



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

KAMILLA FREITAS BASTOS

**ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA:**

humanização e equidade

Feira de Santana, Ba

2025

KAMILLA FREITAS BASTOS

**ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA:**

humanização e equidade

Dissertação de mestrado para submissão ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dayliz Quinto Pereira

Feira de Santana

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Bastos, Kamilla Freitas

B329a Acesso ao serviço de endodontia nos Centros de
Especialidades Odontológicas em um município do interior da
Bahia: humanização e equidade / Kamilla Freitas Bastos. – 2025.
118f. : il.

Orientadora: Dayliz Quinto Pereira

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva, 2025.

1. Endodontia. 2. Integralidade em saúde. 3. Centro de
Especialidades Odontológicas (CEO) – Acesso. 4. Serviço de
Endodontia – Atenção especializada. I. Pereira, Dayliz Quinto,
orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.314.163-08

KAMILLA FREITAS BASTOS

**ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR
DA BAHIA: humanização e equidade**

Dissertação de mestrado para submissão ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 11 de setembro de 2025

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente



DAYLIZ QUINTO PEREIRA

Data: 09/12/2025 17:45:57-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora – Prof^ª. Dr^ª. Dayliz Quinto Pereira

Universidade Estadual de Feira de Santana (Orientadora)

Documento assinado digitalmente



ANA AUREA ALECIO DE OLIVEIRA RODRIGUES

Data: 09/12/2025 22:15:56-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Membro interno- Professora Dr^ª Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues
Universidade Estadual de Feira de Santana (membro interno)

Documento assinado digitalmente



CARLOS VIEIRA ANDRADE JÚNIOR

Data: 09/12/2025 19:30:03-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Membro externo – Prof^º. Dr. Carlos Vieira Andrade Júnior
Universidade Estadual do Sudeste da Bahia (Membro externo)

Ao meu PAI. Meu amigo, meu apoio, minha companhia próxima e fiel, principalmente nos últimos anos. A ele sou e serei grata por estar comigo em presença e verdade. Por me compreender, me conduzir e me tranquilizar sempre. Por me conhecer e me oferecer, muitas vezes sem palavras, o que precisava. Te honrarei e te levarei sempre em meu coração. Obrigada por estar comigo e me permitir chegar até aqui, sendo meu esteio para realizar mais um sonho. Sei que está me aplaudindo e orgulhoso de sua filhinha. Te amo, Pai!!

DEDICATÓRIA

A realização deste trabalho representa muito mais do que a conclusão de mais uma etapa acadêmica, ele é símbolo de um trecho de minha vida marcado por muitos desafios, superações e aprendizados. Sem dúvida alguma, cursar o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva tem um significado imenso em minha vida.

Nunca esquecerei de tantos momentos que sonhei acordada com esse título. De quantas vezes dizia para mim mesma que isso não seria para mim, que não era capaz, me sabotando e me fazendo esquecer este desejo por tantos anos, me convencendo de que seria mais um sonho inalcançável. Mas, Deus faz nova todas as coisas, e me mostrou que sonhos podem, devem e precisam ser realizados.

Por isso, começo agradecendo, primeiramente, a Deus por essa vitória. Por ter me dado força, fé e determinação, que nem eu sabia que tinha. Por ter colocado o mestrado como um bálsamo, uma “luz no fim do túnel”, já que muitos dos meus dias eram preenchidos com dor, problemas e tristezas. Ele, me fez feliz, leve e colorida na UEFS. Me fez enxergar que mesmo no meio de uma tempestade existia vida, e como existiu. Como se isso não bastasse, Ele plantou em meu coração, não somente o desejo de fazer o curso, mas me capacitou a estudar e concretizar esse sonho na mesma instituição que me graduei e que sempre nutri um carinho e um orgulho imenso dentro de mim. Obrigada, Senhor, por ser tão perfeito e me amar tão profundamente, sem Tu nada sou!

A minha filha, minha fonte de inspiração, garra e coragem. Devo cada amanhecer da minha alma a sua existência em minha vida. Sempre recordo as cartas, bilhetes e palavras que deixavam claro e concreto sua confiança em mim. Quando nem eu confiava que seria capaz, lá estava você me incentivando e me fazendo alcançar. Te agradeço, profundamente, minha filha, porque mesmo sofrendo a sua dor, encontrou amor para me doar, você foi a peça fundamental para chegar até aqui.

A minha família, agradeço pelo amor incondicional, pela paciência e pelo apoio quando tudo parecia pesado demais. Vocês nunca me deixaram sozinha, obrigada! Dani, não esqueço da sua sensibilidade de permitir que Deus falasse por você para mim. De ser o primeiro empurrão para a realização da seleção. Inho, me proporcionando momentos alegres e divertidos em meio aquele turbilhão. A minha Mãe, não tenho palavras para agradecer, você foi, e é, um esteio para eu continuar a ser a mãe que Júlia merece e precisa.

Aos meus primos, tios, sobrinhos e amigos. A vocês devo meus melhores sorrisos. Saibam, vocês representam a rede de apoio que necessitei para manter minha saúde mental e emocional. Me doaram amor, afeto, carinho e muita atenção, sem pedir nada em troca. Isso não tem preço. Amo cada um de vocês!

Em especial, agradeço à minha orientadora. Dayliz, a você dedico minha admiração, não somente pela profissional que representa para essa instituição, mas pelo ser humano que é. Obrigada por confiar, me mostrar que sou capaz, desde a graduação, e me levar no seu coração pela vida. Amo você, minha mãe da UEFS.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas e amigos do mestrado por me proporcionar momentos tão ricos de troca e aprendizado. A convivência com vocês me fortaleceu e me impulsionou muitas vezes.

Aos meus professores, agradeço pela dedicação e inspiração acadêmica. Cada um contribuiu muito para minha formação. Em particular, sou extremamente grata ao professor Márcio Souza, por sua sensibilidade, sua escuta atenta, e, principalmente, por me apresentar a micropolítica. Não tem noção como me transformou!!!

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva por me guiar, nas trilhas administrativas, e tornar possível, cursar a disciplina de Estágio em Docência no Mestrado Acadêmico. Quão rica e frutífera foi essa etapa de aprendizagem em minha formação como mestre.

À Bené, por me abrir as portas da disciplina ECOI 3 para ser meu campo de estágio em docência. Você me ensinou muito mais do que ser professora, me ensinou que é possível transmitir conhecimento com amor e carinho aos alunos. Obrigada por se preocupar e cuidar tão bem de mim!

À Lydia, amiga inspiradora. Te admiro como mãe, mulher, esposa e, também como colega. Você transmite com leveza e suavidade, não somente os princípios da prótese dentária, mas também, ética e responsabilidade para os alunos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana por autorizar a coleta de dados desta pesquisa.

Aos usuários e todos os profissionais do município de Feira de Santana pela disponibilidade em contribuir com este estudo.

A FAPESB pelo auxílio financeiro durante o mestrado.

Ao NUPISC por ser mais um lugar de conhecimento e aprendizado durante o mestrado.

À UEFS, por ser novamente território de conhecimento e, em muitos momentos, lar e refúgio nesse período do mestrado.

*[...]A coragem de Lóri é a de, não se conhecendo,
no entanto prosseguir, e agir sem se conhecer exige coragem.*

Clarice Lispector

RESUMO

A Odontologia no Brasil vem escrevendo uma história marcada por muitas transformações. No passado, ocupou uma posição relegada a segundo plano dentro do cenário da saúde pública, porém com o passar dos anos seu caminhar vem mudando. A implantação do SUS impulsionou diretrizes políticas importantes para que esses avanços sejam vistos e sentidos hoje. Dentre elas, a Política Nacional de Saúde Bucal impactou no crescimento do número de equipes de saúde bucal dentro da atenção primária, além de propiciar a criação e efetivação dos CEO, visando garantir a cobertura, ampliação e melhoria da saúde bucal e qualificar a assistência em todos os níveis de atenção, buscando a integralidade. Porém, apesar de todos os avanços vê-se ainda uma Odontologia precária na Bahia, tanto na atenção primária quanto na secundária, as quais se apresentam sobrecarregadas, pouco eficientes e incapazes de garantir o cuidado integral e equânime. Tomando essa realidade, o presente trabalho sugere um plano operativo para organizar a demanda ao serviço de endodontia em um município baiano, através de medidas simples e palpáveis para suplantar os principais problemas e viabilizar o acesso ao serviço de endodontia preconizado pelo SUS. Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturadas, as quais analisou-se os relatos de usuários e cirurgiões-dentistas do serviço de endodontia, gerentes dos CEOs do município e cirurgiões-dentistas de algumas USF escolhidas aleatoriamente. A partir daí, extraiu-se os objetivos esperados, as metas, prazos para implantação, as ações/estratégias necessárias para alcance e os responsáveis pela execução de cada objetivo. No decorrer do processo de execução do projeto observou-se a necessidade pujante em garantir uma atenção primária à saúde responsável, competente e resolutiva. Na qual exista a garantia de realização de todos os procedimentos estabelecidos pelo MS.

