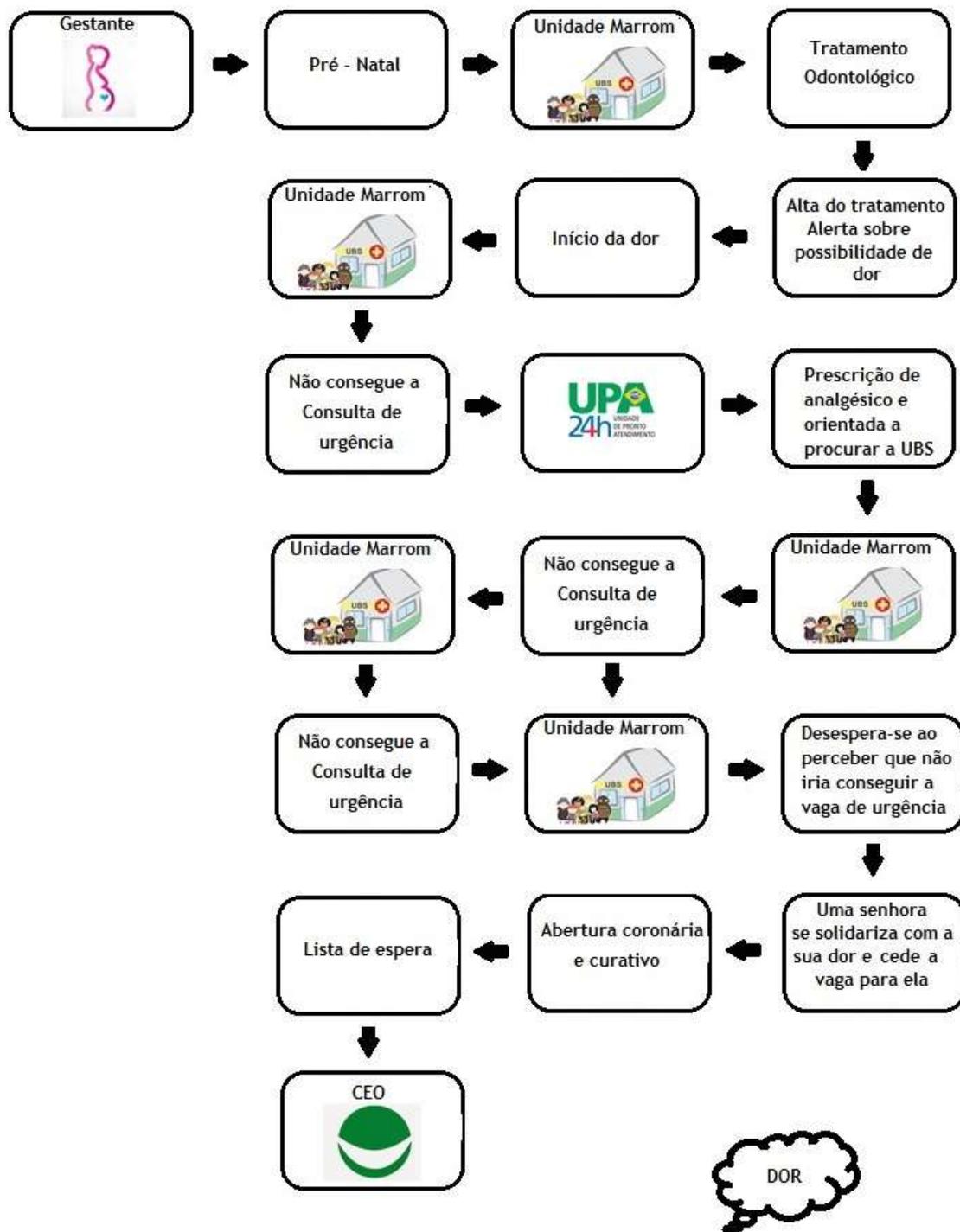


Fig. 11 Itinerário Terapêutico de Margarida.

6.2.10. Itinerário terapêutico de Jasmim

Jasmim é divorciada, tem 40 anos e possui um filho, de nove anos, autista e com síndrome de Down. Mora com sua mãe e o filho. Conta, emocionada, que o marido pediu a separação logo após o nascimento do filho e foi a mãe quem sempre a auxiliou.

Trabalha em casa fazendo doces e salgados para vender. Desta forma, consegue ficar mais perto do filho.

Relata que passa por dificuldades financeiras, pois o ex-marido, na maioria das vezes, atrasa o pagamento da pensão e as encomendas de doces e salgados variam de um mês para o outro. Assim, a única renda fixa é a aposentaria da mãe de Jasmim.

Nós passamos muitas dificuldades. Meu menino é especial e requer maiores cuidados. O meu marido pediu a separação logo que o menino nasceu. Eu não posso trabalhar fora. Preciso cuidar dele. Por isso, trabalho em casa. Faço bolos, salgados e vendo. O pessoal lá do bairro me conhece e sempre acabam comprando alguma coisinha para me ajudar. Ainda para ajudar, meu ex-marido não paga a pensão certinho. Sempre atrasa e tem mês que não paga. Diz que é difícil pagar, pois tem outra família para sustentar. Nós vamos fazendo o que dá. Se não fosse a minha mãe não sei o que seria de mim. Ela, ainda por cima, me ajuda com a aposentaria.

Jasmim mora próximo a uma Unidade de Saúde da Família (Unidade Púrpura). Sua família é cadastrada nesta unidade e todos passam por consulta com a médica, quando necessário. Afirma que é a primeira vez que está procurando por atendimento odontológico. O filho está queixando-se de dor em um dente.

Eu nunca passei no dentista aqui no postinho. A gente sempre passa com a médica. Mas meu menino está reclamando de dor de dente.

Jasmim foi a Unidade Púrpura acompanhada do filho para passá-lo na vaga de urgência. Porém, ao chegar, foi informada que a equipe de saúde bucal estava realizando uma visita domiciliar. Ela teria de voltar no período da tarde.

Desta forma, retornou no período da tarde, conforme havia ficado combinado. No entanto, a dentista afirmou que iria encaminhá-lo ao CEO, pois se tratava de um paciente especial que deveria ser atendido por um especialista. Disse, ainda, que o encaminhamento não é muito rápido, mas, caso fosse necessário, poderia ir até a UPA.

Ela foi muito atenciosa, mas não atendeu o meu filho. Nem olhou! Me falou que não é especialista. Que as crianças especiais são atendidas lá no CEO. Lá tem um especialista. Ela me explicou que para encaminhar demora um pouquinho, mas que ia tentar o mais rápido possível. Mas, se eu precisasse podia ir na UPA para um atendimento de urgência.

Passaram-se dois dias e a equipe de saúde bucal da Unidade Púrpura ainda não havia entrado em contato com Jasmim para informá-la a respeito do encaminhamento. O filho começou a queixar-se com mais frequência da dor, inclusive chorando para se alimentar. Então, Jasmim resolveu levá-lo a UPA.

O postinho não me ligou para falar do encaminhamento. Já faz dois dias que eu estou esperando. E o menino reclamando do dente. Agora começou a chorar na hora de comer. Decidi procurar a UPA.

O dentista da UPA também não atendeu o filho de Jasmim. Afirmou que os pacientes especiais devem ser atendidos no CEO, por um especialista. E quem realiza o encaminhamento é a unidade de saúde na qual o usuário é cadastrado.

Assim, Jasmim retornou à Unidade Púrpura. Ela estava nervosa querendo uma solução para o problema do seu filho. Foi neste momento que nos encontramos.

Desta vez, a dentista da Unidade Púrpura ligou no CEO e conversou com a supervisora. Queria que o filho de Jasmim fosse atendido no mesmo dia, pois estava com dor e precisava de uma consulta de urgência.

No entanto, a supervisora explicou que o CEO não faz atendimento de urgência. Este deveria ser realizado na Atenção Básica ou na UPA. Todos os pacientes que iriam passar por atendimento no CEO naquele dia estavam confirmados e, inclusive, dois já estavam na sala de espera. Também seria atendido, naquele dia, um paciente de Ribeirão Bonito, que depende do transporte municipal. Não seria possível desmarcar nenhum deles para atender o filho de Jasmim.

Diante da recusa do CEO em atendê-lo no dia, a dentista da Unidade Púrpura exaltou-se no telefone.

Este foi um dia muito tenso. Jasmim estava exaltada. Ela estava nervosa e preocupada com a dor do filho. Queria uma solução para o seu problema. A dentista também se exaltou com a supervisora do CEO no telefone, exigindo uma consulta de urgência. Era possível ouvir da sala de espera (Diário de campo).

Desta forma, a supervisora do CEO disse que iria confirmar a agenda do próximo dia e, caso algum paciente não confirmasse a sua consulta, ela entraria em contato para colocar o filho de Jasmim no lugar.

E foi assim que Jasmim conseguiu que seu filho fosse atendido. Ao confirmar a agenda, um dos pacientes estava hospitalizado e não poderia comparecer à consulta no CEO.

Foi muito difícil conseguir que meu filho fosse atendido. Por causa da condição dele, ninguém quer atender. Mas, graças a Deus, agora ele foi atendido e não está mais com dor. Como ele tem mais coisas para fazer, vai começar o tratamento no CEO. Já marcaram um retorno.

No dia da consulta no CEO, conversamos novamente. Agora, Jasmim estava mais calma e feliz (Diário de campo).

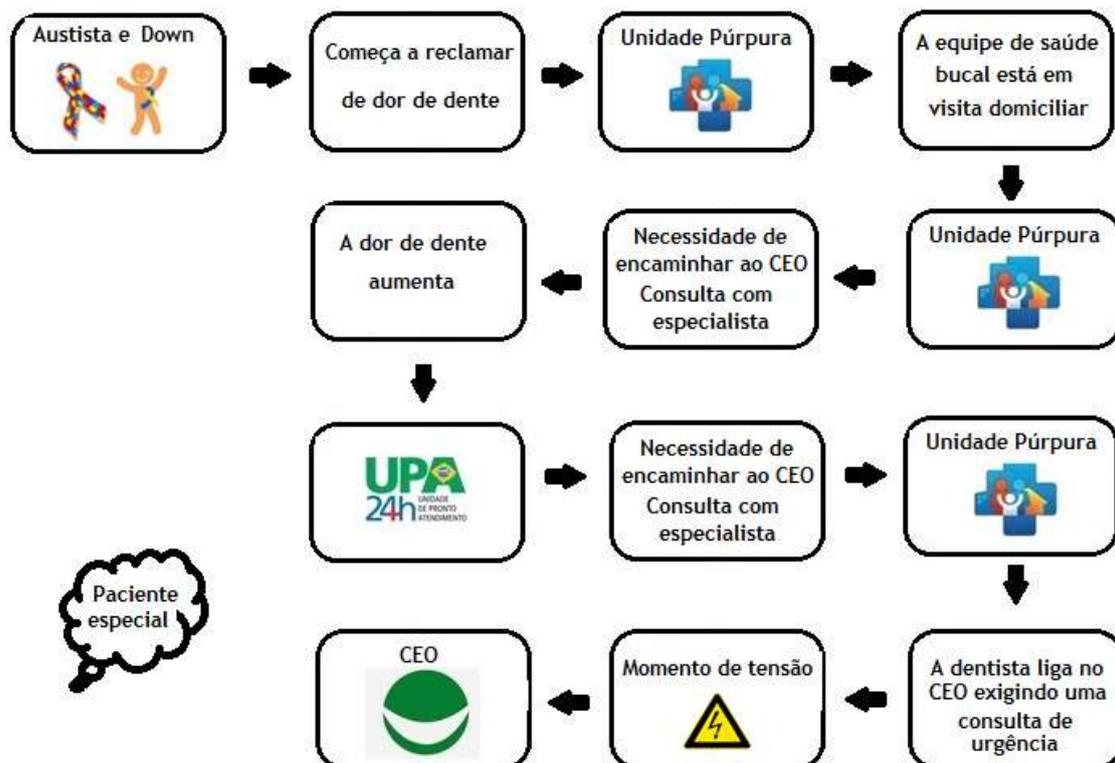


Fig. 12 Itinerário Terapêutico de Jasmim.

6.2.11. Itinerário terapêutico de Hortênsia

Hortênsia tem 22 anos, é casada e possui dois filhos, um de três e outro de um ano. Trabalha como ajudante de cozinha. Mora com o marido e os dois filhos.

Nasceu no município de Ibotirama, no interior da Bahia e mudou-se para Ibaté há quatro anos.

Sempre teve vontade de se consultar com dentista, mas afirma que nunca teve condições financeiras.

