



Programa de Pós-Graduação
em Ensino na Saúde - MEPES/UFG

DOSSIÊ ENSINO NA SAÚDE

ITINERARIUS
REFLECIONIS

V.17, N.01, 2021. ISSN: 1807-9342

Prática laboral na Rede de Atenção em Saúde Bucal: a realidade do serviço odontológico segundo as percepções dos cirurgiões dentistas

Letícia Rocha Veloso¹
Gabriela Corrêa Costa²
Gabriele Boa Sorte³
Maria de Fátima Nunes⁴

RESUMO

O modelo de produção de cuidados odontológicos organiza os serviços na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RAS-SB) a partir de pressupostos como a ordenação pela atenção primária, a integralidade do cuidado para resolução das necessidades observadas, a garantia da longitudinalidade por meio dos serviços de atenção secundária e terciária e a coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência. Como a RAS-SB está em constante mudança, justifica-se a importância dessa pesquisa qualitativa exploratória sobre sua estruturação em uma capital brasileira utilizando-se como objeto de estudo as percepções daqueles que executam os serviços na rede. Os dados foram obtidos por meio de dois grupos focais distintos com oito profissionais dos serviços de atenção primários (GF1) e cinco profissionais dos serviços de atenção secundários (GF2) e procedemos à Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Ao fim dessa etapa obtivemos três categorias temáticas: Categoria 1: “Conhecimento sobre a RAS-SB: aspectos teóricos, funcionamento e dificuldades”; Categoria 2: “Condições desfavoráveis do processo de trabalho e seu prejuízo à estruturação da rede” e Categoria 3: “Análise dos processos educativos”. Estes resultados compõem a dissertação do Mestrado Profissional Ensino na Saúde, intitulada “Rede de atenção em saúde bucal: percepções dos cirurgiões dentistas servidores da atenção primária e secundária de uma secretaria municipal”. Foi objetivo deste artigo discutir a Categoria 1. Observamos que os profissionais enfrentam diariamente em seu ambiente de trabalho dificuldades organizacionais e estruturais. Dessa forma, concluímos que os profissionais percebem os obstáculos à integração entre os serviços, demonstram frustração e que apesar de haver uma tendência incipiente à estruturação da RAS-SB no município, os esforços são desarticulados e insuficientes para garantir a aplicação da integralidade da atenção à saúde bucal aos usuários da rede municipal.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde. Saúde Bucal.

¹Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil. E-mail: leticiarveloso@gmail.com

²Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás, Brasil. E-mail: gabrielacorreacosta@gmail.com

³Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás, Brasil. E-mail: bibiboasorte@yahoo.com.br

⁴Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás, Brasil. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde-UFG. E-mail: nunes.mariadefatima@gmail.com



Labor practice in the Network of Attention in Oral Health: the reality of the dental service according to the perceptions of dental surgeons

ABSTRACT

The model of dental care production organizes the Oral Health Network Attention (OHNA) services basing on assumptions such as ordering primary care, comprehensive care to solve the needs observed, longitudinally guarantee by secondary and tertiary care services and the coordination of referral and counter-referral flows. As the OHNA is constantly changing, the importance of this exploratory qualitative research on its structuring in a Brazilian capital is justified, using as its object the perceptions of those who execute the services in the network. Data were obtained through two distinct focus groups with eight primary care professionals (FG1) and five secondary care professionals (FG2), and we performed the Bardin Thematic Content Analysis. At the end of this stage we obtained three thematic categories: Category 1: "Knowledge about OHNA: theoretical aspects, functioning and difficulties"; Category 2: "Unfavorable conditions of the work process and its detriment to the network structuring" and Category 3: "Analysis of educational processes"; being the focus of this article, the first of them. These results make up the Professional Master's Degree in Health Education dissertation entitled "ORAL HEALTH NETWORK: PERCEPTIONS OF DENTISTS SURGERY SERVERS OF THE PRIMARY AND SECONDARY ATTENTION OF A MUNICIPAL SECRETARY". The objective of this article was to discuss Category 1. We observed that professionals face organizational and structural difficulties on a daily basis in their work environment. Thus, we conclude that professionals perceive the obstacles to integration between services, demonstrate frustration and despite the incipient tendency to structure OHNA in the capital, efforts are disjointed and insufficient to ensure the application of comprehensive care to oral health to users of the municipal network.

Keywords: Health Services. Integrality in Health. Oral Health.

1 INTRODUÇÃO

As diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004 para a remodelação dos serviços odontológicos no SUS envolve a consolidação, ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde. Para tal, faz-se necessária a articulação entre a Atenção Primária em Saúde (APS), que engloba os serviços de odontologia clínica geral; os serviços odontológicos especializados na atenção secundária representado pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e os serviços de atenção odontológica terciária hospitalar (BRASIL, 2004b).

No entanto, para que haja maior integração entre esses serviços mostrou-se necessária a transição de um sistema de saúde hierarquizado, fragmentado, distribuído em pontos isolados,



com foco no hospitalocentrismo e incapaz de dar continuidade ao cuidado (MENDES, 2010); para uma proposta de reorganização rizomática, em que os serviços de saúde interagem por meio de fortes conexões entre si, e a produção do cuidado em saúde é única para cada caso, dinâmica, repleta de interconexões que apontam diversos caminhos de conhecimento e subjetividades (FRANCO, 2006). Assim, sendo inicialmente proposta ao sistema de saúde britânico por meio do Relatório Dawson, essa forma de reordenação dos serviços de saúde em rede serviu como inspiração ao Sistema Único de Saúde (SUS) e foi formalizada em 2010 por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que contém as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (AMARAL; BOSI, 2016).