Palavras-chave: Integralidade; Acesso; Atenção Especializada; Endodontia

ABSTRACT

Dentistry in Brazil has undergone a history marked by many transformations. In the past, it occupied a secondary position within the public health system. However, over the years, this trajectory has changed. The implementation of the Sistema Público de Saúde (SUS) has boosted important policy guidelines that allow these advancements to be seen and felt today. Among them, the National Oral Health Policy (PNSB) has contributed to the growth in the number of oral health teams within primary care, as well as promoted the creation and implementation of the CEO, aiming to ensure coverage, expansion, and improvement of oral health services, and to enhance care quality at all levels of healthcare, in pursuit of integrality. However, despite all these advancements, there are still signs of precarious dental care in state of Bahia, both at the primary and secondary levels. These services appear overwhelmed, inefficient, and incapable of ensuring comprehensive and equitable care. Given this reality, this dissertation proposes an intervention project to organize the demand for endodontic services in a municipality in state of Bahia, through simple and feasible measures to overcome the main challenges and enable access to endodontic care as recommended by SUS. To achieve this, a qualitative approach was used, through semi-structured interviews analyzing the reports of users and dental surgeons working in endodontic services, managers of the CEOs in the municipality, and dentists randomly selected from USFs. Based on these data, the aims were defined, along with goals, implementation timelines, required actions/strategies, and the individuals responsible for executing each objective. Throughout the project implementation process, a necessity was observed: to ensure a attention to healthcare that is accountable, competent, and capable of resolution. That guarantees the performance of all procedures established by the MS.

Keywords: Palavras-chave: Integrality; Access; Second Care; Endodontic

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do Tempo sobre a Saúde no Brasil, de 1900 aos dias atuais.....	24
Figura 2 - Centro de Especialidades Odontológicas por Macrorregiões de Saúde no estado da Bahia. Janeiro, 2024.....	39
Figura 3 - Comparativo entre Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Feira de Santana-Bahia. Agosto, 2024.....	43
Figura 4 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	48
Figura 5 – Caminho Esperado para o Usuário Acessar o Serviço Odontológico no SUS	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Desafios Encontrados no Acesso do Usuário do Serviço de Endodontia e suas Comprovações nas Falas dos Entrevistados no Município de Feira de Santana, Bahia.....	68
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Incentivos financeiros para construção, ampliação e custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Brasília, 2024.....	35
Tabela 2 - Quantitativo de Centro de Especialidades Odontológicas por Macrorregião de Saúde e Município da Bahia. Bahia, 2023.....	37

LISTA DE SIGLAS

AMB	Adequação de Meio Bucal
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-dentista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ECR	Equipe de Consultório de Rua
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
E-MULT	Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Institutos de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RASB	Redes de Atenção à Saúde Bucal
SB	Saúde Bucal
SIA-SUS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Sesb	Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	BRASIL ANTES DO SUS.....	25
3.2	BRASIL DO SUS.....	27
3.3	A ERA DO BRASIL SORRIDENTE.....	30
3.4	BRASIL SORRIDENTE É UMA REALIDADE NA BAHIA?.....	34
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	41
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
4.3.1.	Critérios de inclusão e exclusão.....	43
4.3.2.	Tamanho da amostra.....	44
4.4	TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS.....	44
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4.7	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	TODO PONTO DE VISTA É A VISTA DE UM PONTO.....	53
6	ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO ACESSO DO USUÁRIOS AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	70
6.1	PRODUTO TÉCNICO.....	71
6.1.1	Artigo Científico.....	71

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICES.....	101
	APÊNDICE A – Carta de apresentação do pós-graduando pesquisador....	102
	APÊNDICE B – Entrevista com cirurgião-dentista do CEO.....	104
	APÊNDICE C – Entrevista com Cirurgião-dentista da ESF.....	105
	APÊNDICE D – Entrevista com os usuários do serviço de endodontia do CEO.....	106
	APÊNDICE E – Entrevista com o gerente do CEO.....	107
	ANEXOS.....	108
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	109
	ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido para gerentes e cirurgiões-dentistas.....	117
	ANEXO C – Termo de Consentimento livre esclarecido para usuários.....	118

1 INTRODUÇÃO

A atenção odontológica brasileira no serviço público foi caracterizada, durante muitos anos, por ser uma assistência voltada para grupos específicos. O restante da população que não se encaixava no perfil de atendimento ficava à mercê de serviços meramente curativos e mutiladores. Resultado disso, baixa abrangência nos atendimentos e muitas críticas aos atores envolvidos no processo (Oliveira; Saliba, 2005).

Neste cenário, em 1988, houve a promulgação da Constituição Federal Brasileira e nela a saúde tem um capítulo específico com objetivo de corrigir o modelo assistencial vigente até então. Já que as principais características eram a prática “hospitalocêntrica”, o individualismo, a utilização irracional dos recursos tecnológicos e, principalmente, a baixa resolubilidade, ponto de insatisfação da população (Paim, 2003).

Assim, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios norteadores do novo sistema: universalidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, a saúde bucal coletiva passa a ter um enorme desafio para adequar e reformular suas práticas (Resende, 2010). Visto que, de acordo com a Lei Nº8080, no artigo 3º “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País”.

Por conta dessas mudanças também, a Odontologia ganha mais importância e visibilidade, já que agora a saúde não é mais ausência de doença, mas “...um estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS). Ou seja, se leva, a partir daí, em consideração também a qualidade de vida de cada indivíduo. A luta está ligada diretamente à melhoria dos fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, aos quais são de responsabilidade e dever do Estado (Bastos *et al*, 1996).

Dessa maneira, com o passar dos anos o país foi evoluindo, tornando-se inegável o avanço com o SUS ao estabelecer a universalidade e a integralidade como princípios, e a ampliação da cobertura da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal resultado foi visualizado no levantamento epidemiológico nacional – SB Brasil 2010 e 2023– os quais mostraram mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, CPO-D 2,07 (Brasil, 2011c), CPO-D 1,67 (Brasil, 2025), respectivamente.

Porém, mesmo com todos esses avanços, vários problemas ainda vêm à tona, o profundo fosso continua existindo entre as camadas ricas e pobres. Um país que possui uma das maiores concentrações de renda do mundo, possui uma Odontologia altamente desenvolvida tecnologicamente, mas ainda se encontra distante de grande parte da população. Então, convém refletir sobre a representação, em muito maior proporção, de doenças bucais na parcela da população marginalizada, visto que a saúde é secundarizada aí, em detrimento às demandas de sobrevivência mais urgentes. Esses dados ratificam ainda mais como a saúde, e em particular a saúde bucal, vem sendo, historicamente, tratada pelo Estado (Silva e Gottems, 2023).

Por conta disso, para melhorar o atendimento da população e transformar as estruturas de poder, foi realizada a descentralização das decisões e ações para organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizou-se sistemas locais de saúde para levar o processo decisório ao âmbito local (Brasil, 2008, 2000).

E, em 1994 foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), como forma de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, principalmente na esfera municipal. Em, 1998, ganha ampla aceitação, sendo intitulado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que foi compreendido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Integrada à rede, se consolidou como a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde nacional (Henrique, 2008).