Eu sempre tive vontade de cuidar dos meus dentes. De arrumar, deixar tudo bonitinho, mas nunca tive dinheiro para pagar um tratamento. Agora que eu comecei a trabalhar vou cuidar dos meus dentes.

Hortênsia mora perto de uma Unidade Básica de Saúde (Unidade Cinza), onde consulta as crianças com o pediatra. Desta forma, ao perceber que a Unidade Cinza tinha dentista, interessou-se e resolveu perguntar sobre o agendamento. Foi informada pela recepcionista da unidade que o agendamento para o dentista sempre ocorre no dia primeiro do mês e que, por causa do grande número de pessoas que buscam por agendamento, era preciso chegar cedo para garantir os primeiros lugares da fila. Mas, caso estivesse com dor, seria necessário tentar uma vaga de urgência.

Eu trouxe meu filho no pediatra e aí eu vi a sala do dentista. Então resolvi perguntar sobre o agendamento. A moça da recepção me explicou que para o dentista, elas marcam no dia primeiro do mês. Disse que tem muita gente, então era melhor vir cedo para ficar no começo da fila. Tem poucas vagas. Mas, se eu tivesse com dor, eu poderia vir para tentar um encaixe.

Assim, no primeiro dia do mês, Hortênsia foi bem cedo à unidade e como era uma das primeiras da fila foi agendada. Passaram-se vinte dias do dia do agendamento até a primeira consulta de Hortênsia.

A dentista fez a avaliação e explicou a Hortênsia que no serviço público apenas os procedimentos básicos são realizados e, caso ela precise de um tratamento especializado, será necessário procurar um dentista particular.

Hoje foi a minha primeira consulta. A dentista fez a avaliação e me disse que se eu precisar de tratamento com especialista vou ter que procurar o particular. Eu já sabia disto. Mas agora que comecei a trabalhar vou poder pagar.

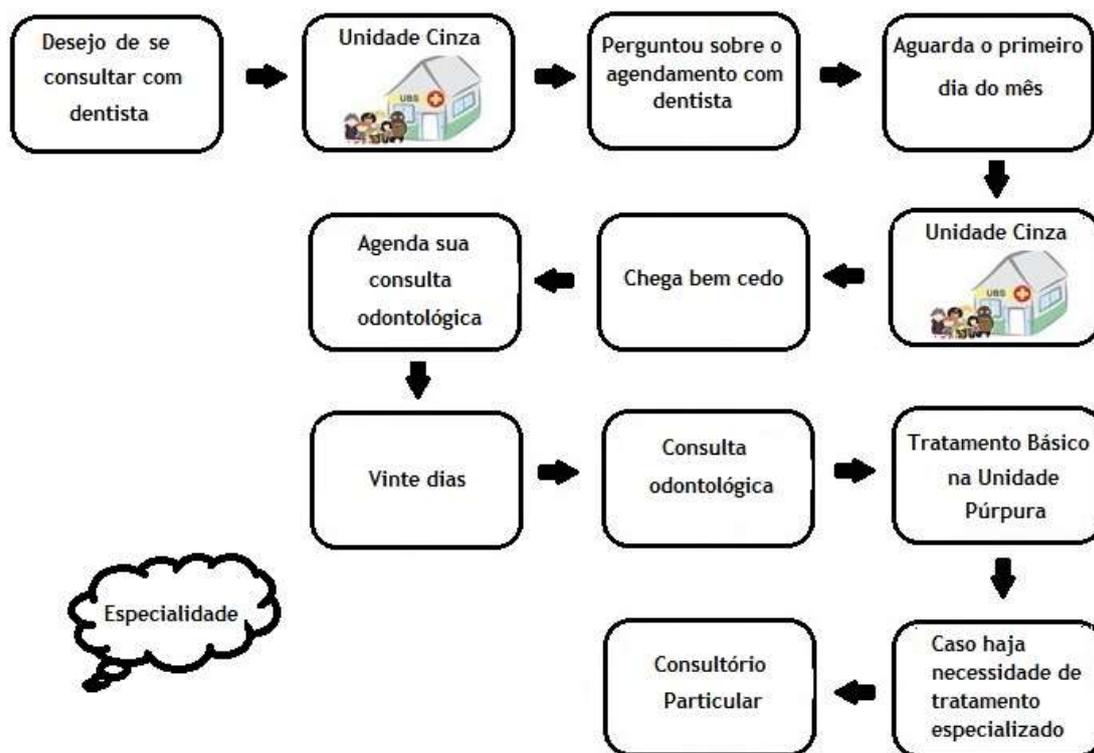


Fig. 13 Itinerário Terapêutico de Hortênsia.

6.2.12. Itinerário terapêutico de Tulipa

Tulipa tem 34 anos, é casada, possui duas filhas e está no sétimo mês de gestação do seu terceiro filho. Trabalha na coleta de ovos em uma granja. Mora com o marido e as filhas.

Faz apenas seis meses que está na cidade, antes morava em um sítio na zona rural. No entanto, está no município de Ibaté há mais de dois anos. Veio de Pernambuco.

No início da gestação, teve alguns problemas e passou a fazer o acompanhamento de pré-natal na Casa Rosa.

Logo no comecinho da minha gravidez, eu tive uns probleminhas e fui fazer o pré-natal na Casa Rosa. Todas as gestantes que têm gravidez de risco fazem acompanhamento nesta Casa.

Desta forma, ao sentir dor de dente, conversou com o ginecologista, perguntando a ele se poderia realizar o tratamento odontológico. O médico autorizou a

realização do tratamento e fez um encaminhamento para Tulipa levar na Unidade de Saúde da Família próxima da sua residência (Unidade Preta).

Tulipa levou o encaminhamento do médico na unidade, entretanto, foi informada que o agendamento para o dentista é no último dia do mês. Como ela estava com dor, teria que tentar uma consulta de urgência.

A moça me falou que para marcar consulta é só no fim do mês. Que tem dia certo; antes desse dia, eles não marcam. Só que eu estou com dor. Daí ela pediu para eu vir tentar um encaixe. Se você chegar cedo, consegue a vaga e a dentista atende.

Desta forma, Tulipa esperou o seu próximo dia de folga do trabalho para ir novamente à Unidade Preta tentar a vaga de urgência. Disse que a granja onde trabalha é muito rigorosa com as faltas dos funcionários, descontando o dia de trabalho perdido.

Eu fiquei esperando o meu dia de folga para poder vir tentar o encaixe. Não posso faltar do trabalho. Eles descontam o dia perdido. Descontam mais pelo dia do que pagam.

Afirma que não fez uso de nenhum medicamento. Por causa da gravidez teve medo de tomar remédio por conta própria. No entanto, relata que sempre tomou medicamentos para dor de dente. Em Pernambuco, não tinha acesso a tratamento odontológico e, sempre que precisava, ou tomava remédio ou colocava o medicamento no dente.

Lá em Pernambuco não tinha dentista assim. Ou quando tinha era muito caro. A gente não podia ir. Então o jeito era tomar remédio mesmo. Às vezes, quando a dor era muito forte, a gente punha o remédio dentro do dente. E isso acabava estragando o dente bom. Mas dessa vez eu não tomei remédio não. Fiquei com medo. Eu tive uns problemas no início da minha gravidez, não quis arriscar.

Como Tulipa tem muitos dentes para tratar, pois nunca havia ido ao dentista, e não pode faltar do trabalho para realizar o seu tratamento odontológico, uma vez que o seu empregador não aceita a declaração de comparecimento, nos seus dias de folga, ela procura a Unidade Preta para passar pela vaga de urgência.

A dentista disse que eu tenho muitos dentes para tratar. Que o certo era eu começar um tratamento. Mas eu não posso porque eles marcam o dia para eu voltar no dia que estou trabalhando. Eu não posso ficar faltando do serviço. Uma que eles descontam o dia; não

aceitam a declaração; consideram como falta. E pensou se eu perco meu emprego? Então quando eu estou de folga eu venho, deixo meu nome para a vaga de encaixe. Quando meu bebê nascer, eu vou ficar de licença, daí vou começar o tratamento direitinho.

Como Tulipa mora bem próximo da Unidade Preta, ela vai antes do almoço, deixa o seu nome com a recepcionista da unidade para a vaga de urgência, volta para casa para almoçar e cuidar das crianças e, cerca de trinta minutos antes do horário de atendimento do dentista, ela retorna à unidade. Desta forma, tem conseguido o atendimento, na maioria das vezes. Afirma que apenas por duas vezes não conseguiu.

No dia da nossa entrevista era a terceira vez que Tulipa estava passando na unidade pela vaga de urgência.

Aqui tem muita gente para passar com a dentista. Então não é sempre que a gente consegue a vaga. Eu moro aqui pertinho. Então venho aqui antes do almoço, deixo meu nome com a moça do balcão, volto pra casa, almoço, dou almoço para as minhas filhas e, depois um pouco antes da hora da dentista chegar, eu volto. Daí a moça do balcão já fala se eu consegui a vaga ou não. Eu quase sempre consigo, fazendo desse jeito. Só duas vezes eu não consegui porque tinha muita gente.

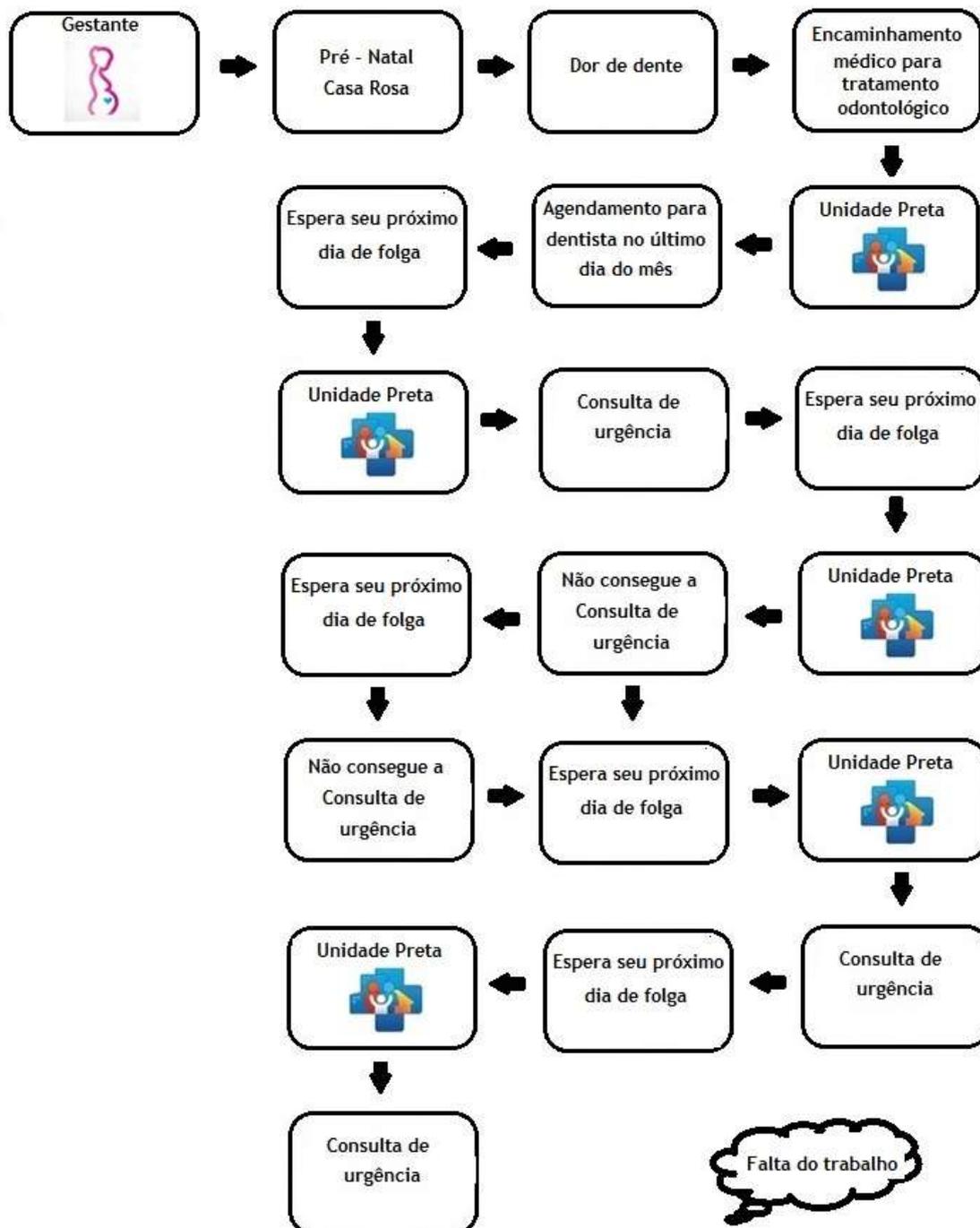


Fig. 14 Itinerário Terapêutico de Tulipa.