Em sua fundamentação, as RAS são alicerçadas por três elementos (MENDES, 2010). A população é um destes, dividida espacialmente por meio da territorialização, ou seja, a delimitação dos territórios sanitários singulares; cadastramento das famílias adscritas e estímulo à vinculação destas às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); para facilitar a identificação de riscos e vulnerabilidades, assim como a formulação de intervenções individuais e coletivas. O modelo de atenção é outro elemento base, sendo que este encerra a forma de organização do trabalho, operacionalizada de acordo com informações sobre a população e suas vulnerabilidades. O último componente é a estrutura operacional, a qual é composta por três elementos:

Nós das redes: representam serviços primários, especializados e de apoio; os quais interagem por meio dos fluxos de referência e contrarreferência coordenados pela APS.

Ligações que comunicam os diferentes nós: alicerçam-se em ferramentas logísticas como o cartão de identificação de usuário, o prontuário clínico e os sistemas de regulação.

Componente que governa as relações: é a gestão organizacional cooperativa representada federalmente pelas comissões intergestoras tripartite; estadualmente, pelas comissões intergestoras bipartite e nas regiões de saúde, pelas comissões intergestoras bipartite regionais.

Apesar de sua premente necessidade, o êxito na remodelação organizacional dos serviços odontológicos no Brasil, depende da gestão local e há múltiplas velocidades de implantação (CHAVES et al., 2018). Assim, as particularidades regionais precisam ser conhecidas para a elaboração do plano de intervenção adequado à realidade local.



A partir dessa necessidade, delineou-se o objeto de estudo da dissertação intitulada **“REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES DENTISTAS SERVIDORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE UMA SECRETARIA MUNICIPAL”** cujos resultados finais apresentaram três categorias: Categoria 1: “Conhecimento sobre a RAS-SB: aspectos teóricos, funcionamento e dificuldades”, Categoria 2: “Condições desfavoráveis do processo de trabalho e seu prejuízo à estruturação da rede” e Categoria 3: “Análise dos processos educativos”. Dessa forma, analisaremos nesse artigo o modo de estruturação da Rede de Atenção em Saúde Bucal (RAS-SB) em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil, de acordo com as percepções dos cirurgiões dentistas de vínculo municipal apresentadas na Categoria 1.

2 MATERIAL E MÉTODO

O estudo qualitativo permite a quem pesquisa compreender um fenômeno pela visão do outro (MALHEIROS, 2011) e transmutar em dados os sentidos, significados, valores e atitudes de seus partícipes (MINAYO, 2001; VIEIRA, 2009). O delineamento selecionado busca a aproximação ao objeto em estudo, preocupando-se em aprofundar o conhecimento sobre ele sem prender-se às expressividades numéricas em seu processo de análise; mas evidenciando por valoração, suas negatividades e positivities (THEODORSON e THEODORSON, 1969; GOLDENBERG, 1997; POUPART et al., 2008).

Este é um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como motivação as percepções dos cirurgiões dentistas sobre a estruturação da RAS-SB em uma capital brasileira da região Centro-Oeste. A cidade ocupa um território de 728,841 km² com uma estimativa populacional de 1.495.705 de pessoas (IBGE, 2018).

A partir de dados fornecidos no ano de 2018 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sabe-se que a cidade em que se realizou o estudo comporta sete Distritos Sanitários (DS). Estes possuíam à época, 63 Centros de Saúde da Família (CSF⁵), 23 Centros de Saúde (CS⁶) e 14 unidades tipo Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS⁷) e Centros Integrados de Atenção

⁵ CSF- Terminologia utilizada na SMS pesquisada para se referir a Unidades Primárias de Saúde da Família.

⁶ CS- Terminologia utilizada na SMS pesquisada para se referir a Unidades Primárias de Saúde Tradicionais.

⁷ CAIS- Terminologia utilizada na SMS pesquisada para se referir a Unidades Primárias de Saúde Tradicionais.



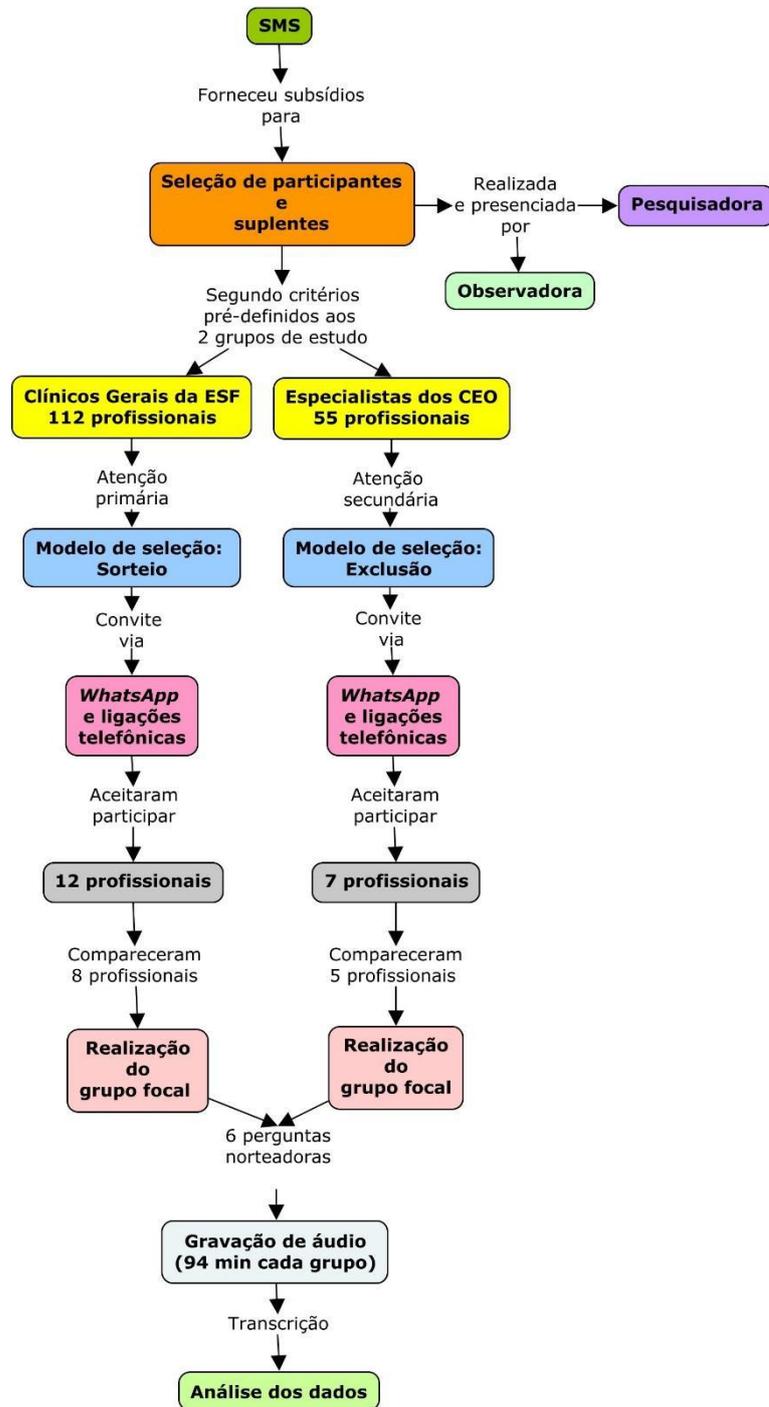
Médico Sanitária (CIAMS⁸); totalizando 100 unidades de saúde em que podem estar inseridas equipes de saúde bucal. Tem-se ainda quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) municipais. Nessas unidades de saúde distribuem-se 222 cirurgiões dentistas em unidades de APS e 63 profissionais em lotação nos CEO.