Entendendo que a organização do serviço de saúde é um dos principais constituintes necessários para a implantação, é também, um dos grandes desafios para as Equipes de Saúde da Família. Por isso, necessita-se de um bom planejamento, tanto por parte dos gestores, quanto dos profissionais envolvidos com as diversas áreas da atenção. A inserção da saúde bucal nas equipes de saúde da família foi realizada sem planejamento, ficando atrelada a atendimento clínico da demanda espontânea da população, sem qualquer priorização (Mattos *et al*, 2014).

Para além disso, é nesse contexto que a ESF entra em cena, com a tarefa de reorganizar a atenção básica através da vigilância à saúde. Utilizando ações coletivas e individuais, no primeiro nível de atenção, voltadas sempre para a prevenção, promoção e tratamento de agravos à saúde.

Porém, caímos em outro panorama, já que nem todas as necessidades de saúde, de um modo geral, e com a Odontologia não sendo diferente, são resolvidos na atenção primária. Ficando evidente a necessidade da organização também da média complexidade em Odontologia na efetivação do SUS. Visto que se observa a gravidade e a precocidade da perda dentária, a

desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos, segundo resultados do Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil em 2003 (Brasil, 2008). Em 2023, reduziu para 36,48%, porém ainda é expressivo (Brasil, 2025).

Para tanto, com o avanço do processo de universalização das ações de saúde bucal e sempre na perspectiva do cuidado integral, como direito precípua de cidadania, torna-se necessário que se esgotando os limites de atuação no nível de atenção primária, o encaminhamento para o nível mais especializado de atenção, aconteça de forma criteriosa. E que esse encaminhamento aconteça, realmente, somente para as pessoas portadoras de condições que efetivamente requeiram tratamento em outro nível de atenção. Daí a necessidade de se observar as rotinas de referência das ações básicas para as especializadas, como também a contra referência.

Por conseguinte, para que o encaminhamento até a média complexidade aconteça, meios que regulam esse acesso são exigidos, e estes se fundamentam no mecanismo de referência e contra referência adotados pelo SUS em todas as áreas de atenção, o que inclui a odontologia. Fazendo-se necessário protocolos de encaminhamento, subsídios essenciais para tomada de decisões no cotidiano de atenção à saúde, para uma adequada organização da demanda, avaliação, monitoramento e planejamento de ações. (Souza, 2015)

A partir daí o presente estudo propõe criar um projeto assertivo para o dilema da organização da demanda que existe nas Unidades de Saúde da Família (USF) que necessita ser referenciada para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), mais especificamente para o serviço de endodontia. Para tanto, lançar-se-á mão de entrevistas com os usuários dos CEOs, aos Cirurgiões Dentistas (CD) do CEO, e de algumas USF, e aos coordenadores do CEO para entender como esse fluxo funciona na prática atualmente e quais artifícios se utilizará para facilitar e resolver esse fluxo de referência e contra referência. Buscando-se facilitar o trânsito do paciente na rede de atenção primária e, consequentemente, assegurar a completude de seu tratamento, de forma integral.

Seguindo essa lógica, a realização deste trabalho se coloca em pesquisa. Ou seja, através de uma prática vivenciada no Município de Alagoinhas-Bahia, em 2005, onde atuava como cirurgiã dentista de uma unidade de saúde, surgiu o desejo de intervir naquela realidade.

E, a motivação aqui vai além do pensar, visa a partilha de experiências vividas pelos sujeitos envolvidos no processo e a partir daí construir um projeto de intervenção na saúde odontológica

do município de Feira de Santana. Sendo um dos produtos técnicos da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como se dá o acesso para atendimento integral aos usuários, de forma a organizar a demanda ao serviço de endodontia nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Feira de Santana, Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os desafios e potencialidades impostos pelo sistema atual de referência e contra referência para o serviço de endodontia do município de Feira de Santana;
- Construir e elaborar um plano operacional para atendimento da demanda baseado na humanização, equidade e integralidade tendo como norte as premissas do SUS;
- Organizar a demanda de usuários encaminhados para tratamento endodôntico através do sistema de referência e contra referência eficaz.

3 REVISÃO DE LITERATURA

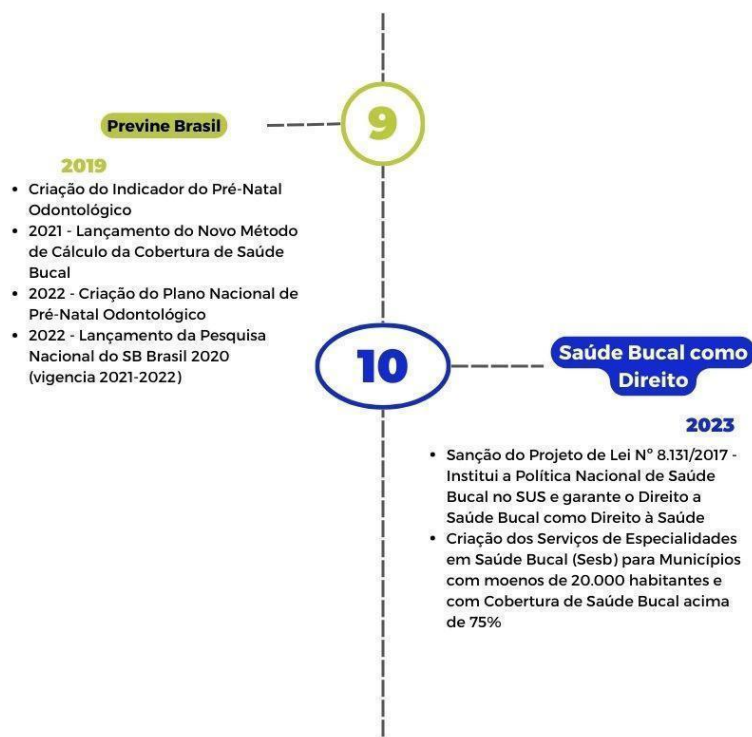
O acesso aos serviços de saúde pode ser analisado por diferentes abordagens o que demonstra o nível de pluralidade e complexidade sobre o tema, considerando o “acesso como um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. (Travassos, 2004)

Para Assis e Abreu-de-Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde se constitui em um tema multifacetado que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos para o estabelecimento da universalização da atenção. E, segundo Araújo (2014), o entendimento de todas essas dimensões do acesso pode possibilitar conhecer as políticas operacionadas pelos gestores, o modo como os serviços de saúde estão organizados, como os trabalhadores de saúde desenvolvem suas ações para promoção do (des)cuidado e como as demandas apresentadas pelos usuários tem sido ou não atendidas no SUS. Além disso, vê-se como imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos para a produção de novas realidades sociais.

Antes, faz-se necessário contextualizar a saúde no Brasil, começando no início dos anos 1900 até os dias atuais. Nessa linha do tempo, Figura 1, nota-se a evolução dos sistemas de saúde brasileiro ao longo de sua história conectando com eventos marcantes e decisivos para tal.

Figura 1 - Linha do Tempo sobre a Saúde no Brasil, de 1900 aos dias atuais.





Fonte: Autoria Própria

3.1 BRASIL ANTES DO SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) com apoio de estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, o conhecido Modelo Campanhista. Tudo era desenvolvido com caráter universal, porém na assistência à saúde a atuação era através de pouquíssimos hospitais especializados em psiquiatria e tuberculose, em áreas específicas, Norte e Nordeste, através da ação de Fundações de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Tais ações eram médico-hospitalares para uma parcela da população, dita como indigente, realizadas por estados e municípios e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Toda a assistência que a população recebia era em condição de favor e caridade. Fundamentalmente, a atuação do poder público

nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Brasil, 2002).

O INPS foi o resultado da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde para seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (ENSP, 2018).

Assim, se reconhecia uma assistência à saúde que se baseou muito no Modelo Flexneriano que em 2010, em muitos países do mundo ocidental, comemora-se um século de publicação do Relatório Flexner. Este relatório desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados (Filho, 2010).

Já no Brasil, nem de longe representa algo que se deve ter respeito ou ser colocado em lugar de marco histórico centenário. Visto que, é quase um consenso, do ponto de vista conceitual diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento (Filho, 2010).

O mesmo autor segue contextualizado que no ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. E vai além, induz uma educação superior elitizada, subordinação do ensino à pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país.