7. Discussão

A partir dos resultados obtidos, três categorias de análise foram sistematizadas. São elas: (i) as concepções de saúde e doença e os disparadores pela busca de cuidado; (ii) as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde bucal; (iii) integralidade da atenção à saúde bucal.

7.1. As concepções de saúde e doença e os disparadores pela busca do cuidado

Essa seção foi subdividida em três temas: (i) a busca por cuidado a partir da percepção de um problema instalado; (ii) a desconexão do corpo com a boca; (iii) a escolha do sistema de cuidado.

7.1.1. A busca por cuidado a partir da percepção de um problema instalado

Por meio da análise dos ITs, verificou-se que o disparador para a busca do cuidado foi a percepção de um problema já instalado, ou seja, todos os participantes da pesquisa procuraram por atendimento odontológico a partir da constatação de um problema bucal. A dor de origem dentária estava presente em sete ITs (Orquídea, Violeta, Girassol, Gérbera, Margarida, Jasmim e Tulipa), a necessidade de prótese em quatro ITs (Rosa, Gerânio, Azaleia e Girassol), a necessidade de exodontia com finalidade ortodôntica em um IT (Lírio) e a necessidade de realizar restaurações em vários elementos dentários, incluindo os dentes anteriores em um IT (Hortênsia).

Para Narvai & Frazão (2008) a autopercepção dos problemas bucais ocorre geralmente nos casos dolorosos e estéticos mais severos, enquanto outros problemas bucais mais leves são subestimados. Isso, em parte, pode ser devido à maneira como a Odontologia vem sendo praticada no Brasil durante anos e, em parte, pela condição social dos indivíduos.

No sistema de saúde brasileiro a Odontologia de mercado é predominante, a qual é caracterizada por uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada no restrito ambiente clínico por um único profissional, sendo que esta Odontologia exerce grande influência sobre os serviços públicos até os dias atuais (NARVAI, 2001; BRASIL, 2005; PUCCA, 2006; BOTAZZO, 2006; BRASIL, 2006; SOUZA, 2004; NARVAI, 2006; NARVAI & FRAZÃO, 2008; NICKEL et al., 2008).

Contrariamente à Odontologia de mercado, tem-se a Saúde Bucal Coletiva que compreende, além das ações de assistência individual, ações sobre as causas das

doenças, podendo ser biológicas, sociais, econômicas ou políticas (BOTAZZO et al., 1988). No entanto, a Saúde Bucal Coletiva frequentemente é reduzida a um componente “odontológico”, conservando as ações da Odontologia de mercado (BOTAZZO, 2006).

Neste sentido, Narvai (2006) assinala que a Saúde Bucal Coletiva deve operar uma ruptura epistemológica com a Odontologia de mercado, desenvolvendo a prática odontológica a partir das necessidades das pessoas, assegurando o acesso a todos os recursos necessários para os cuidados odontológicos, de forma, que seja efetivamente um direito social que possa ser alcançado por todos e não exclusivamente pelas elites.

Assim, para obter impacto na cobertura à população e alterar suas características epidemiológicas, as políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica por meio da incorporação de novas tecnologias e de recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas em saúde, incluindo ações educativas e de promoção à saúde (BRASIL, 1993).

Desta forma, é imprescindível que as equipes de saúde bucal desenvolvam ações educativas e de promoção à saúde.

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução dos seus hábitos, tendo por finalidade contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos saúde-doença, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

A promoção à saúde propõe que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que incidem sobre as condições de vida, favorecendo a ampliação de escolhas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Ao considerar a condição social dos indivíduos, a maioria dos entrevistados possuía ocupação que requer baixo grau de escolaridade, com exceção da Gérbera, a única com uma profissão que exigia curso superior (Tabela 2). Assim, os participantes desta pesquisa pareciam ser provenientes de classes menos favorecidas socioeconomicamente, o que ficou evidente nos discursos sobre não ter condições financeiras para realizar um tratamento em consultório particular.

De acordo com Silva et al. (2015), os estudos da relação entre condições sociais e condições de saúde das populações permeiam a literatura há alguns anos, revelando a inquietude em associar a situação de saúde das classes mais pobres da

sociedade com suas condições de vida que seriam responsáveis pelo seu maior risco de morbidade/mortalidade. Portanto, condições de vida, ambiente e condições de saúde formariam uma tríade indissociável de fatores com múltiplas e complexas interações.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde afirma que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma população geram uma estratificação dos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes diferentes posições sociais, as quais têm relação direta com as condições de saúde (SILVA et al., 2015).

Barata (2009) define posição social, utilizando a concepção weberiana, isto é, a posição social dos indivíduos decorre da classificação segundo três dimensões: classe econômica, prestígio e poder político. Sendo os estratos sociais compostos por indivíduos que compartilham determinadas características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda), características essas utilizadas para alocá-los em uma escala ou gradiente de valores crescentes ou decrescentes.

De acordo com Barata (2009) a ocupação é uma das variáveis mais utilizadas em pesquisas conduzidas nos países europeus como medida de classe social. A classificação baseada em ocupações, elaborada pelo sistema de estatística vital do Reino Unido, em 1911, vem sendo amplamente utilizada. Esta classificação foi baseada no grau de habilidade e no prestígio social correspondente a cada ocupação, de modo que pudesse servir como indicadora de posição social, o que, no entanto, não garante a correspondência exata entre classe social e ocupação.

A classificação inglesa divide as ocupações em cinco classes: profissionais (formação universitária), técnicos (formação técnica), trabalhadores qualificados manuais ou não manuais, trabalhadores semiquilificados e trabalhadores não qualificados (BARATA, 2009).

No estudo das desigualdades sociais em saúde, outra variável bastante usada é o nível de escolaridade, isoladamente, ou combinada à ocupação. Desta forma, a posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009).

Silva et al. (2015) consideram que mais importante que conhecer os dados primários de morbidade bucal, é necessário dominar e entender a relação da doença

com as condições sociais e econômicas da população para que se possa efetivamente promover saúde bucal uma vez que promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com seus padrões de desenvolvimento, suas relações com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida.

Moreira et al. (2007), em um estudo que investigou a experiência das doenças bucais no contexto da pobreza no Nordeste brasileiro, concluíram que as desigualdades sociais se manifestam diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda. Para os autores, a associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida.

Da mesma forma, Narvai et al. (2006) afirmam que, no contexto brasileiro, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da cárie, configurando um quadro descrito pelos autores como de *apartheid* social.

Gomes & Da Ros (2008) realizaram um estudo com a finalidade de construir o estilo de pensamento odontológico baseado na etiologia da cárie. Neste estudo, os autores afirmam que a Odontologia coletiva evidencia os contrastes relacionados à doença e classe social, ou seja, há uma relação entre o meio social e a prevalência da doença, que pode ser traduzida na forma desigual com que a cárie é sentida em grupos populacionais distintos. Por fim, os autores concluem que, além das mudanças na prevalência e severidade da doença, a inadequação da prática odontológica vigente no país, centrada no modelo curativo em detrimento da compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, leva a uma hegemonia ainda maior da Odontologia de mercado na saúde em detrimento das necessidades da população.

Segundo Barata (2009) a utilização de serviços preventivos mostra diferenciais mais acentuados segundo a escolaridade e a ocupação, sendo que provavelmente características culturais e o nível de acesso à informação desempenham um papel mais ativo na busca por serviços preventivos, de forma que as escolhas que implicam em comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos. Assim, o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Com relação aos problemas bucais apresentados pelos participantes desta pesquisa, observou-se que correspondem aos agravos mais prevalentes na população brasileira, conforme levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, em nível nacional, em 2010, sendo a cárie dentária, a doença periodontal e o edentulismo (uso e necessidade de prótese) os agravos que mais apareceram neste estudo.

De acordo com o Ministério da Saúde, os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude da sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal – (a) gengivite e (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e (7) má oclusão (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

O levantamento epidemiológico de base nacional – o SB Brasil 2010 – demonstrou a importância desses agravos e reforçou a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

A dor de dente tem sido considerada o sintoma, ou consequência, mais comum da presença de agravos bucais, tais como a cárie dentária e a doença periodontal (LACERDA et al., 2004; NOMURA et al., 2004; PERES et al., 2012; AILLÓN, 2016), sendo que, neste estudo, sete participantes apresentaram dor, incluindo uma gestante.

Lucas et al. (2014) afirmam que uma das mais importantes consequências da cárie é a dor de origem dentária ou odontalgia, que afeta proporções consideráveis de populações, mais especificamente, os estratos economicamente desfavorecidos.

A dor de dente produz impacto negativo sobre a qualidade de vida, ocasionando sofrimento, perda de produtividade no trabalho, mudança nos hábitos alimentares com restrição a certos alimentos, a necessidade de medicação, a procura por serviços e dificuldade no convívio social (OMS, 1997; NARVAI & FRAZÃO, 2008; PERES et al., 2012; LUCAS et al., 2014).

Lacerda et al. (2004) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a prevalência de dor de origem dental como motivo principal da última consulta odontológica entre trabalhadores e verificar a existência de associação com condições socioeconômicas, características laborais e de acesso aos serviços odontológicos. Os autores encontraram que a taxa de resposta obtida para a dor de origem dental como motivo da última consulta odontológica foi igual a 87,7%. Os autores ainda afirmam que os graves e cumulativos reflexos da cárie ao longo da vida dos indivíduos e sua expressiva responsabilidade pelo sofrimento provocam a mutilação dental, pois

observaram que quanto maior a perda dental, maior era a chance da dor ter sido o motivo da última consulta. Assim, concluem que a falta de acesso a medidas preventivas e assistenciais aumenta a complexidade do problema, podendo levar a duas alternativas extremas: por um lado, a exodontia como única conduta tecnicamente possível, frente à gravidade da doença e, por outro, a exodontia como indicação para alívio da dor, frente à impossibilidade de acesso a outros tipos de tratamento. Por fim, afirmam que a dor, além de interferir na qualidade de vida das pessoas, é influenciada pelas condições sociais e de acesso a serviços odontológicos.

Peres et al. (2012) em um estudo sobre as desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil encontraram que a prevalência de dor de dente tem sido relatada como sendo mais elevada em meninas e mulheres, nas pessoas de menor escolaridade e renda, em adultos jovens, e em indivíduos com menor acesso a cuidados básicos de saúde. O lugar de residência (urbano ou rural), o grau de desenvolvimento social (maior ou menor IDH – Índice de Desenvolvimento Humano), a frequência de escovação dentária, o tabagismo, o consumo de álcool, hábitos alimentares não saudáveis e a presença de cárie dentária também interferem na presença de dor de origem dentária.

No Rio de Janeiro, Vieira (2003), em um estudo que avaliou a prevalência e o impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas, encontrou uma prevalência de dor de dente de 39,1%, com relatos do impacto da dor sobre a vida cotidiana. Entre as mulheres que experimentaram dor, os impactos mais frequentemente mencionados foram: dificuldade de manutenção do equilíbrio emocional (60,4%), dificuldade de alimentação (58,4%), dificuldade para limpeza dos dentes (51,3%) e interrupção do sono (48,7%).

Miotto et al. (2013), ao estudarem a dor de dente como um preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos na região sudeste do Brasil, constataram que a dor de dente foi capaz de produzir absenteísmo e os trabalhadores com baixa escolaridade foram os que se ausentaram do trabalho por dor de dente com mais frequência.

De acordo com Lucas et al. (2014), a literatura atribui a Shakespeare a seguinte frase:

“Todo mundo é capaz de suportar uma dor, com exceção de quem a sente”.

Assim, de acordo com esta citação, a dor é uma experiência individual e não compartilhada, o que significa dizer que aprendemos a falar sobre ela por meio da

nossa própria experiência de forma que cada um a sente e a expressa de acordo com o seu conhecimento prévio (LUCAS et al., 2014).

Segundo Ferreira et al. (2006), a dor é um sintoma que causa desordem, mas que ao mesmo tempo suscita uma ordem, pois faz com que os indivíduos se organizem para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica, ou de ordem simbólica. Trata-se, então, de pensar que a dor há de ser resolvida de alguma forma e, muitas vezes, o modo de resolver a dor é a extração dentária.

Entre adultos e idosos a cárie segue produzindo perdas dentárias em magnitude expressiva, levando milhões de brasileiros à mutilação e ao edentulismo (parcial e total) (NARVAI & FRAZÃO, 2008). Os traumatismos dentários e as doenças periodontais também contribuem para essas perdas, porém em menor grau (BARBATO et al., 2007).