O recrutamento dos profissionais (Figura 1), realizado por meio de sorteio e convites, aconteceu a partir de dados fornecidos pela SMS, nos quais mostraram serem elegíveis 112 cirurgiões dentistas lotados em unidades dos CSF e 55 pertencentes aos CEO, visando obter a percepção de profissionais da atenção primária e atenção secundária sobre o modo de estruturação da RAS-SB. No entanto, evidenciamos que a participação dos profissionais foi voluntária, fato que poderia levar a um viés na seleção de participantes e, conseqüentemente, influenciar a opinião destes.

Em alinhamento tanto com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica quanto com as da PNSB, sendo a Saúde da Família estratégia prioritária com dever de substituir outras estratégias de caráter transitório (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007), foram incluídos no estudo apenas cirurgiões dentistas lotados em unidades de saúde pertencentes à ESF. Assim, a seleção foi delineada tendo como objetivo a composição por doze participantes e dois suplentes em cada um dos dois grupos. O sorteio, que foi realizado por duas pesquisadoras em ambiente neutro, ocorreu de forma a obter a representatividade de cada um dos DS.

Figura 1 - Fluxograma da obtenção de amostra, coleta e análise dos dados.

⁸ CIAMS- Terminologia utilizada na SMS pesquisada para se referir a Unidades Primárias de Saúde Tradicionais.



Fonte: elaborada pelas autoras, 2018



As fases de obtenção da amostra até análise dos dados encontram-se discriminadas na Figura 1. Na fase de recrutamento dos voluntários para a realização da coleta de dados houve limitações. Mesmo munida de liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da Escola de Saúde Pública da SMS para a realização da pesquisa, houve dificuldades com uma gestora de Distrito Sanitário pela não compreensão da técnica de grupo focal e a necessidade de os profissionais terem de se ausentar do ambiente de trabalho. Outra limitação nesta fase foi o fato de os profissionais terem sido liberados para participar da pesquisa durante seu horário de trabalho, sem possibilidade de reposição laboral em banco de horas. Isso tornou-se forte fator desestimulante de participação para aqueles profissionais cujo horário de trabalho divergia daquele em que a pesquisa foi realizada.

Dessa forma, para abordagem inicial dos profissionais da ESF, em maior número, o critério de sorteio foi utilizado, para os profissionais dos CEO foram feitos convites, já que o reduzido número de profissionais com disponibilidade de horário inviabilizava a realização de sorteio prévio. Dentre esses profissionais, contatados por ligações telefônicas e por mensagens de aplicativo *WhatsApp*, doze aceitaram participar do Grupo Focal 1 (GF1), tendo comparecido 8; e 7 dos CD do CSF concordaram compor Grupo Focal (GF2), tendo cooperado efetivamente 5 destes.

Separados em atenção primária e atenção secundária, os grupos focais foram realizados em dias subsequentes, 02 e 03 de abril de 2018, na sala de Pesquisa Qualitativa de uma instituição de ensino superior.

A coleta dos dados foi instrumentalizada por meio do grupo focal. Essa ferramenta consiste em uma discussão coletiva acerca de um tema e que permite ao pesquisador aproximar-se aos objetivos do estudo a partir das inferências realizadas (DALL'AGNOL et al., 2012). Consiste em pequenos grupos homogêneos ou heterogêneos a depender dos objetivos traçados para a pesquisa (GATTI, 2005).

Em nosso estudo optamos pela realização de dois grupos focais distintos, compostos exclusivamente por profissionais concursados e com vínculo municipal de há pelo menos 1 ano. O primeiro reuniu 8 profissionais da ESF, e foi chamado de Grupo Focal formado por profissionais da ESF (GF1). O segundo grupo, formado por 5 profissionais dos serviços



Programa de Pós-Graduação
em Ensino na Saúde - MEPES/UFG

DOSSIÊ ENSINO NA SAÚDE

ITINERARIUS
REFLECIONIS

V.17, N.01, 2021. ISSN: 1807-9342

secundários municipais, foi denominado de Grupo Focal formado por profissionais dos CEO (GF2).