Todavia, observou-se que tal modelo implantado no Brasil em meados de 1968, durante a Reforma Universitária, promovida pelo Regime Militar, se mostrava incompatível com o novo contexto democrático brasileiro da época, e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população. Cresciam os ideais pela reforma da sociedade brasileira, e nela diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque estavam envolvidos, incluindo sanitaristas que ocupavam lugar de destaque no aparelho do estado. E assim, em 1988, dentro do movimento de Reforma Sanitária nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de saúde, pautado principalmente nos referenciais da vigilância à saúde, onde tinha como principal desafio promover mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, responsável e resolutivo (Assis, 2010).

3.2 BRASIL DO SUS

E em 1988, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste novo sistema instalado, as diretrizes que compõem são: a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais e a participação da comunidade, através do controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde. A gestão municipal é a primeira e maior responsável pelas ações de saúde da população, pois é ela que programa, executa e avalia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, ela vai direcionar as prioridades necessárias à saúde da população e, a partir daí, planejar a oferta de serviços. Portanto, a lógica existente do modelo anterior é transformada, onde observava-se uma série histórica de produção do cuidado atrelada aos interesses dos prestadores de assistência (Santos *et al.*, 2007).

Mesmo diante de tamanha mudança conceitual, ainda se estava diante de muitas dificuldades para operacionalizar e obter recursos financeiros para o pleno funcionamento do sistema num país complexo e com dimensões continentais. Percebe-se a assistência odontológica, pela sua complexidade e alto custo, relegada ainda a um plano secundário, sendo um apêndice nas políticas de saúde (Oliveira, 2005). Isso se confirma com os resultados do primeiro levantamento, onde se observa altos índices de mutilação, ou seja, extrações. Além de um número elevado de dentes cariados na população jovem em nosso país.

Este levantamento nacional ocorreu durante a década de 1980, mais precisamente em 1986, no qual o Brasil se apresentava como um dos campeões mundiais de cárie dentária. Considerando como indicador mundial o CPO-D (Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados) aos 12 anos, com resultado 6,65 valor médio. Ratificando assim, a altíssima prevalência de cárie de acordo com os padrões da OMS e colocando o país na posição de terceiro pior índice. Sem contar os dados da população adulta, os quais eram mais preocupantes ainda, a cada 3 brasileiros de quatro, acima de 60 anos, não tinham dentes naturais. Esse número chegava a 1 adulto para cada 2, completamente desdentados na faixa etária entre 35 a 44 anos (Brasil, 1988b).

Já, em 1996, depois da implantação do SUS, foi realizado um outro levantamento epidemiológico nacional, compreendendo as 26 capitais e o distrito federal. Neste, revelou uma redução acentuada, mais de 50%, no CPO-D aos 12 anos. Como também foram realizados outros levantamentos em diversas áreas do país, e mostraram a mesma dinâmica em relação à cárie dentária na população infantil (Oliveira, 1998). Infelizmente, esse resultado satisfatório não foi encontrado na população adulta. Ainda se perpetuava as necessidades de tratamento para essa faixa etária (Brasil, 1988b, 1990c; Oliveira, 1998; Narvai *et al*, 1999; USP/FSP, 1999; Marcenes & Bönecker, 2000).

Porém, mesmo os resultados sendo satisfatórios nacionalmente, ainda chamam atenção as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, a discreta redução desta na dentição decídua, onde 80% dos dentes afetados continuam não sendo tratados. Outro dado está no déficit de tratamento em idosos, apesar de uma diminuição da necessidade de próteses em adolescentes e adultos. Não se pode deixar de salientar, a necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes por conta de uma prevalência de 15,3% de oclusopatias, o que sugere o redimensionamento na oferta de tratamento ortodôntico (Scherer; Scherer, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil vem sendo negligenciado durante toda a história da Odontologia Brasileira e, continua representando até hoje, uma grande dificuldade que precisa ser solucionada. Toda essa normalização de modelos excludentes, colocou, no mínimo, como desafiador a implementação do SUS. Por isso, mesmo com pouco tempo de existência desse modelo, tendo base na universalidade da atenção, tem sido lento o processo de revisão e reformulação para sua real adequação à realidade na odontologia do nosso país.

Outro aspecto, não menos importante, a ser ressaltado sobre a Odontologia brasileira, reside nesta ser uma atividade liberal, tendo, primordialmente, sua atuação na prática privada de serviços, já que os altos custos destes tornam o acesso à maioria da população algo praticamente inacessível.

Todas as vertentes aqui abordadas sobre as características do modelo de prestação de serviços odontológicos no Brasil são reafirmadas no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993):

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

Assim, mesmo este modelo de atenção à saúde instaurado se fazendo extremamente necessário, se constitui, até hoje, numa tarefa difícil de execução. O caminho a percorrer não é linear, o que requer um processo de mudança envolvendo política de formação articulada com a prática. Dessa maneira, projetos coletivos estão ligados aos cuidados de saúde, onde trabalhadores, gestores e usuários devem ser corresponsáveis no fazer saúde, dia a dia. Mudanças dessa forma de fazer saúde são necessárias também e marcam, diretamente, os valores, a cultura, o comportamento e os micro poderes existentes nos espaços que cada um trabalha, gerando resistências e possíveis conflitos na produção do cuidado.

Dentro dessa mesma perspectiva, Assis *et al.* (2007) reiteram a importância dos serviços de atenção secundária e terciária, mas direcionam o olhar para a necessidade de investimento na Atenção Básica à Saúde (ABS), a qual se configura o espaço para organização e práticas da ESF. Desta maneira, busca-se garantir a qualidade do atendimento na “porta de entrada” do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e as necessidades individuais. Sendo assim, os referidos autores, validam a necessidade de não se perder de vista a integralidade, ou seja, ter um sistema que garanta o fluxo seguro aos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado necessárias à resolução de seus problemas de saúde.

Na verdade, para que o SUS funcione como está na lei é fundamental colocar em prática os seus princípios norteadores. Desta maneira, Escorel (2001) coloca a equidade como elemento de diferença dentro do espaço de cidadania, ou seja, espaço de igualdade introduzindo os princípios da solidariedade, tolerância e confiança. Complementarmente Almeida (2002) e Campos (2006) aborda a equidade como uma expressão dos direitos sociais, tanto em sentido genérico quanto específico. No genérico, tem o estabelecimento de regras justas para a vida em

sociedade, aproximando do sentido de igualdade. Já no segundo, a equidade é uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos.

Também para Paim (2006), a equidade, como política pública, concebida na perspectiva da ética e da justiça tem um grande potencial de ser alcançada, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização.

Já Campos (2006) ainda coloca que o SUS nem sempre produz equidade e que sua busca deve ser permanente, considerando sempre as múltiplas dimensões do conceito. Elaborando um projeto permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária. Onde o projeto seja sustentado tendo a vida das pessoas o bem mais valioso, num contexto socio-histórico. Onde se deve ter em mente que a vida sempre pode melhorar, mesmo que essa não seja uma evidencia palpável.

Por isso, Barros e Souza (2016) reitera a discussão para colocar em prática a promoção da equidade de forma segura perpassa pela necessidade de concretização do direito à saúde, e através disso, gerar como frutos a melhoria dos indicadores de saúde, a percepção individual de satisfação do seu próprio estado de saúde, de familiares e da comunidade a que se pertence. Além de se conseguir atingir o ideal do sistema de saúde que seja capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades.

3.3 A ERA DO BRASIL SORRIDENTE

Neste contexto em que o SUS se encontrava, surge o Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), como uma das muitas estratégias de estruturação do SUS. Adiante, foi reconhecido muito mais do que uma medida do governo e passou a ser considerado uma estratégia, Estratégia Saúde da Família (ESF).

No bojo das Políticas da ESF o MS lança, em 2004, o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB), na qual se propõe a reorganização da saúde bucal em todos os níveis da atenção e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Logo em seguida lança a portaria nº 1.570, de 29 de julho do mesmo ano que estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e

Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Brasil,2004) fortalecendo assim a saúde bucal na atenção básica e especializada (Silva, 2007).