Neste estudo, o edentulismo estava presente em quatro ITs (Rosa, Gerânio, Azaleia e Girassol), sendo todos pertencentes à faixa etária acima de 50 anos.

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada (BRASIL, 2008).

Narvai & Frazão (2008) consideram que a perda precoce de dentes pode ser influenciada tanto pela decisão do profissional quanto pela vontade do paciente sendo que do lado profissional, razões de ordem técnica são as mais comuns, enquanto do lado do paciente, predominam as razões de ordem econômica. Ainda segundo os autores, muitas pessoas decidem remover os seus dentes embasados na crença de que a perda dentária é algo natural e inevitável, além disso, acreditam que quanto mais cedo extrair os dentes, melhor, pois teriam como consequência um menor número de noites de dor e sofrimento, menores ausências no trabalho, menor o esforço para cuidar da boca, etc.

Mendonça (2001), em pesquisa qualitativa com trabalhadores rurais, conclui que o edentulismo é uma prática instituída pelas próprias instâncias da Saúde Bucal como cuidado sanitário. Dessa maneira, não há como atribuir a responsabilidade à pessoa desdentada por falta de informação ou cuidado com os dentes, já que a extração é o cuidado possível, não sendo, portanto, algo apenas de natureza cultural, mas um dispositivo institucional. Neste contexto, verificou-se uma situação semelhante a esta no IT de Azaleia que se culpava por ter perdido os dentes; acreditava que a falta de cuidado foi a causa da perda dentária.

A condição de desdentado interfere na vida diária dos indivíduos, gera uma desestabilização do sistema estomatognático, restringindo duas funções importantes para a sobrevivência: a fonação e a mastigação, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos. O impacto dessa condição tem grande repercussão sobre a qualidade de vida das pessoas, pois afeta tanto a estética quanto o psicológico do indivíduo, reduzindo a autoestima e a integração social (SOARES et al, 2015).

Silva et al. (2010) em um estudo sobre o impacto da perda dentária na qualidade de vida afirmam que a perda dentária provoca a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação e vergonha. Para os autores, a função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória, pois sob o ponto de vista subjetivo, verifica-se que a perda de elementos localizados mais posteriormente na boca tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, diferentemente da perda dental total ou de dentes anteriores, que motiva as pessoas a buscarem tratamento para substituí-los.

A ausência total de dentes também implica em impacto negativo no que se refere à alimentação. A estabilidade das próteses e uma adequada mastigação dos alimentos podem ser citadas como fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes desdentados (SILVA et al., 2010).

Neste sentido, Rosa, Gerânio e Azaleia relataram a importância da reabilitação protética, tanto para a estética quanto para a mastigação e fonação, sendo que a dimensão estética apareceu mais fortemente nos relatos de Rosa e Azaleia, enquanto para Gerânio a ausência de adaptação da sua prótese foi a sua queixa principal.

Os resultados encontrados por Soares et al. (2015) são semelhantes aos encontrados neste estudo, pois os autores em uma pesquisa que avaliou os usuários de prótese total, abordando aspectos funcionais, sociais e psicológicos encontraram que o gênero feminino é o que mais busca a reabilitação oral e demonstra uma maior preocupação com a estética e o convívio social, enquanto os indivíduos do gênero masculino mostram uma preocupação maior com respeito à eficiência mastigatória.

7.1.2. A desconexão do corpo com a boca

Ao serem questionados sobre o momento em que perceberam a necessidade de cuidados odontológicos, nenhum usuário entrevistado correlacionou a saúde geral com a saúde bucal. Pela análise da Tabela 2, onde estão os dados relativos ao perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal participantes da pesquisa, percebe-se que cinco usuários possuíam doença sistêmica, sendo uma transplantada renal, uma com

Doença de Parkinson, três com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Além disso, duas usuárias, embora não tivessem doença sistêmica, estavam grávidas.

Todos relataram que faziam acompanhamento médico nas unidades de saúde e, com exceção de Rosa e Margarida, nunca foram orientados pelo médico ou equipe de enfermagem a procurar por atendimento odontológico.

Orquídea foi proibida pela equipe médica de realizar tratamento odontológico durante o primeiro ano após o transplante de rim. E, Tulipa pediu autorização do médico para procurar por atendimento odontológico, por causa da gravidez. No entanto, esta solicitação de autorização médica para a realização de tratamento odontológico não deveria ser necessária, uma vez que o Ministério da Saúde recomenda o encaminhamento da gestante no início do pré-natal pelo médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde para o profissional da área de saúde bucal, para que busquem integrar o atendimento/acompanhamento. Ainda de acordo com o Ministério, a integração da equipe com o profissional de saúde bucal é de suma importância para o diagnóstico das condições patológicas bucais, a exemplo das doenças periodontais que podem levar à ocorrência de partos prematuros (BRASIL, 2012).

De acordo com Lima et al. (2011) a Odontologia vem direcionando seus estudos na busca de comprovar a influência de doenças bucais sobre a etiopatogenia de diversas enfermidades sistêmicas, tais como doenças cardíacas coronárias, acidentes vasculares cerebrais, endocardite bacteriana, diabetes mellitus e infecção respiratória. Dentre as doenças bucais existentes, destaca-se a doença periodontal, em que a presença de microrganismos gram-negativos é semelhante aos encontrados nas diversas infecções crônicas e respiratórias.

Almeida et al. (2011) em um estudo sobre a relação bidirecional da doença periodontal e a doença renal crônica concluíram que a doença renal crônica pode predispor e/ou agravar a doença periodontal, da mesma forma que, em sentido inverso, a doença periodontal pode ser fator de comorbidade e “fonte oculta” de inflamação, podendo causar e/ou predispor ao dano renal agravando a doença renal crônica, inclusive com risco de dano ao enxerto renal. Os autores afirmam que a maioria dos pacientes renais crônicos, em função da preocupação com a saúde sistêmica, não tem como prioridade a higiene oral e o tratamento dos dentes. Além disso, segundo os autores, existe uma dificuldade de acesso ao tratamento dentário público ou privado, contribuindo assim para o aparecimento de doenças periodontais, que podem representar focos de infecções aos pacientes renais crônicos, inclusive sendo motivo de impedimento ao transplante renal.

Com o propósito de reorganizar a rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores de diabetes mellitus e a fim de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção a estes indivíduos no SUS, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O objetivo deste plano foi garantir o diagnóstico, a vinculação do indivíduo às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde. Apesar da importância das ações implementadas pelo Ministério da Saúde, em relação à atenção à saúde dos indivíduos com diabetes mellitus, observa-se que as ações em saúde bucal não foram incluídas no elenco de propostas para garantir o controle e melhoria da qualidade de vida deste grupo. Destaca-se aqui a relação de risco estabelecida na literatura entre o diabetes mellitus e a doença periodontal. Estudos sugerem que o diabetes mellitus pode acelerar a destruição periodontal e que, em contrapartida, o tratamento periodontal pode reduzir as exigências de insulina e melhorar o equilíbrio metabólico do indivíduo com diabetes mellitus. Portanto, os diabéticos precisam de tratamento e controle da doença periodontal (SILVA et al., 2010).

Machado & Piazero (2017) realizaram uma revisão de literatura correlacionando a Doença de Parkinson e a Odontologia. As autoras afirmam que pacientes com Parkinson apresentam manifestações orais, dentais e maxilo-faciais, como disfagia, sialorreia, xerostomia, sensação de ardor oral, cárie e doença periodontal, dificuldade de adaptação ao uso de próteses dentárias e alterações cognitivas, tornando o atendimento odontológico desses pacientes trabalhoso. Para as autoras, o cirurgião dentista deve estar devidamente habilitado para cuidar desses pacientes sempre que for solicitado, atento a todos os sinais e sintomas que esses pacientes apresentarem na cavidade oral ou fora dela.

Com relação à gravidez, a literatura diz que a saúde bucal durante o período gestacional tem íntima relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar no bem-estar do bebê. Durante a gravidez, algumas mulheres se tornam mais susceptíveis à cárie pela dificuldade em manter a higiene bucal, devido a náuseas e também ao desejo de alimentos açucarados. Outro problema comum na maioria das mulheres durante a gravidez são as alterações gengivais, sendo que as doenças periodontais estão associadas com a maior probabilidade do nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros. Entretanto, há uma resistência por parte das gestantes e dos profissionais da saúde em realizar procedimentos odontológicos durante a gestação, por receio de prejudicar o bebê. Além do medo, parece existir um despreparo do profissional para atender este grupo de pacientes. O modelo curativo,

aliado a crenças e mitos populares, dificulta o trabalho dos profissionais em adotar uma postura promotora de saúde (GARBIN et al., 2011). Neste contexto, Tulipa ao solicitar a autorização do médico para realizar o tratamento odontológico demonstrou insegurança e medo de que o tratamento odontológico pudesse prejudicar o seu bebê, corroborando os achados de Garbin et al. (2011).

Ao considerar a desconexão do corpo com a boca, Botazzo (2006; 2013), afirma que na Odontologia, a formação é tecnicista e desarticulada das demais áreas da saúde, sendo que não há correlação da parte dentária com o todo.

Para Narvai & Frazão (2008) um traço cultural que marca a saúde bucal é a sua desvinculação da saúde, sendo que o afastamento entre a Odontologia e a Medicina tem contribuído para que a saúde bucal seja considerada como algo à parte, dificultando a abertura ao diálogo compartilhado entre as equipes multiprofissionais, algo que é viável nos serviços públicos de saúde (BOTAZZO, 2013). Neste contexto, as ações de educação em saúde devem ressaltar que a saúde bucal é componente da saúde e transcende a ideia de Odontologia, ou seja, a saúde bucal é um direito humano (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Souza (2004) diz que o modo pelo qual as alterações bucais que atingem a face alteram a imagem de cada um sobre si mesmo e como isso repercute na vida e nas relações das pessoas representaria um campo de investigações sobre a alteridade humana e a produção de subjetividades.

Desta forma, para Narvai & Frazão (2008), as ações de educação em saúde deveriam desenvolver a compreensão de que saúde bucal é componente da saúde e transcende a ideia de Odontologia, ou seja, a percepção de que saúde bucal é um direito humano.

7.1.3. A escolha do sistema de cuidado

Por meio da análise dos itinerários terapêuticos apresentados, nota-se que houve predomínio do sistema profissional. No entanto, temos que considerar que os participantes da pesquisa são usuários dos serviços de saúde bucal.

O sistema informal também foi mencionado, sendo a prática da automedicação a mais citada pelos usuários entrevistados.

De acordo com Tamietti et al. (2012), quando se trata de urgências odontológicas, a intervenção do cirurgião-dentista é fundamental para o alívio da sintomatologia dolorosa de forma mais eficaz e rápida. A adoção da prática da automedicação por si não proporciona os resultados esperados no alívio da dor.

Alguns autores, como Silva et al. (2008), Carneiro et al. (2009) e Tamiatti et al. (2012), afirmam que a automedicação pode ser um indicativo de barreira ao acesso a serviços públicos de saúde. A dificuldade em conseguir atendimento nos serviços odontológicos tem como consequência um aumento na automedicação como forma de mitigar a dor. Esses resultados corroboram com os encontrados nesta pesquisa nos ITs Violeta, Gérbera e Tulipa.

Segundo Moreira et al. (2007), uma prática muito comum entre os nordestinos de baixa renda, que não possuem acesso aos serviços odontológicos, é o alívio da dor de dente pingando substâncias corrosivas no próprio dente, como solução de bateria, cachaça, álcool. Situação semelhante a esta foi relatada nos ITs Gerânio e Tulipa; ambos afirmaram que já colocaram substâncias no interior do dente para aliviar a dor, uma vez que não possuíam condições financeiras para procurar por atendimento odontológico, sendo que Gerânio relata que isto aconteceu na sua infância e Tulipa diz que esses episódios ocorreram quando residia em Pernambuco.

O uso de plantas medicinais não foi mencionado por nenhum participante da pesquisa. Pires et al. (2014) ao estudarem a utilização de plantas medicinais como opção terapêutica em uma comunidade de Montes Claros (MG) observaram que um pouco menos da metade dos entrevistados afirmaram que ao procurar a assistência médica informam aos profissionais de saúde o uso de plantas medicinais.

Rosa et al. (2011) consideram que o uso de plantas medicinais ainda é negligenciado para o tratamento das infecções bucais.

Begnami & Mialhe (2008) dizem que o mundo que envolve as plantas medicinais ainda possui denotação mágica, mística e sacralizada, sendo que a modernização trouxe consigo novas opções de cuidados com a saúde e certa desvalorização da cultura local e tradicional.