Assim como os participantes do estudo, tanto a observadora quanto a pesquisadora são cirurgiãs dentistas, sendo que a segunda moderou os grupos por meio de dois roteiros de tópicos distintos (Figura 2). As duas ferramentas foram previamente elaboradas e tiveram caráter apenas norteador permitindo fluidez e auto condução relativa ao diálogo.

Antes da realização dos grupos focais houve um momento de instrução a respeito dos objetivos da pesquisa e em seguida foi entregue para leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi assinado por todos os profissionais, assentindo voluntariamente em sua participação. Cada participante recebeu um código de identificação composto por três caracteres sendo: F para mulheres, M para homens; letra e para profissionais da ESF, letra c para profissionais dos CEO; números de um a sete para as participantes e um para o participante de GF1 e números de um a dois para as participantes e um a três para os participantes GF2.



Figura 2 – Roteiros de tópicos norteadores para a discussão nos grupos focais sobre percepção dos cirurgiões dentistas.

Roteiro de tópicos para condução de GF1	Roteiro de tópicos para condução de GF2
<p>1. O que vocês entendem por integralidade?</p> <p>a. De onde vem esse conhecimento?</p>	<p>1. O que vocês entendem por integralidade?</p> <p>a. De onde vem esse conhecimento?</p>
<p>2. O que vocês entendem por Rede de Atenção à Saúde (RAS)?</p> <p>a. De que forma vocês adquiriram essa informação sobre o que é a Rede de Atenção em Saúde (RAS)?</p>	<p>2. O que vocês entendem por Rede de Atenção à Saúde (RAS)?</p> <p>a. De que forma vocês adquiriram essa informação sobre o que é a Rede de Atenção em Saúde (RAS)?</p>
<p>3. Vocês costumam referenciar pacientes para a atenção secundária?</p> <p>a. Vocês enviam a referência dos pacientes aos dentistas da atenção secundária?</p> <p>b. Vocês recebem contrarreferência dos pacientes que vocês referenciaram?</p> <p>c. Para quais especialidades vocês mais referenciam?</p>	<p>3. Vocês costumam contrarreferenciar seus pacientes para a atenção primária?</p> <p>a. Vocês recebem a referência dos pacientes vindos da atenção primária?</p> <p>b. Vocês enviam contrarreferência dos pacientes aos clínicos que os referenciaram?</p> <p>c. Para quais especialidades vocês mais referenciam?</p>
<p>4. Vocês acham que dentro da perspectiva da Rede de Atenção em Saúde (RAS) funciona bem a referência da atenção primária para a atenção secundária e a contrarreferência da atenção secundária para a primária?</p> <p>a. O que funciona bem e o porquê?</p> <p>b. O que não funciona bem e o porquê?</p>	<p>4. Vocês acham que dentro da perspectiva da Rede de Atenção em Saúde (RAS) funciona bem a referência da atenção primária para a atenção secundária e a contrarreferência da atenção secundária para a primária?</p> <p>a. O que funciona bem e o porquê?</p> <p>b. O que não funciona bem e o porquê?</p>
<p>5. Qual o papel da regulação para o bom funcionamento da Rede de Atenção em Saúde (RAS)?</p>	<p>5. Qual o papel da regulação para o bom funcionamento da Rede de Atenção em Saúde (RAS)?</p>
<p>6. O que seria necessário para melhorar o fluxo dos pacientes entre os níveis de atenção primário e secundário?</p>	<p>6. O que seria necessário para melhorar o fluxo dos pacientes entre os níveis de atenção primário e secundário?</p>

Fonte: elaborada pelas autoras, 2018.

As falas de GF1, formado por profissionais da ESF foram gravadas por celular Samsung® J7 Prime e gravador Powerpack® DVR-1082. Já os diálogos de GF2 foram gravados por meio de microfones e aparelho de som M-AUDIO® acoplado a um computador Toshiba Ultrabook® com programa de gravação de áudio Live Lite 6 instalado e por celular Samsung® S7.

Após transcritos, os dados foram interpretados pela análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin (2011). A técnica permite a formulação de inferências ao aplicar sua metodologia ao material de uma comunicação para apreender sua significação. Suas etapas são divididas em pré-análise e exploração do material; sendo esta decomposta, por sua vez, nas etapas de codificação e categorização. Enfatizamos que toda essa fase da pesquisa foi executada manualmente, sem uso de programas de computação, extraindo-se os núcleos de sentido



contidos nas frases transcritas e agrupando aqueles que se assemelhavam por meio de recortes impressos em quadro de papel kraft.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG), parecer nº 1.985.691/2017, e atendeu aos critérios contidos na resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados de caracterização dos participantes tanto de GF1 quanto de GF2 constantes nos Quadros 1 e 2, observamos que a forma de ingresso comum a todos os participantes na SMS foi o concurso público; à época de realização da coleta, todos possuíam tempo de graduação de há pelo menos dez anos e suas idades variavam entre 32 a 54 anos.

Quadro 1. Dados obtidos a partir das respostas dos participantes do Grupo Focal dos Centros de Saúde da Família (GF1).

Participante	Idade	Sexo	Tipo da instituição de ensino em odontologia	Pós-graduações	Conclusão da graduação (anos)	Ingresso na SMS (anos)
Fe1	35	F	Pública	Especialização em saúde coletiva	10	9
Fe2	46	F	Privada	Especialização em saúde da família	19	18
Fe3	54	F	Pública	Especialização em odontopediatria Especialização em saúde da família Especialização em Saúde pública Mestrado em clínicas odontológicas	31	17
Fe4	50	F	Pública	Especialização em odontologia em saúde coletiva	27	19
Fe5	33	F	Pública	Especialização em saúde coletiva Especialização em radiologia Mestrado em saúde coletiva	11	11
Fe6	33	F	Pública	Especialização em Ortodontia	12	9



Fe7	34	F	Pública	Especialização em saúde da família Especialização em periodontia	13	11
Me1	46	M	Pública	Especialização em saúde pública	23	19

Fonte: elaborado pelas autoras, 2018.