Portanto, a PNSB dirigida à saúde bucal da população, parte de uma concepção ampliada que reconhece a saúde como direito das pessoas e apresenta, como fundamentos essenciais para o alcance do direito, os princípios constitucionais da integralidade e do acesso. Percebe a integralidade como sendo uma articulação de ações integrais e intersetoriais de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. Somando-se ao acesso como a produção de um conjunto de serviços de cuidado e atenção à saúde bucal das pessoas. Reafirmando a importância da participação democrática dos cidadãos, individual e coletiva, além de buscar responder às necessidades de saúde da população (Pucca, 2013).

Pucca (2013) também relata que a inserção da Saúde Bucal na ESF foi acelerada pela implantação da PNSB, tendo impacto no crescimento do número de equipes de saúde bucal, gerando a ampliação da cobertura destes serviços na atenção básica, e consequentemente, propiciando também, a criação dos CEOs. Porém, Silveira Júnior (2013) chama atenção para a fragilidade no campo da gestão, da mudança do processo de trabalho, na efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal e de educação permanente, na consolidação da atenção secundária e na participação da população dentro do processo de implantação.

Cortellazzi *et al.* (2014), corrobora da necessidade de organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica, baseando-se nos dados do SIA/SUS (2002/2003), onde os serviços especializados no âmbito do SUS correspondem a não mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos realizados, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. E no levantamento epidemiológico de 2010 (SB Brasil) foram apontadas a gravidade e a precocidade da perda dentária relacionada a desigualdade dos serviços odontológicos, já que quase 56% dos idosos (pessoas com mais de 65 anos) são completamente edêntulos.

Portanto, Azevedo (2022), baseado no quadro de desigualdade no acesso da população brasileira aos serviços odontológicos e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, observa a necessidade de ofertar procedimentos de maior complexidade pelo SUS. E cita também as medidas da PNSB, através das RASB (Redes de Atenção à Saúde Bucal) como forma de garantir a cobertura das ações de melhoria de saúde bucal visando ampliar e qualificar a assistência desde a inclusão da Saúde Bucal (SB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), até os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade do sistema.

Essa rede é composta por diferentes níveis de complexidade, e os usuários utilizam de acordo a sua necessidade, com a finalidade de estabelecer ações com impactos em esferas individuais e coletivas, expandindo o acesso aos tratamentos odontológicos a todos os brasileiros, garantindo a resolução das demandas em saúde bucal e inclusão social (Machado, 2015). Para reiterar, Saliba (2010) situa a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade, apresentando como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de água de abastecimento público, a reorganização da atenção básica (especialmente por meio da ESF) e da atenção especializada (principalmente da ampliação e da qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados).

Outra consideração importante de Saliba (2010) refere-se ao modo como os CEOs devem ser entendidos dentro do sistema. Ou seja, eles precisam ser vistos como uma extensão do trabalho realizado por toda a rede de atenção básica municipal ou estadual, e não considerados apêndices do sistema de atenção à saúde. Eles são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sendo classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Eles devem ser capacitados para oferecer a população, no mínimo, cinco serviços especializados: ações de diagnóstico bucal avançado, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais. Atualmente os CEOs podem ser classificados em 3 categorias: CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas), com ofertas de serviços especializados e recursos diferenciados.

Diante de todo o exposto, segundo Vazquez (2014), um dos grandes desafios para o SUS está em consolidar a assistência secundária à saúde em Odontologia de uma forma que ela venha estabelecer a integralidade em todo o sistema de saúde. Onde os usuários e as informações trafeguem livremente, sem barreiras, em todos os níveis de atenção. Mas, são muitas as dificuldades encontradas para a consolidação desse fluxo e consequentemente a implantação da integralidade. Em Gondim *et al.* (2011), para o bom funcionamento da rede de saúde é necessária uma elevada capacidade de resposta por parte da APS, onde se tem a identificação de situações que necessitam de atendimento especializado e a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade. Com essa articulação funcionando satisfatoriamente entre as unidades de diferentes complexidades tem-se assegurado não somente o acesso, mas também a continuidade do cuidado, de modo que haja contra referência aos serviços de origem.

Resultando num fluxo adequado de informações entre as unidades que constituem o sistema, não se limitando às fronteiras geográficas de estados e municípios.

Bulgareli *et al.* (2013) também concorda com a constatação da falta de integralidade do sistema. Ou seja, mesmo com o Ministério da Saúde (MS) afirmando que, com a inserção da saúde bucal, a ESF objetiva garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, argumenta-se em sentido contrário: na prática, a ESF tem ficado restrita apenas à atenção básica, contrariando outro princípio do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares em que a ESF vem sendo implantada.

Eles vão além, questionam ainda se mesmo com expansão do número de ESB e a implantação dos CEOs, se houve aumento quantitativo ou mesmo de mudança nos tipos de procedimentos oferecidos à população, apontam que a saúde bucal brasileira continua sendo caracterizada pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais, pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência, e pelo acesso limitado aos serviços de referência especializada, a atenção secundária em Odontologia.

Estas afirmações são confirmadas quando se observa na grande maioria dos municípios do Brasil a base no atendimento, até os dias atuais, ainda está centrada no modelo clássico de saúde onde a demanda é espontânea. Essa demanda consiste em o paciente comparecer à unidade de saúde de uma forma inesperada, seja por motivo agudo ou que o próprio paciente julgue necessidade de saúde (Brasil, 2010). Para Duncan (2004) a ESF não deve ignorar a demanda espontânea, porém, como sua prioridade é a promoção de saúde, esta deve organizar suas atividades de modo a superar os problemas prioritários de saúde/doença da população. Dessa forma se objetiva que o trabalho na unidade de saúde da família consiga impactar nos indicadores de saúde local, e cada dia esses serviços ambulatoriais sejam reduzidos nos serviços de urgências.

Assim, também, Friedrich e Pierantoni (2006) colocam sobre a importância do serviço de demanda programada, atendimentos agendados, na atenção básica. Ratifica que se deve ter um equilíbrio entre a demanda espontânea e a agendada para que o atendimento seja ágil, resolutivo, humanizado e acolhedor. Para Mendes (2011), também é necessário ter esse equilíbrio entre as respostas sociais e de acompanhamento longitudinal do usuário e seus familiares, com os atendimentos agendados e a demanda espontânea, ainda resquícios do modelo fragmentado ou em decorrência de agudização de doenças crônicas, ou mais ainda, advindos de eventos novos não esperados.

Seja qualquer situação na qual o paciente chegue a uma unidade de saúde deve existir o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e da vulnerabilidade, ou seja, essa prática precisa existir nas relações de cuidado, entre trabalhadores de saúde e usuários (Brasil, 2011c).

Assim, ratificando a necessidade de inclusão, o MS lança a Portaria nº751, em junho/2023, a qual altera a já existente de nº5 de setembro/2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal, SesB. Esta tem o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços especializados em saúde bucal para municípios menores, de até 20.000 habitantes e oferecer saúde bucal de forma integral (Brasil, 2023).

3.4 BRASIL SORRIDENTE É UMA REALIDADE NA BAHIA?

Diante de todo o exposto sobre a evolução da Saúde Bucal no Brasil, e das principais linhas de ação da PNSB, Brasil Sorridente, que direciona para a reorganização do acesso aos serviços de saúde bucal, vem o questionamento: O Brasil tem conseguido implementar, na prática, tudo que se encontra na Constituição Federal Brasileira? Ou seja, o Brasil Sorridente acontece, de fato?

Muitas medidas têm sido observadas para inserir a Saúde Bucal como integrante indissociável da saúde geral do cidadão. E isso se confirma em maio de 2023, com a Lei nº14.572, que inclui a Saúde Bucal na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8.080/90) a qual transforma a Política Nacional de Saúde Bucal em Política de Estado. Passo muito importante para se evitar que a saúde bucal seja interrompida ou volte a ser relegada a segundo plano por gestores federais, estaduais ou municipais (Brasil, 2024).

Ou seja, muitas são as estratégias utilizadas para colocar a saúde bucal com sua devida importância nas políticas de saúde nacional. Porém, nem tudo depende somente do governo federal, precisa-se ter também a contrapartida estadual e municipal para colocar em prática. O MS ainda lança mão de incentivos financeiros para implantação e ampliação dos CEOs, além de incentivos mensais para a sua manutenção, expostos na Tabela 1.