Nesta mesma direção, Lisboa et al. (2017) mencionam que o processo de valorização da Medicina convencional hegemônica, em detrimento aos saberes tradicionais, abrange em maior número as populações mais jovens, no entanto, decorre em larga escala, em toda a sociedade. Não obstante, a urbanização das cidades e a migração da comunidade rural para as áreas urbanas são fatores que, aliados à perda de quintais e ao desinteresse das novas gerações pelo aprendizado sobre o conhecimento básico das técnicas fitoterápicas, podem levar ao completo desaparecimento dos saberes tradicionais, acumulados pelos seus antepassados ao longo do tempo.

O setor popular também não foi mencionado pelos participantes desta Pesquisa. Begnami & Mialhe (2008) afirmam que os raizeiros, benzedeiros e

rezadeiras são figuras que estão desaparecendo do nosso cotidiano com o avanço da industrialização.

Para Coutinho (2018) a prática das benzedadeiras, rezadeiras e raizeiros está relacionada ao universo sociocultural dos indivíduos, sendo os quilombolas, os indígenas e os agricultores, os grupos humanos que realizam rituais místicos e religiosos desde a antiguidade. Os valores simbólicos são herdados do grupo familiar e social numa constante busca pelos significados e sentidos da vida, pois, para as populações tradicionais, a espiritualidade tem maior representatividade do que o mundo material. Entretanto, a autora encontrou em sua pesquisa com rezadeiras do semiárido paraibano, que “a nova geração não tem tanta fé e disposição em aprender as rezas”, sendo que apontam como causa às mudanças no estilo de vida acarretado pelo crescimento da urbanização, universalização da Medicina tradicional e acesso facilitado aos meios de comunicação como televisão, celulares e computadores (COUTINHO, 2018).

7.2. As barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde bucal

Nesta seção, apresentam-se as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde bucal, considerando as dimensões geográfica, organizacional, econômica e sociocultural.

7.2.1. Dimensão geográfica

Esta dimensão refere-se à distância média entre a população e os recursos de saúde. No entanto, não se refere apenas à distância linear, mas também às características físicas que impeçam ou dificultem o acesso da população, tais como: rios, morros, grandes avenidas, etc.

Neste estudo, a dimensão geográfica não foi uma barreira para a acessibilidade aos serviços de saúde bucal. Todos os usuários entrevistados afirmaram que residiam próximo às unidades de saúde e nenhum fez referência à presença de barreiras no trajeto, mesmo quando os entrevistados eram idosos. Também não fizeram referência a barreiras mesmo quando houve necessidade de atendimento no CEO.

7.2.2. Dimensão organizacional

Refere-se aos obstáculos originados no modo de organização dos serviços e são divididos em (i) obstáculos originados na entrada e (ii) obstáculos originados na pós-entrada.

Nesta pesquisa, seis ITs apresentaram obstáculos originados na entrada (Lírio, Violeta, Gérbera, Margarida, Jasmim e Tulipa), três ITs na pós-entrada (Orquídea, Rosa e Azaleia) e três ITs apresentaram obstáculos tanto na entrada quanto na pós-entrada (Gerânio, Girassol e Hortênsia).

7.2.2.1. Obstáculos originados na entrada

Com relação aos obstáculos originados na entrada dos serviços de saúde, estes se referiram ao agendamento da primeira consulta odontológica (Gerânio, Girassol e Hortênsia) e ao atendimento de urgência (Lírio, Violeta, Gérbera, Margarida, Jasmim e Tulipa).

Por meio da análise dos ITs, pôde-se observar que o procedimento para o agendamento da primeira consulta odontológica, em todas as unidades avaliadas, foi o atendimento da demanda espontânea, com o critério de ordem de chegada, sendo que a oferta organizada dos serviços defendida pelo modelo de Vigilância da Saúde estava ausente.

O modelo de Vigilância da Saúde preconiza a necessidade de se identificarem pessoas ou grupos de risco para permitir que o serviço de saúde estabeleça critérios para priorizar o atendimento de acordo com o agravo à saúde ou grau de sofrimento. A adoção desse critério deve ser baseada nas necessidades da população a partir de levantamentos epidemiológicos das áreas de abrangência das unidades de saúde de forma equânime e universal, cabendo às equipes em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada (BRASIL, 2008).

Tavares et al. (2013) em um estudo sobre a organização do acesso aos serviços de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família de um município da Bahia, afirmam que o atendimento à demanda espontânea é importante e necessário, mas não deve se constituir como fio condutor na organização dos serviços de saúde, sob pena de não se avançar na mudança do modelo de atenção, persistindo-se nas práticas com foco na doença.

Ramos & Lima (2003) ao estudarem o acesso e o acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre (RS) encontraram uma dificuldade de acesso à

consulta odontológica. Em função da alta demanda reprimida e de uma grande disputa, os usuários precisavam permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, sendo que a permanência em filas desde a madrugada também foi observada neste estudo, principalmente nas unidades onde o agendamento ocorria em dia específico do mês e por ordem de chegada (IT Gerânio, Gérbera, Girassol, Margarida, Hortênsia e Tulipa).

De acordo com o Ministério da Saúde um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais e o Acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população (BRASIL, 2008).

Desta forma, seguindo a lógica do Acolhimento, a unidade de saúde passa a organizar sua demanda de acordo com as necessidades e prioridades e não somente atrelada à ordem de chegada, evitando-se filas desnecessárias e perda de tempo (DINIZ, 2012).

Neste estudo, foram observadas algumas diferenças no agendamento da primeira consulta odontológica entre as UBS e USF no município de São Carlos. Nas UBS, este agendamento ocorreu em dia específico do mês enquanto nas USF era realizado diariamente. No município de Ibaté, tanto a UBS quanto a USF realizavam o agendamento da primeira consulta odontológica em dia específico do mês. Os profissionais das unidades de ambos os municípios, afirmaram que o agendamento era realizado em dia específico do mês, pois se tratava de uma determinação das Secretarias Municipais de Saúde. Entretanto, as secretarias não confirmaram a determinação.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, essa prática foi uma regra para a organização dos serviços de saúde bucal há muito tempo atrás, sendo substituída pelo Acolhimento no ano de 2007. No entanto, algumas equipes de saúde bucal resistiram em organizar sua demanda baseando-se na lógica do Acolhimento e, ao longo dos três últimos anos, a prática de agendamento no fim do mês está presente na maioria das Unidades Básicas de Saúde.

Da mesma forma, em todas as unidades estudadas, o critério para o atendimento de urgência, foi a ordem de chegada, sendo que para o município de São Carlos também houve diferenças entre as UBS e as USF. Neste município, os cirurgiões-dentistas das UBS trabalhavam por regime de tarefa, instituído pelo Decreto Municipal nº 185, de 31 de julho de 2017, sendo constituída por seis atendimentos diários. Como a procura por vagas de urgência variava muito, a maioria dos profissionais das UBS optou por preencher sua agenda com seis pacientes a fim de

cumprir sua tarefa diária, encaminhando todos os casos de urgência para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou solicitando que retornassem nos dias em que ainda havia vaga disponível na agenda. No entanto, os cirurgiões-dentistas das USF trabalhavam por regime de carga horária (40h semanais), realizando seis atendimentos programados por período de atendimento e dois atendimentos da demanda espontânea.

No município de Ibaté, os cirurgiões-dentistas da UBS e das USF trabalhavam pelo regime de carga horária (20 horas semanais) e também realizavam seis atendimentos diários, porém eram três atendimentos programados e três vagas de urgência por período, uma vez que a demanda por vagas de urgência era muito alta, tanto na UBS quanto nas USF.

No IT Margarida, foi dito que a enfermeira agendou consulta odontológica para ela no momento da confirmação da gravidez. De acordo com o protocolo da Rede Cegonha do município de São Carlos, todas as mulheres que tiverem a gravidez confirmada deveriam ser agendadas para avaliação da sua saúde bucal. Assim, a enfermeira da UBS seguiu o protocolo e Margarida realizou o tratamento odontológico, mas, quando estava com dor de dente e necessitava de uma consulta de urgência, novamente o critério da ordem de chegada foi utilizado.

Entretanto, no município de Ibaté, as gestantes não possuíam prioridade de atendimento, pois no caso de Tulipa, mesmo com o encaminhamento do médico da Casa Rosa solicitando tratamento odontológico para ela, teve que aguardar o agendamento no dia específico do mês ou tentar a vaga de encaixe, com o critério de ordem de chegada.

Carnut et al. (2017) em um estudo sobre os principais desafios do Acolhimento na prática da atenção à saúde bucal afirmam que a Política Nacional de Humanização (PNH) foi um marco para a implementação de uma “nova forma de trabalhar” que visava operacionalizar os princípios da universalidade, integralidade e equidade nos encontros produzidos nos serviços, sendo o Acolhimento uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção do vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços, tendo por objetivos ampliar e qualificar o acesso dos usuários, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho no sentido de promover a humanização da assistência à saúde.

Entretanto, pensar no Acolhimento sob epistemologias que focam apenas no nível do encontro interpessoal valoriza apenas um lado desta tensão, ou seja, aquela que detém maior acúmulo de poder na interação, sendo que esta construção intelectual não faz sentido para quem realmente necessita (CARNUT et al., 2017).

Carnut et al. (2017) também apontam em seu estudo a necessidade de repensar os vínculos empregatícios, uma vez que profissionais com vínculos empregatícios frágeis, mal remunerados, sobrecarregados e com metas de produtividade baseadas em procedimentos tendem a minimizar a condição de atenção, provocando interações superficiais e a substituição das interações humanas por aquelas mediadas por tecnologia, comprometendo o Acolhimento, sendo que na busca pelo acesso aos serviços de saúde bucal, percebe-se que, o usuário tende a ser o mais prejudicado, pois os serviços ainda apresentam baixa resolubilidade no que se refere às necessidades demandadas, demonstrando o quanto as práticas de atenção em saúde bucal apresentam problemas na operacionalização do ato de acolher.

No IT Jasmim, o obstáculo foi a obtenção de atendimento para o filho portador de necessidades especiais. Lawrence et al. (2014) afirmam que os pacientes portadores de necessidades especiais apresentam uma dificuldade ainda maior de acessar os serviços de saúde bucal.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de saúde bucal da Atenção Básica devem prestar assistência odontológica às pessoas com necessidades especiais, sendo que estas só deverão ser encaminhadas ao atendimento especializado nos casos em que extrapolem os limites da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Assim, o paciente especial, por suas peculiaridades, é um usuário que deveria ser mais bem acolhido pelas unidades de saúde, com um esforço por parte das equipes de saúde bucal para a resolução de suas demandas. Entretanto, na maioria das vezes, isso não é observado, sendo que ainda há limitação do tratamento realizado nestes pacientes e existe um percentual importante de encaminhamentos ao CEO (LAWRENCE et al., 2014).

7.2.2.2. Obstáculos originados na pós-entrada

Os obstáculos encontrados na pós-entrada foram o agendamento da consulta no CEO na especialidade de prótese dentária (Rosa, Gerânio, Azaleia e Girassol), a dificuldade em retomar o tratamento após uma falta (Orquídea) e o atendimento especializado apenas em consultório particular (Hortênsia).

O CEO do município de São Carlos é um CEO tipo II que oferece atendimento nas especialidades de endodontia, periodontia, prótese dentária, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e pacientes portadores de necessidades especiais.

Os cirurgiões-dentistas do CEO trabalhavam por regime de tarefa, sendo que, no caso destes profissionais, pela complexidade do atendimento que realizavam, a

tarefa diária era constituída por quatro atendimentos diários. As exceções eram as especialidades de prótese dentária e periodontia, cuja tarefa consistia em seis atendimentos diários assim como os profissionais da Atenção Básica.

O CEO contava com três endodontistas, que possuíam aditamento de contrato (exerciam as atividades em dois contratos de trabalho), totalizando 24 atendimentos diários; dois periodontistas, totalizando 12 atendimentos diários; quatro protesistas, totalizando 27 atendimentos diários (um protesista possuía aditamento de contrato), um cirurgião oral menor que possuía aditamento de contrato, totalizando 8 atendimentos diários, um semiologista que atendia por livre demanda e um odontopediatra especialista no atendimento de pacientes portadores de necessidades, que possuía aditamento de contrato, totalizando 8 atendimentos diários.

O agendamento das consultas no CEO era realizado por meio do sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), que indica às unidades de saúde o número de vagas para agendamento em cada especialidade odontológica, sendo que as vagas ficam disponíveis no início do mês e são distribuídas por cotas para cada unidade de saúde, as quais ficam responsáveis por entrar no sistema e agendar seus pacientes. A distribuição de cotas para as unidades de saúde leva em consideração a demanda reprimida de cada unidade, de forma que, são ofertadas mais vagas para as unidades que possuem maior demanda em cada especialidade. As vagas não preenchidas entram novamente no sistema e são distribuídas por ordem de acesso.