Por meio dos dados obtidos, podemos perceber forte participação das instituições públicas de ensino na formação profissional em nível de graduação em Odontologia dos profissionais de saúde bucal participantes do estudo.

Em GF1, podemos perceber que a maior parte do grupo foi composta por mulheres cujos conteúdos curriculares apresentavam formação em pós-graduações direcionadas ao serviço público nas áreas de saúde da família, saúde coletiva, saúde pública e gestão pública, retratando alinhamento e adequação da formação profissional em saúde à realidade prática laboral na APS.

Quadro 2. Dados obtidos a partir das respostas dos participantes do Grupo Focal dos Centros de Especialidades Odontológicas (GF2).

Participante	Idade	Sexo	Tipo da instituição de ensino em odontologia	Pós-graduações	Conclusão da graduação (anos)	Ingresso na SMS (anos)
Fc1	43	F	Pública	Especialização em saúde pública Especialização em periodontia	22	10
Fc2	41	F	Privada	Especialização em saúde pública Especialização em periodontia Especialização em odontogeriatria Mestrado em psicologia social	20	9
Mc1	42	M	Pública	Especialização em Endodontia Especialização em gestão e auditoria dos serviços de saúde Especialização em gestão pública	19	10
Mc2	42	M	Privada	Especialização em cirurgia bucomaxilofacial	18	10



Mc3	32	M	Pública	Especialização em pacientes com necessidades especiais	10	10
-----	----	---	---------	--	----	----

Fonte: elaborado pelas autoras, 2018.

Em GF2 percebemos que todos os participantes possuem ao menos uma pós graduação em área de atuação em serviço secundário de saúde na SMS.

Ao fim da categorização dos dados obtidos por meio da aplicação dos grupos focais e da análise de conteúdo, emergiu a categoria temática analisada a seguir.

3.1 Condições desfavoráveis do processo de trabalho e seu prejuízo à estruturação da rede

À análise dos fatores que incidem negativamente no processo de trabalho na RAS-SB, percebemos o impacto prejudicial de uma operacionalidade deficitária da ESF. Fatores como falhas estruturais e territórios sem cobertura impactam e obstaculizam a função ordenadora da APS que é identificada pelos participantes como a fonte dos problemas na rede.

Fc2 “O problema acontece ali, os problemas acontecem nos PSF [Programa de Saúde da Família] [...]”

Em semelhança, ao estudarem a implantação da RAS-SB em cidades de Santa Catarina com população acima de cem mil habitantes, Godoi et al. encontraram deficiências na base de sustentação da rede como a fragilidade da APS em cumprir suas funções, sendo esse um dos aspectos basilares da rede e que influi na forma como este e os demais serviços de atenção em saúde interagem e desempenham suas funções. Concluíram ser este um dos maiores entraves para que o cuidado integral em saúde bucal seja plenamente exercido (GODOI et al., 2014).

Observamos ainda, o fato de que os cirurgiões dentistas possuem senha de acesso limitado às informações do histórico virtual do usuário tais como qual a unidade de origem e quem foi responsável pela referência, bem como a necessidade odontológica que a motivou. A liberação do acesso a essas informações facilitaria a comunicação na RAS-SB. No entanto a ferramenta atualmente é subutilizada e somente os profissionais administrativos responsáveis pelo cadastramento das referências no sistema possuem essa liberação.



Fe7 “Aí na especialidade ele só vai ter... se ele quiser saber e não tiver o papel, e tiver o nome do paciente, tem que ir na recepção do CAIS pedir para a menina lançar, para ele puxar no computador dela para ele ver. Porque a senha dele como cirurgião dentista não dá acesso a eles.”

Outra distorção é a insuficiência de códigos no sistema que correspondam aos procedimentos executados. Dessa forma são utilizados códigos que divergem do procedimento realizado, o que pode levar ao equívoco em levantamentos que auxiliem no planejamento de ações.

Fc1 “Faz um aumento de coroa e lança como gengivectomia.”

Godoi et al. encontraram problemas semelhantes relativos ao uso desta ferramenta logística. Em início de sua implantação em Santa Catarina e distante da aplicabilidade esperada, os autores incluíram o prontuário clínico eletrônico como um dos elementos que pode restringir a comunicação na rede (GODOI et al., 2014). Assim, de forma semelhante, concluímos haver um distanciamento entre “ideal e real” na comunicação interna à RAS-SB de Goiânia.

Os “ruídos” no diálogo entre os serviços agravam-se trivialmente pela perda dos formulários de referência e de contrarreferência. É comum o relato de perda destes papéis que encerram, na ausência de um sistema informatizado eficiente, a principal forma de comunicação entre APS e CEO. O longo tempo na fila de espera é levantado como fator de contribuição ao problema.

Me1 “[...] Esse paciente se perde nesse sistema, e ele perde até o papel que ele guarda em algum lugar que nem vai lembrar mais onde ele pôs. Então tem essa série de fatores. E especificamente de comunicação agora; a gente fica sem saber, e o profissional que está na rede secundária também fica sem comunicação com isso aí. Não sei se essa questão da informatização vai melhorar isso, porque é questão de papel também. Se fosse uma coisa comunicada no sistema, talvez [...]”