Para além, Chaves (2016) analisa a evolução da política de oferta e produção de serviços especializados entre 2004 e 2014, ou seja, nos 10 primeiros anos do Brasil Sorridente, foram implantados 1.030 CEOs em todas as regiões do país, sendo que a região sudeste e nordeste que tiveram o maior número, comparando todas as regiões. Já quando se analisa por município, os

do Nordeste havia maior distribuição entre as cidades com uma quantidade menor de CEO, acontecendo o contrário nos municípios do sudeste, ou seja, uma quantidade maior de serviços numa quantidade menor de municípios.

Tabela 1 - Incentivos financeiros para construção, ampliação e custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Brasília - 2024

	CEO I	CEO II	CEO III
	3 Cadeiras	4 a 6 Cadeiras	7 Cadeiras
	Odontológicas	Odontológicas	Odontológicas
Incentivo para	\$120.000	\$150.000	\$240.000
Criação e Ampliação			
Recurso Mensal para	\$23.100	\$30.900	\$53.800
Custeio			

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária, – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Quando se fala de Bahia, vê-se que a realidade é bem precária ainda. Com todo incentivo do governo em proporcionar comprometimento e até aporte financeiro para os estados e municípios depara-se com situações que ainda deixam muito a desejar a integralidade do serviço de saúde bucal, já que a maioria dos estudos se demonstra a falta cumprimento de metas mínimas estipuladas para manutenção do funcionamento dos CEOs pelo estado (Cruz *et al*, 2008)

Para além, Santana *et al*. (2015) analisou o desempenho dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/Ba. A avaliação foi considerada ruim para todos os CEOs incluídos, pois eles não cumpriram nenhuma meta estipulada pelo MS. Esse achado confirma semelhança com estudos de Figueiredo (2009) e Herkrath (2009) desenvolvidos em outras regiões do país, onde houve uma baixa produção ambulatorial dos procedimentos ofertados nos serviços odontológicos de média complexidade.

Agregando a esse resultado, Neto *et al*. (2019), em um estudo na macrorregião Leste da Bahia, avaliou o cumprimento de metas da atenção secundária em saúde bucal. Onde nenhum dos estabelecimentos de saúde conseguiu cumprir todas as metas estabelecidas pelo MS quanto a produção ambulatorial no período estudado. E mais uma vez percebe-se que esse resultado, comum a todos os municípios no estudo, tem a qualidade dos seus serviços afetados

diretamente, e consequentemente tem prejudicada a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal no estado da Bahia.

Assim, quando se chega em agosto de 2019, tem-se 1.139 serviços habilitados em todo o Brasil (Brasil, 2019) e na Bahia a população contava, no mesmo ano, com 79 CEOs distribuídos em 72 municípios (Brasil, 2019). Ou seja, de acordo com Chequer e Santos (2021), apesar da expansão da atenção especializada no serviço público, grande parte da população baiana permanece descoberta desta, implicando em descontinuidade da atenção, importante barreira à resolubilidade das demandas apresentadas. Ainda sobre os autores acima, ressaltam também que o grande interesse dos gestores municipais nos primeiros anos de lançamento da política para credenciamento de CEOs foi passageiro, e aponta que nos anos subsequentes o entusiasmo arrefeceu-se, inclusive com fechamento de CEOs em alguns municípios baianos. Assim, problemas no financiamento foram citados como razão para o retrocesso ou morosidade na implantação de ações especializadas de saúde bucal no estado.

Outro ponto que deve ser observado, como possível obstáculo para esse número reduzido de procedimentos executados pelos CEOs, é colocado por Chaves *et al.* (2011), onde eles afirmam que não basta o aumento da oferta de serviços de saúde para que tivesse o aumento na utilização destes e, ainda cita, as inúmeras barreiras organizacionais justificando essa afirmação, como, marcação de consulta, disponibilidade de horários, gestão interna dos serviços, entre outros.

Seguindo a linha do tempo, observa-se na Tabela 2 a distribuição e a quantidade de CEOs por Macrorregião de Saúde e por município da Bahia no ano de 2023. Neste ano o quantitativo sobe para 83 CEOs no estado, segundo o SIA/SUS. Infere-se que a maior concentração destes está na macrorregional leste com 22 centros, sendo Salvador a região de saúde, e também, o município com maior número. Já a macrorregião Centro Leste, a qual o município de Feira de Santana se encontra, constata-se 11 CEOs, tendo a Região de Saúde de Feira de Santana somente 4 CEOs e o Município de Feira de Santana contando com apenas 1 para atender toda a população do município.

Outro dado importante que se infere desta tabela é que o município de Feira de Santana, segundo SIA/SUS só apresenta um centro cadastrado e em funcionamento. Porém, é de conhecimento a existência de 2 CEOs. Isso advém de somente um deles ter sido implantado com verba federal e o segundo através de convênio da Prefeitura com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

A seguir, Figura 2, é apresentado o mapa do território da Bahia com o número de CEOs por macrorregião. Através de uma análise constata-se que nem sempre as maiores macrorregiões em território são as que têm maior quantitativo de CEOs, infere-se ainda que as macrorregiões norte e centro-norte são as que possuem menor quantidade de centros.

Tabela 2 - Quantidade de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) por Macrorregião, Região de Saúde e Município. Bahia - 2023

CEO -Total por Macrorregião	Região de Saúde	Município	CEO – Quantidade por Município	CEO – Total por Região de Saúde
Centro-Leste (11)	Feira de Santana	Ipirá	1	4
		Feira de Santana	1	
		Pintadas	1	
		Santo Estevão	1	
	Itaberaba	Andaraí	1	6
		Boa Vista do Tupim	1	
		Iaçu	1	
		Itaberaba	1	
		Utinga	1	
		Ruy Barbosa	1	
	Seabra	Iraquara	1	1
Centro-Norte (5)	Irecê	Irecê	1	1
	Jacobina	Capim Grosso	1	4
		Jacobina	1	
		Mairi	1	
		Morro do Chapéu	1	
Extremo-Sul (10)	Porto Seguro	Eunápolis	1	3
		Itabela	1	
		Porto Seguro	1	
	Teixeira de Freitas	Alcobaça	1	7
		Itamarajú	1	
		Itanhém	1	
		Medeiros Neto	1	
		Nova Viçosa	1	
		Prado	1	
		Teixeira de Freitas	1	
Leste (22)	Camaçari	Camaçari	1	4
		Dias D'Ávila	1	
		Mata de São João	1	
		Pojuca	1	
	Cruz das Almas	Cachoeira	1	4
		Governador Mangabeira	1	
		Muritiba	1	
		São Félix	1	
	Salvador	Candeias	1	12
		Lauro de Freitas	1	
		Madre de Deus	1	
		Salvador	6	
		Santo Amaro	1	

		São Sebastião do Passé	1	2
		Vera Cruz	1	
		Santo Antônio de Jesus	Amargosa	
		Santo Antônio de Jesus	1	
Nordeste (3)	Alagoinhas	Alagoinhas	2	3
		Catú	1	
Norte (4)	Juazeiro	Juazeiro	2	2
	Paulo Afonso	Paulo Afonso	1	1
	Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim	1	1
Oeste (11)	Barreiras	Barreiras	1	5
		Brejolândia	1	
		Luís Eduardo Magalhães	1	
		Santa Rita de Cássia	1	
		São Desidério	1	
	Ibotirama	Ibotirama	1	1
	Santa Maria da Vitória	Bom Jesus da Lapa	1	5
		Canápolis	1	
		Correntina	1	
		Santa Maria da Vitória	1	
		São Félix do Coribe	1	
Sudoeste (9)	Brumado	Brumado	1	2
		Livramento de Nossa Senhora	1	
	Guanambi	Caculé	1	3
		Guanambi	1	
		Igaporã	1	
	Itapetinga	Itapetinga	1	2
		Nova Canaã	1	
	Vitória da Conquista	Cândido Sales	1	2
		Vitória da Conquista	1	
Sul (8)	Ilhéus	Ilhéus	1	2
		Uma	1	
	Itabuna	Itabuna	1	2
		Itajuípe	1	
	Jequié	Ipiaú	1	3
		Jaguaquara	1	
		Jequié	1	
	Valença	Valença	1	1
Total			83	83

Fonte: Tabnet, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Jan/2023

Figura 2 - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por Macrorregiões de Saúde no Estado da Bahia. Janeiro - 2023



Fonte: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal.