O encaminhamento dos pacientes se dava por meio do sistema de referência e contra referência, sendo que os critérios para o encaminhamento eram os descritos pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal.

O CEO do município de São Carlos foi inaugurado em 2006, ou seja, antes deste ano o município não ofertava atendimento especializado odontológico na rede pública. Neste sentido, Moreira et al. (2005) afirmam que para compreender o atual quadro em que se encontram as condições de saúde bucal dos adultos e idosos, torna-se necessário considerar que este grupo populacional carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras e, além disso, a atenção à saúde bucal para este grupo populacional, durante muitas décadas, compreendeu a assistência apenas em situações de urgência. Desta forma, há uma acumulação de cárie e doença periodontal não tratada e um elevado edentulismo que demanda por reabilitação protética, constituindo uma grande demanda reprimida para os serviços especializados de saúde bucal. Assim, acredita-se que a grande demanda reprimida por serviços especializados no município de São Carlos provoque a demora na obtenção do agendamento no CEO.

No município de Ibaté, quando o usuário necessitava de atendimento odontológico especializado, devia recorrer ao consultório particular. Todavia, o CEO da cidade de São Carlos é referência para Ibaté, mas quando os profissionais foram questionados sobre os motivos pelos quais não encaminhavam os pacientes para o CEO de São Carlos, todos demonstraram desconhecer esta possibilidade.

Outro obstáculo encontrado na pós-entrada foi a dificuldade em retomar o tratamento após uma falta (IT Orquídea).

Verdi et al. (2015) afirmam que o paradigma ético-estético-político que fundamenta a PNH, tem por finalidade construir um plano comum que não despreza os sujeitos e suas experiências concretas de vida, fazendo-se acordos que permitem agir em prol do bem comum, ao invés de se centralizar em uma polaridade. Entretanto, este estudo mostrou que as práticas realizadas pelos profissionais de saúde bucal não estavam orientadas por um sentido ético-estético-político, pois desconsideravam as demandas dos usuários de forma que não foram capazes de construir um diálogo efetivo entre os sujeitos que participaram dos encontros relacionados à atenção à saúde.

7.2.3. Dimensão econômica

A barreira econômica relatada com mais frequência foi o custo elevado dos tratamentos particulares (IT Rosa, Lírio e Gérbera) e a impossibilidade de realizar o tratamento na unidade de saúde para não perder o dia de trabalho (IT Tulipa). Nenhum usuário entrevistado relatou como barreira econômica a dificuldade financeira para o pagamento do transporte coletivo.

Hugo Rosseti (*apud* NARVAI & FRAZÃO, 2008), odontopediatra argentino, costuma dizer que “algumas pessoas estão a cem quilômetros do dentista, outras estão ainda mais distantes: a 50 pesos [moeda argentina]...”.

Haiter (2014) afirma que como o SUS é financiado por recursos fiscais de acesso universal, não deveriam existir barreiras econômicas à utilização dos mesmos, entretanto, em função da oferta de ações e serviços ser insuficiente, as famílias brasileiras ainda têm gasto elevado com saúde, sendo que a melhoria das condições de acessibilidade aos serviços de saúde contribuiria com a diminuição das barreiras econômicas estabelecidas.

Rocha & Bercht (2000) em um estudo sobre o abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre (RS) verificaram que ao surgir uma situação em que o paciente tem de optar entre aspectos importantes de sua vida,

como, por exemplo, o trabalho, a opção dos pacientes será a de abandonar o tratamento.

Segundo Narvai & Frazão (2008) é imprescindível que instituições públicas e organizações privadas desenvolvam ações, incluindo, sem dúvida, serviços assistenciais, a custos compatíveis com as possibilidades de financiamento de cada comunidade. E que sejam bem planejados e executados, com qualidade e, portanto, eficientes para resolver ou, pelo menos, diminuir a magnitude dos principais problemas da área.

7.2.4. Dimensão sociocultural

Embora as perguntas direcionadas aos usuários não abordassem a dimensão sociocultural diretamente, algumas questões relacionadas a ela apareceram nas entrevistas. Nas seções anteriores já foram discutidos alguns aspectos da dimensão sociocultural.

Entretanto, um ponto que chamou a atenção foi que Gerânio afirmou que não pode reclamar, pois o serviço oferecido é gratuito e Girassol disse que a “vida de pobre não é fácil”.

Neste sentido, Reigada & Romano (2018) em um estudo sobre o uso do SUS como estigma afirmam que a opinião pública sobre o SUS é o entendimento de um local para o tratamento de pessoas que não têm dinheiro para pagar pelo privado, como um favor do Estado e, portanto, como um sistema não passível de reclamações e melhorias. Assim, a representação social do SUS é de um sistema pobre para os pobres, ao invés de ser visto como um direito é entendido como uma desqualificação social, sendo que aquele que necessita do serviço público encaixa-se em um grupo estigmatizado, de forma que o estigma se perpetua na sociedade porque o grupo estigmatizado também incorpora o preconceito com que a sociedade os define.

Não obstante, Coelho (2012) afirma que no Brasil, apesar da democracia política tão almejada, convive-se com uma grande desigualdade social e péssimas condições de vida. Essa situação leva a uma descrença no Estado e em qualquer possibilidade de mudança, fato que, conciliado a valores neoliberais incorporados pela sociedade, cria uma visão imobilizadora que tende a reproduzir as injustiças e não transformá-las. Para a autora, o fato de a comunidade participar no sistema de saúde é visto como condição fundamental para o exercício pleno da saúde, capaz de promover equidade e de transformar a atenção à saúde. As ações de construir a cidadania e formar sujeitos coletivos são tomadas como fundamentos para a conquista de espaços democráticos e de direitos sociais.

A análise dos ITs também nos permitiu perceber que a maioria dos usuários dos serviços de saúde bucal dos dois municípios estudados apresentaram um certo “conformismo” com as barreiras de acessibilidade.

Yépez & Morais (2004) afirmam que existem diferentes níveis de aceitação, desde a ‘aceitação normativa’ em que o indivíduo interioriza as expectativas morais da classe dominante e legítima para si sua própria posição de inferioridade, até a ‘aceitação pragmática’, em que a pessoa se submete por não ver uma alternativa realista. Assim, por se perceberem destituídos de poder, muitos usuários deixam de acreditar na sua capacidade de transformar a realidade e passam a depositar tal responsabilidade nas mãos de outros segmentos que eles acreditam estar aptos para tal façanha.

As autoras concluem que é preciso ampliar espaços onde a relação dialógica e a subjetividade do usuário são valorizadas, como forma de gerar possibilidade de reflexão e construção de novos significados, por parte dos usuários, acerca dos seus direitos, seu papel e participação como agente de mudanças no sistema de saúde. Ou seja, o processo de humanização do atendimento deve ir além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente, deve apontar para o desenvolvimento, no espaço das práticas de saúde, do sentido de cidadania e participação crítica (YÉPEZ & MORAIS, 2004).

7.3. Integralidade da atenção à saúde bucal

Pela análise dos ITs apresentados neste estudo e pelas observações realizadas nas equipes durante a coleta de dados, foi possível perceber que as práticas de saúde bucal estavam voltadas principalmente para o atendimento individual, conduzido de maneira rápida, centrado na queixa do usuário, limitado pelo equipamento ou insumo disponível no momento e pelo número de vagas, restrito a um procedimento por indivíduo. Além disso, a unificação da porta de entrada dos serviços de saúde bucal com a área de médico-enfermagem e a organização de ações conjuntas de promoção da saúde e prevenção de doenças estavam ausentes nas unidades pesquisadas.

Assim, as observações provocam uma discussão sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista, ou seja, a clínica desenvolvida em sua prática nas unidades de saúde. Para Campos (2003), existem três clínicas que se comunicam e se interpenetram: a clínica oficial, a clínica degradada e a clínica ampliada. A primeira seria a tradicional clínica cartesiana, espaço no qual a prática desconhece a pessoa enferma e personifica a enfermidade de forma que a saúde é entendida como

mercadoria. A segunda consiste numa clínica marcada por interesses de ordem econômica, política ou ideológica, mas que, nesse caso, transfigura-se numa práxis distante das necessidades de saúde, sendo que os diferentes interesses sobrepõem-se à promoção, prevenção, cura ou reabilitação dos usuários, impingindo a estes uma lógica de submissão. A antítese seria a clínica ampliada, centrada no sujeito concreto e não somente na sua enfermidade, a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas (SANTOS & ASSIS, 2006).

De acordo com Carnut (2017), outra estratégia que corrobora a prática integral é o Acolhimento, pois promove um encontro diferenciado, permeado de contato e afeto. Assim, o autor diz que se pode identificar a articulação entre o acolhimento e a integralidade, no conceito de linhas de produção de cuidado, nas quais a integralidade do cuidado (compreendida como acesso do usuário a todos os níveis do sistema) perpassa a Rede de Atenção, através da qual o usuário – portando seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) - é guiado no itinerário terapêutico, pelos serviços, e cujo acesso requer a acolhida desse usuário, por onde quer que ele passe.

Neste sentido, as unidades de saúde pesquisadas apresentaram limitações no ato de acolher os usuários, sendo que, na maioria das vezes, a integralidade da atenção ficou comprometida.

As duas Redes de Atenção à Saúde (RAS) citadas nesta pesquisa, a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, mostraram uma inserção muito incipiente da saúde bucal. No IT Margarida, no momento da confirmação da gravidez, foi agendada uma consulta odontológica pela enfermeira, no entanto, ao necessitar de um atendimento de urgência, novamente o critério de ordem de chegada foi utilizado. Ao contrário, no IT Tulipa, mesmo com o encaminhamento médico para a realização do tratamento odontológico, teve que aguardar o dia do agendamento. Da mesma forma, as UPAs, que são os pontos de atenção à saúde bucal na Rede de Urgência e Emergência, ao invés de realizar o atendimento de urgência para amenizar a dor dos usuários, encaminhavam o paciente para as unidades de referência (IT Lírio, Violeta, Gérbera, Margarida, Jasmim).

Pela análise do IT Hortênsia, pudemos verificar que o princípio da integralidade da atenção à saúde bucal no município de Ibaté não pôde se concretizar, uma vez que quando o usuário necessitava de atendimento odontológico especializado devia recorrer ao consultório particular. Todavia, o CEO do município de São Carlos era referência para os municípios de Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito (municípios pertencentes ao CGR Coração). Entretanto, na prática, apenas os municípios de Dourado e Ribeirão Bonito encaminhavam pacientes para o CEO. Ao

questionar os profissionais de saúde bucal do município de Ibaté sobre os motivos pelos quais não encaminhavam os pacientes para o CEO de São Carlos, todos demonstraram desconhecer essa possibilidade.

Neste sentido, Mello et al. (2014) consideram que a implantação da rede regionalizada de atenção à saúde tem a condição de levar o cuidado à saúde bucal a um novo patamar de atenção e assistência. Para os autores, a partir da (re)estruturação do atendimento da Atenção Primária, progressivamente, vão se traçando os contornos dos serviços da rede de atenção secundária e terciária. E a formalização de fluxos entre os pontos de atenção conduzirá a uma plena interação da saúde bucal na RAS.

Santos & Assis (2006) acreditam que o debate em torno das práticas em saúde bucal demanda um modelo de atenção mais adequado, que possibilite agregar as diversas tecnologias (leve, leve-dura e dura) disponíveis da maneira mais adequada, sem reduzi-las nem tampouco ultrapassar as suas possibilidades. Os autores afirmam que a ênfase na equipe interdisciplinar parece ser uma potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) na confecção de práticas originais, de novos modelos.

Por fim, os autores concluem que nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro, pois quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, repercute na boca, no corpo, na alma, na vida e junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam, de forma que o sofrimento é compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde (SANTOS & ASSIS, 2006).

Afirmando que não há possibilidade de integralidade e equidade sem a garantia da universalidade do acesso, Cecílio (2009) alerta que esses dois conceitos – integralidade e equidade – constituem os objetivos da atenção à saúde. Além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, o debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos, ou seja, é um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, sendo a integralidade o princípio que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde (AYRES; MATTOS, 2009).

8. Considerações finais

Os dados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que a acessibilidade aos serviços de saúde bucal nos municípios de Ibaté e São Carlos apresentou-se prejudicada, indicando a necessidade de reorganização dos processos de trabalho desenvolvidos. Os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. No entanto, para operar esta transformação é preciso romper com as antigas formas de trabalhar e lidar com o processo saúde-doença na sociedade. É preciso também instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação destas mudanças por meio da Educação Permanente em Saúde.