De mesma forma, a falha tanto na entrega desses documentos manuscritos aos serviços especializados quanto na devolução destes à APS foi identificada por Almeida et al. (2010) em análise à coordenação do cuidado em quatro capitais brasileiras em avançado estágio de implantação da ESF: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Apesar de sua importância, as pesquisadoras afirmam que apesar de consolidada a implantação desses mecanismos regulatórios nas capitais em estudo, tanto gerentes quanto gestores declararam que a devolução da contrarreferência não é prática usual (ALMEIDA et al., 2010), o que igualmente percebemos ocorrer em nosso estudo.

Observamos usuários encaminhados aos CEO por outros profissionais de saúde como médicos, fonoaudiólogos e enfermeiros, sendo esta função exclusiva dos cirurgiões dentistas da APS. Além disso, há falha de treinamento dos profissionais administrativos que cadastram essas solicitações fora dos termos protocolares.

Mc1 “[...] temos também a questão do médico encaminhar para o serviço de odontologia [...] querendo dar o atendimento integral ao paciente [...], mas o que não foi explicado por esse médico é que a odontologia não é uma especialidade para ser encaminhada. E esse médico deveria ter recebido uma informação de que olha, “o senhor tem uma necessidade odontológica, e o senhor precisa procurar a atenção básica de referência para o seu atendimento, lá na unidade próxima à sua casa” [...] ele [profissional administrativo] vai e coloca esse paciente em alguma fila e esse paciente vai ficar aguardando sem a devida necessidade para o atendimento ao qual ele não vai resolver o problema dele [...]”

Percebemos do trecho acima falhas de fluxo na RAS-SB. No entanto, a predominância de sentido da fala de Mc1 refere-se à falha e ausência de treinamento tanto de profissionais especialistas em saúde quanto de administrativos. Nesse sentido, Costa, Mello, e Silva (2013), em estudo sobre a regulação dos serviços odontológicos de Florianópolis, capital de Santa Catarina, observam que as falhas nesses fluxos de usuários dependem da ação da EPS para o treinamento e atualização da RAS-SB.



Houve relatos de grande absenteísmo às consultas iniciais aos serviços especializados. Em ambos os grupos os profissionais relataram uma experiência voltada à redução desse índice de faltosos na RAS-SB, ocorrida no período de 2010 a 2018 em Goiânia, que foi a Pré-Consulta. Este serviço consistiu em uma triagem dos usuários em um CEO “piloto” por um cirurgião dentista que além de avaliar as necessidades do usuário após o período em espera pelo atendimento, absorveria o absenteísmo. Apesar de ter tido sucesso nestes objetivos, devido a problemas como diagnósticos divergentes entre profissionais da Pré-Consulta e especialistas; e por quantitativo reduzido de recursos humanos para realizar o serviço, ele foi descontinuado pela SMS.

Fe4 “[...] A regulação agendava os pacientes e numa média de 30% e às vezes até 40% dos pacientes não compareciam. [...] Foi aí que surgiu a ideia de ter um profissional, eu acho que ainda funciona assim, pelo menos num centro de especialidade do município, que ele recebe todos [...] faz a triagem. [...] Para evitar também aquele caso do paciente que chegou para a endo [endodontia] e já é uma exo [exodontia], né. [...] São algumas pequenas coisas na organização do serviço que podem melhorar a atenção no sentido de aproveitar o serviço ofertado.”

No entanto pressionado pelo volume de problemas encontrados na RAS-SB, apesar de haver demonstrado haver pontos positivos na rede como o próprio estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, Mc1 conclui que vivenciamos a falência da RAS-SB;

Mc1 “Não só a falência da atenção básica, é da rede como um todo...”

A experiência à redução do absenteísmo exemplificada pela Pré-Consulta demonstra o esforço para redução desse problema que acarreta em subutilização dos serviços. Este mesmo objetivo motivou Gonçalves et al. (2015), por meio de oficinas de pesquisa-ação, a analisar soluções ao absenteísmo nos CSF de Piracicaba, São Paulo. Houve a aplicação da metodologia por meio de grupos interativos, críticos e reflexivos. Por meio deles, reduziu-se as faltas às consultas odontológicas nos serviços em 66,6%. No entanto, fatores como a motivação e o interesse dos participantes, aliados a uma construção democrática e participativa condicionam



o sucesso da estratégia e a transmuta em ferramenta transformadora que propicia empoderamento e autonomia com mudanças nos sujeitos e nos processos de saúde (GONÇALVES et al., 2015).

No entanto, além do aproveitamento deficiente dos serviços, foi também relatada a subutilização de recursos humanos. O fato acontece em situações em que há dificuldades ao exercício das atividades laborais impedindo aos profissionais a realização dos procedimentos odontológicos, tendo impacto negativo ao fluxo de usuários na RAS-SB.

Fc2 “[...] A gente tinha cinco bucomaxilos [...] que se revezavam em um plantão em que não tinham cadeira, não tinham nenhuma condição de trabalho e eles ficavam lá encaminhando os pacientes de trauma e especificamente de trauma, para o serviço hospitalar, [...] cinco profissionais que trabalhavam em região de plantão e com a capacitação específica para a cirurgia e casos graves, e, que estavam desperdiçados na rede [...]”

Dentre as deficiências estruturais relatadas na pesquisa, foram citadas irregularidade na oferta e falta e baixa qualidade de instrumentais odontológicos e materiais de consumo, a falta de equipamentos adequados, e falhas na manutenção e conserto dos existentes.

Fe5 “O que muitas vezes acontece? Uma mangueirinha começa a vazar água. Aí o pessoal do técnico vai lá e corta um pedacinho e emenda. Eles não trocam a mangueira inteira. Aquela mangueira ressecada não dura uma semana, ela já racha ali do lado. É um negócio que a gestão já falou para trocar a mangueira inteira, mas nós dentistas também temos que falar. [...] Mas além de tudo que a gente tem que fazer, tem que ficar em cima do técnico para ver se ele trocou a mangueira inteira ou não. Ou se a válvula do negócio que ele trocou é nova ou não. Então assim, até saber de manutenção de cadeira, hoje em dia a gente tem que saber.”