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Por tanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, *nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.*

Maria Cecília de Souza Minayo

Apresenta-se aqui, um trabalho com abordagem qualitativa, já que busca responder questões muito particulares, ou seja, ele se ocupa de um nível da realidade que não pode ser quantificado ou não deveria ser. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo, 2007).

Quanto aos fins, a pesquisa ainda se caracteriza como uma pesquisa descritiva, já que tem a finalidade de descrever determinada população ou fenômeno; e quanto aos meios como uma pesquisa de campo, onde consiste no estudo de um grupo específico pelo pesquisador, buscando a interpretação dos fatos (Gil, 1987). Minayo *et al.* (2007), fala que é através do trabalho de campo que se cria a possibilidade de maior aproximação com o fenômeno que se deseja estudar, gerando a criação do conhecimento através do diálogo com a realidade, obtida no campo.

E, para além de analisar uma realidade, segundo Thiollent (2005) Projeto de Intervenção ou Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Ou seja, visam interferir numa realidade já existente, com o intuito de ajudar a desatar nós existentes no serviço e que possivelmente estão dificultando a condução do fluxo do trabalho naquele setor. Para tanto, precisam ser desenvolvidos com ação conjunta, compartilhada entre os atores do contexto. Desde a sua proposição ocorre no e com o coletivo que compõe o contexto, buscando-se o conhecer a fim de tornar-se capaz de fazer algo melhor ou de maneira mais eficiente.

Partindo da prática, as atividades de pesquisa e intervenção levam ao encorajamento do refletir sobre o processo de trabalho, sobre os dados produzidos onde se trabalha e como esses dados

podem implicar em melhorias para a saúde no Estado. Ademais, estímulo à realização de pesquisas e intervenções, pode instituir um processo sistemático de acompanhamento, monitoramento e avaliação como parte do cotidiano do trabalho, contribuindo para a construção ativa e reflexiva da instituição.

Porém, ainda segundo Thiollent (2005), durante todas as etapas de elaboração de um projeto de intervenção deve-se ter em mente a preocupação de que, ele precisa ser tecnicamente exequível, e economicamente viável, socialmente desejável e politicamente aceitável. Se um desses fatores não estiver sendo respeitado o projeto pode se tornar inviável de ser executado ou, se o mesmo for colocado em prática, corre o risco de ser fadado ao fracasso.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O município de Feira de Santana está situado a 115 km da capital do estado, Salvador. Possui um território, segundo IBGE 2022, de 1.304,425 km² e é considerado em hierarquia urbana 2B, ou seja, o município encontra-se classificado como uma capital regional para o estado da Bahia, já que o mesmo indica a centralidade da cidade de acordo com a atração que causa em populações de outros centros urbanos para acesso a bens e serviços. Ainda segundo o IBGE, é um arranjo populacional de Salvador, quer dizer que tem uma estreita relação com a capital baiana, pois acessa bens e serviços, como também órgãos públicos e empresas.

A população neste mesmo ano era de 616.272 habitantes e a densidade demográfica de 472,45 habitantes por metro quadrado, ocupando a segunda posição em relação a números de habitantes no estado. Em 2021, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de R\$27.691,08 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,712.

Feira de Santana é o principal centro urbano, político, educacional, tecnológico, econômico, imobiliário, industrial, financeiro, administrativo, cultural e comercial do interior da Bahia e um dos principais do Nordeste, exercendo influência sobre inúmeros municípios do estado. E por sua posição estratégica ainda é considerado como um dos maiores entroncamentos rodoviários do país.

Quanto a saúde de um município encontra-se em funcionamento na rede de atenção primária à saúde: 103 unidades de saúde da família (USF), 150 equipes de saúde da família (ESF), 07 unidades de Saúde na Hora, 21 equipes de núcleo ampliado de saúde da família (E-MULT), 01 equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD), 01 equipe consultório de rua (ECR) e

01 academia da saúde. Inseridos nas equipes de saúde da família, estão 61 cirurgiões-dentistas que fazem parte da equipe de saúde bucal.

Juntando a esse quantitativo temos na atenção secundária 2 Centros de Especialidades Odontológicas situados dentro da Policlínica do George Américo e na Praça Tiradentes no centro da cidade, cada um. Os dois juntos são responsáveis em atender toda demanda encaminhada pela atenção primária do município. Assim, nosso campo de estudo será os 2 CEOs e ESFs escolhidos aleatoriamente.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo do estudo são cirurgiões-dentistas, que trabalham com o serviço de endodontia nos CEOs e alguns que trabalham em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana, juntamente com usuários encaminhados para esse serviço e os coordenadores dos CEOs.

Como já relatado anteriormente, o município conta somente com 2 CEOs para atender a população de todo o município que necessita de um atendimento especializado em Odontologia. Neste caso, em particular, para a realização da pesquisa, o foco está no serviço de endodontia, na atenção secundária odontológica.

Assim, para analisar a realidade do campo de pesquisa, lançou-se mão de uma entrevista semiestruturada, desenvolvida pela própria pesquisadora, com perguntas norteadoras direcionando as informações que se precisa extrair para o desenvolvimento da pesquisa.

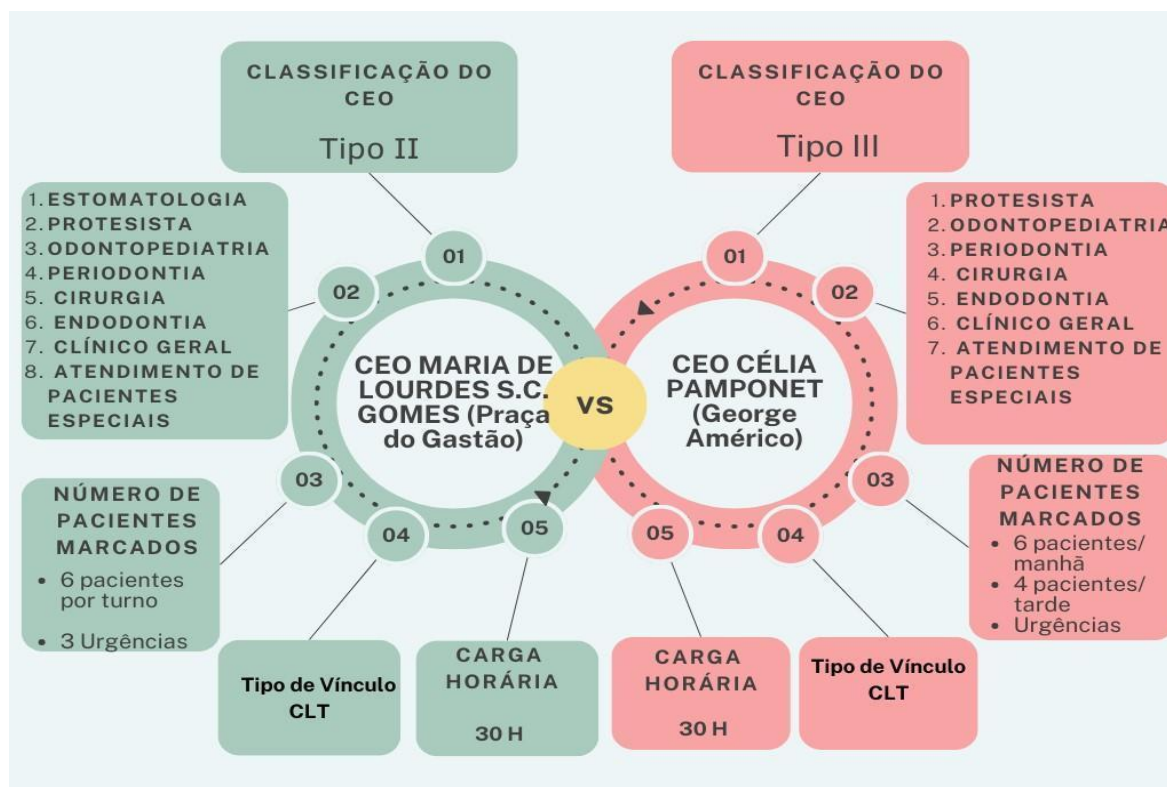
Para o estudo, obteve-se uma amostra de 100% dos endodontistas, haja a diminuta quantidade deles, somente 3 para todo o município, no momento da coleta de dados. Já os dentistas da ESF foram escolhidos de forma conveniência.. A finalidade consistiu em ouvir as dificuldades que enfrentam para desenvolver o trabalho, quais necessidades profissionais que enfrentam no dia a dia, as fragilidades que conseguem identificar no sistema, quais pontos positivos que o sistema de endodontia do município possui, e por fim, sugestões de como o serviço poderia ser melhorado, guardando a visão que tem do funcionamento do sistema em que está inserido.