Diante de todos os fatores que estão afetando a acessibilidade aos serviços de saúde bucal percebe-se que medidas de reflexão e planejamento são necessárias, devendo ocorrer de forma que usuários, profissionais e gestores possam participar, favorecendo tomadas de decisões compatíveis com a realidade local, traduzindo-se em ações de cidadania.

Deve-se considerar que a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente é um marco histórico, que ampliou consideravelmente a oferta de serviços de saúde bucal na rede pública. Porém, é necessário que haja um maior suporte e capacitação técnica para os trabalhadores da saúde, para que se possa efetivamente provocar mudanças no modo de produzir e organizar os sistemas de saúde.

É preciso que os usuários dos serviços de saúde bucal sejam conscientizados para não aceitarem de maneira submissa as barreiras de acessibilidade a que são impostos, de forma que o trânsito de um polo de passividade para outro, de protagonismo, será alcançado por meio dos processos de participação, sendo que o envolvimento da população permite a ela se apropriar de sua saúde e conduzir à formação da consciência sanitária que se estende às demais questões sociais.

Neste estudo, também foi constatado que práticas de saúde que resgatem o ser humano são essenciais, sendo que a integralidade da atenção à saúde deve ser o norte das práticas em saúde bucal. Por fim, nosso desejo é que as conquistas que foram estabelecidas no plano legal possam ser praticadas no cotidiano dos atendimentos. Para tanto, necessita-se do envolvimento de agentes sociais comprometidos com a luta pelo cumprimento das diretrizes constitucionais, sobretudo nos espaços de micropolítica dos serviços de saúde.

9. Referências Bibliográficas

AILLÓN, I.E.V. **Estudo epidemiológico da dor de dente e fatores associados em pré-escolares da região oeste do município de São Paulo (SP)**. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2016.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, V. 25, N. 2, 2012, p. 243-250.

ALMEIDA, D.C. de.; PEREIRA, C.S.; GRANJEIRO, J.M.; MACHADO, W.A.S.; TOSTES, F.R.V.; BARBOZA, E. dos S.P. A relação bidirecional entre doença periodontal e doença renal crônica: da progressão da doença renal crônica à terapia renal substitutiva de diálise. **Revista Periodontia**, V. 21, N. 1, 2011, p. 73-79.

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 171-86.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ALVES, P.C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, N. 42, 2015, p. 29-43.

ALVES. P.C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G.(Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ Abrasco, 2016.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, V. 36, 1995, p. 1-10.

AQUILANTE, A.G. **Olhares sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III)**. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, 2013.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em Pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. 1 ed. Feira de Santana: UEFS, 2010, v. 1, p. 139-160.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 17, N. 11, 2012, p. 2.865-2.875.

AYRES, J.R.de C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, V. 18, N. 2, 2009, p. 11-23.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, V. 14, N. 35, 2010, p. 797-810.

BAPTISTA, T.W.F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.M.; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, V.23, N. 8, 2007, p. 1803-1814.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BEGNAMI, A.F.; MIALHE, F.L. Levantamento de plantas medicinais e suas aplicações no município de Piracicaba (SP). **Revista UNINGÁ**, N. 18, 2008, p. 49-62.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; FARIA, A. P. S.; SANTOS, E. J. F.; CASTROV, P.; SOUZA, S. P. S.; MARUYAMA, S. A. T. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V. 3, N. 10, 2008, p. 849-856.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec; 2013.

BOTAZZO, C.; MANFREDINI, M.A.; NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal Coletiva**. Material de apoio ao curso para formação de técnico em higiene dental do SUDS-SP, 1988.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 11, N. 1, 2006, p. 7-17.

BRASIL. **3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica – Pré-natal de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508** de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Lei nº **6.050** de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília: Presidência da República, 1974.

BRASIL. Lei nº **8.080** 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. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº **8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Manual de Planejamento no SUS/** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. **Nota Técnica nº 01/2014** de 26 de dezembro de 2013. Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da população brasileira – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.646** de 05 de agosto de 2014. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria MS/GM de consolidação nº3** de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.032** de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.341** de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria MS/GM 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.464** de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.570** de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.571** de 29 de julho de 2004. Estabelece a forma de financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria MS/GM 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 da qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.825** de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.371** de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria MS/GM 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: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 261** de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o incentivo financeiro (PMAQ-CEO), denominado componente de qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 267** de 06 de março de 2001. Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 399** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria MS/GM 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 673** de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 793** de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria MS/SAS nº 718**, de 20 de dezembro de 2010. Institui novos procedimentos na tabela do SUS: aparelhos ortodôntico e ortopédico, implante dentário osseointegrado e prótese sobre implante, sendo estes tratamentos realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 1993.

BRASIL. **Resolução MS/GM nº 1** de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde – coleção para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL; CONASS; CONASEMS. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**. Brasília: MS, CONASS, CONASEMS, 2018.

BUDÓ, M. de L. D.; SCHIMITH, M.D.; GARCIA, R. P.; SEIFFER, M. A.; SIMON, B. S.; SILVA, F.M. Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFSM**, V. 4, N. 2, 2014, p. 439-449.

BURILLE, A. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

CAMARGO JR, K.R. As muitas vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, 184p.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 5, N. 57, 2004, p. 611-614.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CARNEIRO, F.C.; SANTOS, R.S.; PONTES, D.G.; SALINO, A.V.; REBELO, M.A.B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Caderno de Saúde Pública**, V. 25, N. 8, 2009, p. 1827-1838.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, V. 41, N. 115, 2017, p. 1177-1186.

CARNUT, L.; FRAZÃO, M.P.; NETO, J.G.M.; SILVA, A.L.A. de S. Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Revista ABENO**, V. 17, N. 4, 2017, p. 46-62.

CASTRO, R. D. **Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

CASTRO, R. D.; OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARAÚJO, I. M. Estudo da acessibilidade organizacional aos serviços de saúde bucal de um município de pequeno porte do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, V. 14, N. 4, 2011, p. 65-76.

CECÍLIO, L.C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, 184p.

CECÍLIO, L.C. de O. Modelos tecno-assistencias em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, V. 13, N. 3, 1997, p. 469-478.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F. de L.; ROSSI, T.R.A.; SANTANA, S.F.; BARROS, S.G.; SANTOS, C.M.L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 22, N. 6, 2017, p. 1791-1803.

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, V. 21, Supl. 1, 2012, p. 138-151.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução nº 23** de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução nº 37** de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas para pesquisas e testes em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, V. 13, N. 3, 2004, p. 5-15.

COUTINHO, A.L. **Conhecimento e utilização de plantas mágico-religiosas por rezadeiras do semi-árido paraibano**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba, 2018.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acessado em 10 de julho de 2018.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, V. 34, N. 3, 2000, p. 316-319.

DINIZ, D.G. **Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na organização do acesso às ações em Odontologia no serviço público**. Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W. de A.; ALVES, M. do S. C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 11, N. 1, 2006, p. 211-218.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 6, N. 20, 2015, p. 1869-1878.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em foco**, V. 1, N. 2, 2010, p. 51-54.

FIRJAN. **Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal (IFDM)**. Acessado em 15 de setembro de 2018. Disponível em: <www.firjan.com.br/ifdm>

GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S.; ROVIDA, T.A.S.; DINIZ, D.G. Parâmetros assistenciais em saúde bucal: comparação entre duas programações do atendimento clínico no serviço público. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, V. 25, N. 3, 2012, p. 255-260.

GARBIN, C.A.S.; SUMIDA, D.H.; SANTOS, R.R. dos.; CHEHOUD, K.A.; MOIMAZ, S.A.S. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Revista de Odontologia da UNESP**, V. 40, N. 4, 2011, p. 161-165.

GERHARDT, T. A.; RAMOS, I. C. A.; RIQUINHO, D. L.; SANTOS, D. L. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, T. A.; SILVEIRA, D.T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009, p. 65-89.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

GOMES, D.; DA ROS, M.A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 13, N. 3, 2008, p. 1081-1090.

HAITER, S.J.C. **Avaliação das faltas às consultas odontológicas no serviços de saúde: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, 2014.

HELMAN, C. Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde. In: HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**, 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009, p. 79-112.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Acessado em: 03 de setembro de 2018. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>>

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento – Rio de Janeiro: IBGE, 2015, 100p.

JESUS, W.L.A. de; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 15, N. 1, 2010, p. 161-170.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O Mundo da Saúde**, V. 3, N. 36, 2012, p. 397-406.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LACERDA, J.T. de.; SIMIONATO, E.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, V. 38, N. 3, 2004, p. 453-458.

LAWRENCE, H.; SOUSA, L. de P.; GONÇALVES, F. de L.; SAINTRAIN, M.V. de L.; LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. da P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde**, V. 13, N. 1, 2006, p. 113-128.

LIMA, D.C. de.; SALIBA, N.A.; GARBIN, A.J.I.; FERNANDES, L.A.; GARBIN, C.A.S. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 16, Supl. 1, 2011, p. 1173-1180.

LIMA, N.C de; BAPTISTA, T.W. de F.; VARGAS, E.P. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2016.

LISBOA, M. dos S.; PINTO, A.S.; BARRETO, P., A.; RAMOS, Y.J.; SILVA, M., Q.O.R.; CAPUTO, M.C.; ALMEIDA, M.Z. de. Estudo etnobotânico em comunidade quilombola Salamina/Putumujú em Maragogipe (BA). **Revista Fitos**, V. 11, N. 1, 2017, p. 48-61.

LUCAS, S.D.; MATTOS, F. de F.; MELO, J.A. do C.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M.H.N.G. de.; FERREIRA, N. E. Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 19, N. 6, 2014, p. 1933-1942.

MACHADO, B.B.; PIAZERA, C. Doença de Parkinson e Odontologia: uma revisão de literatura narrativa. **Revista Ceuma Perspectivas**, V. 30, 2017, p. 193-212.

MACHADO, R.R.; COSTA, E.; ERDMANN, A.L.; ALBURQUERQUE, G.L.; ORTIGA, A.M.B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, V. 11, N. 1, 2009, p. 181-187.

MAGRI, L.V.; ACIOLE, G.G.; SALOMÃO, F.G.D.; TAGLIAFERRO, E.P.S.; RIBEIRO, L.G. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do Estado de São Paulo. **Saúde Debate**, V. 40, N. 108, 2016, p. 144-155.

MANFREDINI, M.A. Saúde Bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MANGIA, E.F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários Terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, V. 19, N. 3, 2008, p. 176-182.

MATTOS, R.A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, 184p.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociologica Review**, v. 26, p. 86-94, 1960.

MELLO, A.L.S.F.; ANDRADE, S.R.; MOYSÉS, S.J.; ERDMANN, A.L. Saúde Bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 19, N. 1, 2014, p. 205-214.

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

MENDONÇA, T.C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Caderno de Saúde Pública**, V. 17, N. 6, 2001, p. 1545-1547.

MINAYO, M. C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MIOTTO, M.H.M. de B.; BARCELLOS, L.A.; LOPES, Z.V. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 18, N. 11, 2013, p. 3183-3190.

MOREIRA, R. da S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, V. 21, N. 6, 2005, p. 1665-1675.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M. do S. C.F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V. 23, N. 6, 2007, p. 1383-1392.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva – um conceito. **Odontologia e Sociedade**, V. 3, N. 1 / 2, 2001, p. 47-52.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, V. 40, N. Esp., 2006, p. 141-147.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, V. 19, N. 6, 2006, p. 385-393.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, V. 24, N. 2, 2008, p. 241-246.

NOMURA, L.H.; BASTOS, J.L.D.; PERES, M.A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, N. 18, 2004, p. 134-140.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

OLIVEIRA, R.S. **Acesso aos Serviços de Saúde Bucal e Avaliação da Satisfação de Usuário em Olinda – PE**. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Pernambuco, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal** – Manual de Instruções. 4. ed. Genebra, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Brasil – Saúde Bucal**. OPAS: OMS, 2002.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PERES, M.A.; ISER, B.P.M.; PERES, K.G.; MALTA, D.C.; ANTUNES, J.L.F.A. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V. 28, 2012, p. 114-123.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, 184p.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G.(Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ Abrasco, 2016.

PIRES, I.F.B.; SOUZA, A.A.; FEITOSA, M.H.A.; COSTA, S.M. Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, V. 16, N. 2, 2014, 426-433.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBATÉ, 2018. Acessado em 15 de setembro de 2018. Disponível em: <<http://www.imate.sp.gov.br/>>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2018. Acessado em 15 de setembro de 2018. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>

PUCCA JÚNIOR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 11, N. 1, 2006. P. 243-246.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V. 19, N. 1, 2003, p. 27-34.