Fc1 “As curetas tem 10 anos que são as mesmas curetas [...]”



As condições de trabalho insatisfatórias que dificultam o pleno funcionamento dos serviços na RAS-SB percebidas por nós, não são achados únicos de nosso estudo e afetam outros municípios. Medeiros (2007), ao avaliar três CEO em Natal-RN, igualmente encontrou diversos problemas estruturais. Foram relatados achados como aparelho de radiologia em sala não baritada, inadequação de tamanho do espaço físico frente ao número de atividades realizadas no ambiente, sala de cirurgia oral compartilhada com o atendimento aos usuários com necessidades especiais, o que vai de encontro às recomendações legais e de biossegurança, banheiros não adaptados aos portadores de necessidades especiais, paredes infiltradas e mofadas, inconformidade de identificação visual do CEO segundo normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Fe7 “Não adianta aumentar o número de vagas para encaminhar para a endodontista, não adianta ter mais vagas de perio [periodontia], de prótese, de orto [ortodontia]. Não adianta, a gente não tem material para atender, gente! Nós não temos condições de atendimento! [...] Depois exigir a pessoa ficar lá, fazer preencher a contrarreferência, se não, não adianta. Enquanto a gente não tiver o básico, não tem jeito ofertar vaga. Essa vaga vai ficar ociosa.”

A ausência de adequação laboral, necessária à solução ideal das necessidades dos indivíduos é relatada como fonte de sofrimento tanto pela frustração com o serviço quanto por uma cobrança interior, fruto do senso de responsabilidade para com o usuário, diante da impossibilidade de solução de suas necessidades.

Fe1 “[...] Vocês já se sentiram mal quando pensam assim: “gente, só falta o microbrush para atender”. Ai eu já comprei várias vezes, mas depois chega numa época que eu penso que não. Não é. Eu já passei por várias fases, e já cheguei num ponto de que não dá mais, chega. Ai a gente fica incomodado: “ah vamos pegar o dinheiro do bazar”. Mas a gente fica triste em não atender por tão pouco, mas a gente comprar esse pouco também prejudica.



Fe6 “Não, e não acaba nunca. Você pode pensar “ah, mas é só um sugador, só isso”, mas [a falta de materiais] não acaba [...]. Aí eu não sofro mais por isso. Se só dá para atender um, só vai atender um [...]”

Ao analisarem o trabalho do cirurgião-dentista na ESF de Florianópolis, Santa Catarina; Gonçalves e Ramos (2010), observaram que, além de alterações na produção do cuidado em saúde, a remodelação do modelo de atenção requer o alinhamento deste à formação nos profissionais do SUS de nova concepção sobre o trabalho em saúde pública. Para elas, profissionais que possuem esses valores consolidados; sentem maior satisfação e maximizam sua atuação na prática laboral. Aqueles classificados como despreparados para esses obstáculos, sofrem com a frustração e diluem sua desilusão à sua prática de trabalho. No entanto, analisamos em nosso estudo que devido à densidade e ao volume dos problemas levantados pelos profissionais na RAS-SB, até mesmo aqueles indivíduos que haviam declarado anteriormente afinidade ao serviço público, são afetados por sofrimentos relacionados ao serviço na rede e, com conseqüente vulnerabilidade.

Corroborando essa formulação, foi relatado pelos profissionais episódios em que investiram seus próprios recursos financeiros na compra de materiais e insumos. Em análise, consideram que o esforço individual foi incapaz de mudar a realidade de trabalho, tendo sido dissolvido no surgimento de outras necessidades essenciais à operacionalidade do serviço.

Fe7 “[...] porque você chega para atender, e aí não tem papel para embrulhar, aí você consegue o papel. Você vai esterilizar e não tem água destilada, aí você consegue a água. Você vai ligar o teu cabo na tomada, o plug da tomada não combina com o plug da unidade. Aí você vai na ferragista e compra o T [...]”

Outro problema que percebemos em nosso estudo e que afeta o funcionamento da RAS-SB são deficiências relativas à Central de Regulação de Vagas (CRV).

Aludiu-se ao agendamento da consulta especializada inicial em dia muito próximo (dia seguinte ou subsequente) ao contato inicial da central, o que impede ao usuário o remanejamento de compromissos contraídos previamente.



Mc1 “[...] já faz algum tempo que eu percebo que cerca de 2 ou 3 anos que o serviço de regulação liga hoje para o paciente ter uma consulta amanhã. E então nem todo mundo consegue se planejar e se desenrolar para poder ir no atendimento e, às vezes, ele prefere faltar esse atendimento de especialidade[...].”

Fe5 “[...] Os homens geralmente trabalham, é muito difícil de ficar matando serviço e indo. E mulher tem filho para cuidar, olhar o menino. “Ah hoje eu não tinha com quem deixar, não fui”, e por assim vai.”

Gonçalves et al. (2015) encontraram motivações semelhantes às relatadas pelos participantes de nosso estudo e que levam o usuário ao absenteísmo nas consultas odontológicas da ESF em Piracicaba. Em nossa realidade, o imediatismo do agendamento, aparenta ser um problema de simples resolução e que surtiria grande impacto na atenção especializada, favorecendo a redução do absenteísmo na RAS-SB. Para tal, como forma de reduzir o absenteísmo nos serviços secundários, foi levantada pelos participantes, a possível flexibilidade de agendamento pela CRV e que deve assim, ser melhor avaliada.

Foi relatado pelos dois grupos situações em que a CRV, sem o conhecimento e comunicação ao usuário agendado, realizou o agendamento de consulta inicial nos CEO.