RAUPP, F.M.; BEUREN, I.M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In. BEUREN, I.M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006. Cap.3, p.76-97.

REIGADA, C.L. de L.; ROMANO, V.F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, V. 28, N. 3, 2018, p. 280-316.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E.C. de; CECÍLIO, L.C. de O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. São Paulo: UNA-SUS | UNIFESP, 2012.

ROCHA, C.R.; BERCHT, S.B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, V. 42, N. 2, 2000, p. 25-31.

ROSA, P.C.A.; MAIA, L.A.; GALLO, S.M. **Uso de Planta Medicinal da Amazônia na Saúde Bucal**. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIBIC INPA – CNPq/FAPEAM, 20., 2011, Manaus.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, V. 20, N. 4, 2011, p. 948-960.

SANTOS, A.M. dos; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 11, N. 1, 2006, p. 53-61.

SÃO CARLOS. **Decreto nº 185** de 31 de julho de 2017. Estabelece critérios mínimos e procedimentos para que seja atendido o interesse público na adoção do regime de tarefa a que se refere o artigo 6º da Lei Municipal nº 16.000, de 23 de fevereiro de 2012, e alterações posteriores, que dispõe sobre o plano de carreiras e salários e estrutura de governança da carreira dos servidores públicos da administração pública direta e indireta e dá outras providências. São Carlos: Prefeitura Municipal, 2017.

SÃO PAULO. **Decreto DOE nº 51.433**, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2006.

SÃO PAULO. **Estado de São Paulo segundo Departamentos de saúde, 2012**. Acessado em 10 de julho de 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, V. 17, N. 1, 2007, p. 29-41.

SILVA JUNIOR, N.D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do Itinerário Terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **III Encontro Baiano de Estudos em Cultura**, 2012.

SILVA, A.M.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F. e.; ABREU, M.H.N.G. de. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 15, N. 4, 2010, p. 2197-2206.

SILVA, J. V. da.; MACHADO, F.C. de A.; FERREIRA, M.A.F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 20, N. 8, 2015, p. 2539-2548.

SILVA, M.E. de S. e; VILAÇA, E.L.; MAGALHÃES, C.S. de; FERREIRA, E..F. e. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 15, N. 3, 2010, p. 841-850.

SILVA, R.A.; MARQUES, F.D.; GOES, P.S.A. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade de Recife, Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 13, Supl., 2008, p. 697-701.

SILVESTRE, J.A.C.; AGUIAR, A.S.W. de; TEIXEIRA, E.H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, V. 7, N. 2, 2013, p. 28-39.

SOARES, S.L.B.; RODRIGUES, R.A.; RIBEIRO, R.A.; ROSENDO, R.A. Avaliação dos usuários de prótese total, abordando aspectos funcionais, sociais e psicológicos. **Revista Saúde & Ciência on line**, V. 4, N. 2, 2015, p. 19-27.

SOUZA, E.C.F.O. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar**. Natal: Editora da UFRN, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TAMIETTI, M.B.; MARTINS, M.A.P.; ABREU, M.H.N.G.; CASTILHO, L.S. de. Fatores associados à automedicação em um serviço brasileiro de emergência odontológica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, V. 12, N. 1, 2012, p. 65-69.

TAQUETTE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **Investigação qualitativa em saúde**, V.2, 2016, p. 524-533.

TAVARES, R.P.; COSTA, G.C.; FALCÃO, M.L.M.; CRISTINO, P.S. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, V. 37, N. 99, 2013, p. 628-635.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, V. 25, N. 8, 2009, p. 1732-1742.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, V. 20, Supl. 2, 2004, p. S190-S198.

UNGLERT, C.V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, V. 24, N. 6, 1.990, p. 445-452.

VERDI, M.; FINKLER, M.; MATIAS, M.C.S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, V. 24, N. 3, 2015, p. 363-372.

VIEIRA, B.H.O.M. **Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil**. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

YÉPEZ, M.T.; MORAIS, N.A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno de Saúde Pública**, V. 20, N. 1, 2004, p. 80-88.

Apêndices

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido você a participar de uma pesquisa que estou fazendo para a conclusão do meu Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), intitulada: “*A busca do usuário e a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)*”, sob a orientação do Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo.

O objetivo do trabalho é identificar e compreender os contextos que podem facilitar ou dificultar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em dois municípios do interior do Estado de São Paulo (SP).

A sua participação consistirá em responder algumas questões que estão descritas em um roteiro. Afirmo que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de conhecer a sua história. A entrevista poderá ser gravada, caso concorde, e o material gravado será destruído pela pesquisadora após o uso. Afirmo que se você não quiser responder alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento que achar necessário.

Você não será obrigado a participar, podendo desistir a qualquer momento e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua identificação será mantida em sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas.

As informações que pretendo obter serão utilizadas exclusivamente para a elaboração da minha pesquisa e poderão ser publicadas em periódicos científicos, uma vez que se trata de uma Pesquisa Científica.

Se você julgar que precisa de mais informações acerca da realização da pesquisa, terá a garantia de que será esclarecido a qualquer momento.

A participação neste estudo não acarretará em nenhum tipo de despesa, bem como nenhuma remuneração ou benefícios diretos a você. Os riscos relacionados à sua participação são de origem psicológica; podendo ocorrer constrangimento ao responder as questões, desconforto, estresse, quebra de sigilo e danos. No entanto, como medidas de prevenção, pretende-se identificar o questionário pelas iniciais do nome para garantir o anonimato; bem como o entrevistado será considerado a partir de sua cultura, valores e crenças. Além disso, todas as respostas serão confidenciais.

Em relação aos benefícios, acreditamos que os resultados poderão auxiliar profissionais e gestores de saúde a melhorarem a qualidade da assistência prestada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como universalidade e integralidade da atenção.

Você receberá uma cópia deste Termo onde constam os dados e contatos da responsável pela pesquisa.

Lúcia Sabrina de Freitas

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – UFSCar

RG: 33.463.669-3 CROSP: 92.467

Contato pelo telefone (16) 99776-5797 ou pelo e-mail: lufoar@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na Pesquisa “*A busca do usuário e a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)*” e concordo em participar. Fui informado (a) pela pesquisadora que o Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP: 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Apêndice B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data da entrevista:

Município onde foi realizada a entrevista:

Unidade de saúde onde foi realizada a entrevista

Dados Pessoais:

Nome:

Telefone para contato:

Idade:

Ocupação:

Tempo que reside no município:

1. Quando você percebeu que necessitava de cuidados odontológicos?
2. Ao perceber a sua necessidade, quais foram os caminhos percorridos por você? Conte-me a sua trajetória. A trajetória que foi mais marcante para você.
3. Logo que percebeu a sua necessidade, você recorreu primeiro à automedicação; tratamentos recomendados por alguém da família, amigos ou conhecidos; chás; pomadas medicinais; etc. ou às Unidades de saúde, Unidades de Pronto-atendimento, Consultórios médicos/odontológicos ou Farmácias?
4. Como você conseguiu o atendimento neste serviço de saúde bucal?
5. Você julga que foi fácil ou difícil conseguir o atendimento? Por quê?
6. Você está enfrentando dificuldades para realizar seu tratamento? Quais?

Apêndice C**DIÁRIO DE CAMPO**

Data da entrevista:

Município:

Unidade de saúde:

Notas de campo:

Reflexões:

Apêndice D

ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Município:

Unidade de saúde:

Observação do ambiente físico

Espaços existentes

Limpeza

Organização

Materiais (equipamentos/insumos)

Observação do ambiente relacional

Entre os profissionais das equipes de saúde

Entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Anexos

Anexo A – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A busca do usuário e a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

Pesquisador: LUCIA SABRINA DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83494018.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.757.074

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que tem como objetivo principal identificar e compreender os contextos que podem facilitar ou dificultar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em dois municípios do interior do Estado de São Paulo (SP). A partir da descrição e análise dos itinerários terapêuticos dos usuários dos serviços de saúde bucal, pretende-se conhecer as concepções de saúde e doença destes usuários, identificar os disparadores para a busca do cuidado, apreender as vivências e sentidos dados à busca por acessibilidade e resolutividade para as suas necessidades de saúde bucal e discutir como ocorre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em municípios de diferentes portes populacionais, com ofertas de serviços em diferentes níveis de complexidade, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde.

Neste sentido, participarão do estudo duas unidades de saúde no município de Ibaté, sendo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Estratégia Saúde da Família (ESF) e dez unidades de saúde no município de São Carlos (cinco UBS e cinco ESF), sendo uma UBS e uma ESF de cada região de saúde do município. Como instrumentos de construção das informações, utilizar-se-á a entrevista, com roteiro semiestruturado, o diário de campo e a observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.757.074

Identificar e compreender os contextos que podem facilitar ou dificultar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em dois municípios do interior do Estado de São Paulo(SP).

Objetivo Secundário:

- Conhecer as concepções de saúde e doença dos usuários dos serviços de saúde bucal;
- Descrever e analisar os itinerários terapêuticos de usuários dos serviços de saúde bucal, identificando os dispositivos disparadores da busca por cuidado;
- Apreender as vivências e sentidos dados à busca por acessibilidade e resolutividade para as suas necessidades de saúde bucal;
- Discutir como ocorre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal em municípios de diferentes portes populacionais, com ofertas de serviços em diferentes níveis de complexidade, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos relacionados com a participação na Pesquisa, pois não haverá riscos físicos, químicos, biológicos, psicológicos ou morais. A entrevista só será realizada se o participante aceitar. Se o participante tiver algum constrangimento em relação a alguma pergunta, ele não será obrigado a respondê-la.

Benefícios:

Os resultados poderão auxiliar profissionais e gestores de saúde a melhorarem a qualidade da assistência prestada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, tais como universalidade e integralidade da atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha rosto adequada.

Apresenta as cartas de anuência.

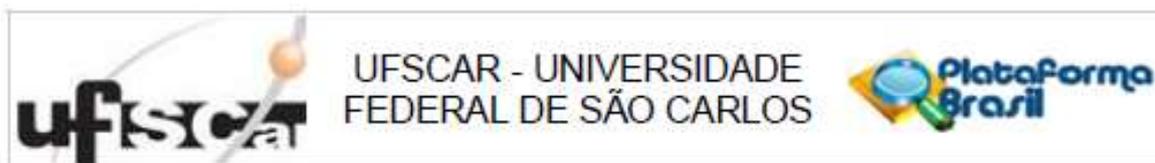
TCLE adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.757.074

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1088703.pdf	20/06/2018 08:10:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2018 08:09:44	LUCIA SABRINA DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/06/2018 08:09:15	LUCIA SABRINA DE FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencialbate.pdf	16/02/2018 16:52:02	LUCIA SABRINA DE FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaSaoCarlos.pdf	16/02/2018 16:51:09	LUCIA SABRINA DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	16/02/2018 16:42:49	LUCIA SABRINA DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 05 de Julho de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo B – Carta de Anuência Prefeitura Municipal de Ibaté

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBATÉ
Departamento Municipal de Saúde
Rua Conde do Pinhal, nº 780 – Centro – Ibaté - SP
Fone/Fax: (16) 3343 -1158
E-mail: saúde@ibate.sp.gov.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que aceito a realização do Projeto de Pesquisa intitulado "A busca do usuário e a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)", sob responsabilidade da pesquisadora Lúcia Sabrina de Freitas e sob orientação do Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, ambos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), nesta Instituição.

Ciente dos objetivos e da metodologia da Pesquisa acima citada concedo a anuência para o seu desenvolvimento, desde que sejam cumpridos os requisitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 CNS/CONEP.

Antes do início da coleta dos dados a pesquisadora responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Ibaté, 29 de janeiro de 2018.


Elaine Cristina Sartorelli Breanza

Assessora e Coordenadora da Área da Saúde

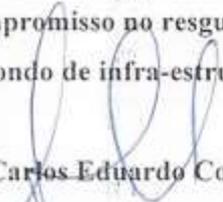
Anexo C – Carta de Anuência Prefeitura Municipal de São Carlos**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gestão Clínica intitulado “ A BUSCA DO USUÁRIO E A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” apresentado pela pesquisadora Lúcia Sabrina de Freitas sob a orientação do Professor Dr Wagner dos Santos Figueiredo da UFSCAR de São Carlos e que tem como objetivo geral : identificar e compreender os contextos que podem facilitar ou dificultar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal, bem como sobre a integralidade do cuidado e a organização do sistema, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São Carlos, 02/02/2018


Carlos Eduardo Colenci
Secretário Municipal de Saúde