Fe4 “[...] Quando a gente entrou no sistema e olhou, a vaga tinha saído há uns quatro dias, e tinha passado da data. [...] E ela garantiu que não tinha acontecido essa informação para ela. E agente entrou no sistema e estava lá: “nenhuma ligação realizada”. [...] Nesse caso, ela realmente não foi avisada. Aí a gente ligou na unidade para onde tinha saído a vaga: “realmente, a vaga saiu para essa pessoa nesse dia” [...]

Frente aos problemas em discussão, Fe4 evidencia o fato de que mudanças internas com grande remanejamento de pessoal administrativo podem ter afetado o funcionamento pleno da CRV.

Fe4 “[...] Então a gente sabe também que passou por muito problema de regulação. Eles tiraram todo mundo da regulação, tirou o IDETEC [Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano] que era o prestador que fazia esse serviço. Chamou servidores



da própria secretaria que estavam nas diversas unidades, para ir para a regulação e fazer esse trabalho. Então a regulação também passou por muitos problemas nesse sentido”

Observamos que ainda que esta explicação auxilie a compreensão das falhas operacionais da CRV, a investigação destas deficiências deve ser realizada pela SMS. Evidenciamos que qualquer alteração no processo de trabalho deve ser guiada pelo planejamento estratégico, ferramenta de gestão em saúde que objetiva o avanço e o incremento na prestação de serviços (JUNGES, BARBIANI, ZOBOLI; 2015). Ela deve ser utilizada para que se evite, minimize e reduza o impacto de mudanças abruptas (MINTZBERG et.al 2003).

Apesar de alegarem desconhecimento, houve a demonstração de interesse na forma de funcionamento da CRV. Há a necessidade de maior transparência quanto aos processos de trabalho na central.

Mc1 “E uma outra falha que eu vejo também e eu já levantei isso em diversos pontos, é que tem algumas unidades dentro da rede de atenção que ela tem prioridade de encaminhamento e eu nunca entendi muito bem isso, porque ninguém nunca me explicou muito bem. Mas o que é que acontece?”

Analisamos como fundamental tanto a facilidade de acesso às informações que auxiliem o entendimento do fluxo de usuários na rede, como a de aplicação da EPS para que haja integração entre os profissionais e serviços na RAS-SB.

No entanto, características fragmentadoras do modelo de atenção praticado na RAS-SB e observadas em nosso estudo, e que reduzem o acesso do usuário aos serviços, foram de mesmo modo identificadas por Erdmann et al. (2013). Os autores analisaram as práticas de saúde na atenção secundária em saúde da RAS em Santa Catarina e discorrem sobre alguns condicionantes que fragilizam a interação entre serviços primários e secundários. Como exemplificação, são elencados fatores como reduzida resolutividade da APS, repressão da demanda com inacessibilidade aos serviços, demora dos serviços de referência, falta ou inconsistência de definição de fluxos de referência e contrarreferência e a falha na prática da



atenção por linhas de cuidado. Essas atribuições negativas são consideradas “limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento” (ERDMANN et al., 2013, p. 7).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das percepções dos participantes dessa pesquisa, fundamentam nossa compreensão de que existe na RAS-SB municipal deficiência da APS tanto em sua capacidade de responder às necessidades da população, quanto em ordenar os serviços na rede. Há falhas dos fluxos geridos pelo sistema regulatório, bem como de suas ferramentas (como protocolos e histórico informatizado dos usuários) e deficiências estruturais e organizacionais que permeiam o trabalho odontológico em toda a rede. Sendo assim, concluímos que os profissionais percebem os obstáculos que inviabilizam a integração entre os serviços e demonstram frustração frente a uma aparente imutabilidade reversiva desse quadro na RAS-SB no município. Apesar de haver uma tendência incipiente à estruturação da RAS-SB, os esforços são desarticulados e insuficientes para garantir a aplicação da integralidade da atenção à saúde bucal aos usuários da rede municipal. Avaliamos a necessidade de que estudos futuros sejam feitos no intuito de acompanhar a dinâmica construtiva da saúde bucal da capital em análise e que estes sejam elaborados de forma conjunta entre instituição de pesquisa e SMS para que haja maior garantia de que os resultados destes sejam de fato ferramentas de transformação e impacto positivo na RAS-SB.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 51, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-



89102016000100603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de novembro de 2020. Epub 22 de agosto de 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006306>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004a. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-956>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Manual de aplicações gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 51p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_visual_ceo.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 2, p.76-91, Out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>.

DALL'AGNOL, Clarice Maria et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100024>.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 21, n. especial 1. jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-



11692013000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p.459-73.

GATTI, Bernadete Angelina A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. 2ª ed. Brasília: Líber Livro, 2005. 80 p.

GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; CAETANO, Joao Carlos. Rede de atenção a saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 112 p.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; RAMOS, Flávia Regina Souza. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.301-14, abr./jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/icse/2010.v14n33/301-314/pt>>. Acesso em: 10 fev. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200006>.

GONÇALVES, Claudia Ângela et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 449-460, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200449&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico- 2010, Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 10 fev. 2019.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 265-274, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2019. Epub Mar 27, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0331>.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 276 p.



Programa de Pós-Graduação
em Ensino na Saúde - MEPES/UFG

DOSSIÊ ENSINO NA SAÚDE

ITINERARIUS
REFLECIONIS

V.17, N.01, 2021. ISSN: 1807-9342

MEDEIROS, E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. Dissertação de mestrado. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Centro de ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. 173p. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17036>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MELLO, M.S. N. et al. Análise Sobre a Regulação dos Serviços Odontológicos do Complexo Regulador de Florianópolis: uma ferramenta para a gestão. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, Florianópolis, v. 8, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, Ago. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINTZBERG, Henry et al. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

THEODORSON, G. A. & THEODORSON, A. G. **A modern dictionary of sociology**. London: Ty Crowell Co, 1969. 469 p.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 4-13.