Assim também, utilizou-se o mesmo instrumento de pesquisa para os coordenadores dos CEOs, bem como para os usuários do serviço, guardando as devidas diferenças de acordo com cada

posição que ocupava no serviço e sua função específica. O objetivo foi aferir visões diferentes a respeito da mesma situação que o trabalho se propõe a estudar.

A figura 3 mostra um comparativo entre os CEOs, dando informações de quantos profissionais atuam em cada centro, como também o tipo de vínculo e carga horária dos cirurgiões-dentistas que atuam neles.

Figura 3 - Comparativo entre os Centros de Especialidades Odontológicas do município de Feira de Santana-Ba - Agosto/2024.



Fonte: Própria Autoria

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os endodontistas e gerentes que atuavam nos 02 (dois) CEOs do município, a qual aconteceu no período de novembro e dezembro de 2024. Durante a pesquisa 01 (um) dos 04 (quatro) endodontistas estava afastado por licença médica e veio a falecer durante o processo de coleta de dados.

Como critérios de exclusão para todos os CDs (CEO e USF) estão: ter menos de 06 (seis) meses de vínculo com o serviço, estar afastado do serviço por férias, licença, curso, doença ou estar atuando temporariamente em outro local dentro da rede. Ou seja, foram excluídos aqueles que

não estavam presentes nos CEOs e nas USF selecionados nos dias determinados para a coleta de dados.

Já, na amostra de usuários, foram excluídos os que tinham alguma deficiência cognitiva que impossibilita de responder o instrumento da pesquisa, ou aqueles que não se sentissem à vontade em contribuir para a pesquisa.

4.3.2. Tamanho da amostra

Os participantes da amostra foram entrevistados conforme os critérios de inclusão estabelecidos, e o fechamento amostral ocorreu com a saturação teórica dos entrevistados dos grupos de CDs da Atenção Primária e usuários do CEO. Essa saturação gera uma seleção intencional e é considerada representativa quando a entrevista ou a observação nada acrescenta ao que se conhece sobre o fenômeno ou categoria investigado (Thiry-Cherques, 2009).

Já os CDs e gerentes do CEO entrevistados, todos dos grupos participaram da amostra, visto que os mesmos perfazem um grupo muito reduzido de profissionais. Por este motivo, se julgou importante a participação de todos, sem exceção, para tornar válida as inferências das vivências e/ou visões obtidas de cada grupo.

4.4. TÉCNICA PARA PRODUÇÃO DE DADOS

Como já dito anteriormente, esta pesquisa tem-se uma abordagem qualitativa, pois dentre outros aspectos buscou-se identificar as percepções e vivências que cada grupo profissional e de usuários entrevistados têm a respeito do acesso ao serviço de endodontia do município estudado. Segundo Minayo *et al.* (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com questões que não podem ser quantificadas e reduzidas à utilização de variáveis, preocupando-se com aspectos que não podem ser captados através de dados matemáticos.

Santana (2010), citado por Araújo (2014) reforça essa perspectiva ao afirmar que, nesse tipo de pesquisa, é fundamental identificar os indivíduos ou grupos que vivenciam o fenômeno investigado. Esses participantes são considerados “sujeitos ou atores sociais” diretamente envolvidos com a situação de interesse do pesquisador, e são eles que compartilham

informações sobre suas experiências, práticas, sentimentos e percepções — sem que seja necessário atender a um critério quantitativo de representatividade.

Complementando essa ideia, Minayo *et al.* (2007) destaca ainda que a representatividade não está atrelada ao número de participantes, mas sim à capacidade da amostra em abranger o problema estudado de forma mais ampla. Para isso, é essencial considerar os valores culturais, as relações sociais e os contextos históricos que moldam a realidade de cada grupo, instituição ou indivíduo envolvido na pesquisa.

Ainda afirma que o estudo qualitativo aborda diversas manifestações da experiência humana presentes nas estruturas sociais, nos processos, nas representações coletivas, nas expressões subjetivas, bem como nos símbolos e significados. Por essa razão, é dada grande importância à realidade vivida por cada participante, reconhecendo que suas falas, gestos e comportamentos refletem seu contexto específico. Isso torna cada relato único e singular, representando pontos de vista próprios e particulares (Minayo *et al.*, 2007).

Para tanto, utilizou-se esta técnica de coleta, oportunizando a produção de dados para sustentar o estudo a partir dos questionamentos e objetivos. Nesta há uma interação social, onde o pesquisador(a) coleta os dados que interessam à investigação nas informações contidas nas falas dos entrevistados (Gil, 1987; Minayo *et al.*, 2007). Ainda, de acordo com Minayo *et al.* (2007, p.64), a entrevista é “uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do pesquisador” a qual tem por objetivo “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Para a coleta de dados, a pesquisadora se apresentou à Secretaria de Saúde Municipal de Feira de Santana, aos setores de coordenação da sessão de capacitação permanente e à Divisão Odontológica, através de um ofício expedido pela Secretaria do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Juntamente com este ofício, possuía uma Carta de Apresentação da Pesquisadora (Apêndice A) na qual relatava o objetivo da pesquisa e a necessidade de desenvolver a entrevista, o local e os profissionais da rede que seriam submetidos ao instrumento da pesquisa. Como também, reiterava o compromisso de dar uma devolutiva para a secretaria através do produto técnico desenvolvido pela mesma. A secretaria, por sua vez, ciente e em concordância com a pesquisa, expediu uma carta de anuência autorizando a pesquisadora a desenvolver o estudo no município.

Depois, como dito anteriormente, foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas norteadoras para melhor conduzir a pesquisadora ao foco e obter êxito na coleta. Segundo Santana (2010), nesta forma de entrevista se deixa lugar de fala para aquele que está sendo entrevistado, sem perguntas ou respostas pré-fixadas pelo pesquisador. Dá-se a possibilidade de questionar o entrevistado assuntos relacionados à pesquisa, interrogando quantas vezes forem necessárias, se as respostas oferecidas não atenderem aos objetivos propostos. Ou seja, “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”, segundo Triviños (1987, p.146).

Assim, ressalta-se a importância da escolha dessa técnica de entrevista, não apenas pela pertinência dela ao estudo, mas pela obtenção de informações mais detalhadas sobre dificuldades, fragilidades, facilidades e vivências da realidade de cada sujeito envolvido no processo, já que se tinha permissão de questionar, criar perguntas durante o processo. Somando-se a possibilidade de realização também com analfabetos, já que possui flexibilidade na formulação dos questionamentos de acordo com a compreensão de cada entrevistado(a). Usando isso, os roteiros dos entrevistados (Apêndices B, C, D e E) foram produzidos de acordo com o grupo de participantes a serem submetidos ao instrumento da pesquisa.

Então, utilizando-se dessa entrevista, obteve-se informações mais detalhadas, não somente sobre a pesquisa em si, mas também sobre dificuldades, fragilidades, facilidades e vivências da realidade de cada sujeito envolvido no processo, já que se tinha permissão de questionar, criar perguntas durante o processo.

A fase de coleta de dados em campo foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2024, em dias escolhidos de acordo com a oferta do serviço de endodontia nos centros de especialidades, com os usuários e endodontistas. E, com os profissionais das ESFs escolhidos por conveniência, em dias acordados previamente. Em relação aos usuários, a entrevista foi coletada até que se percebeu a saturação das respostas, algo comum nas entrevistas com os CDs da atenção primária à saúde.

Se tratando da aplicação prática do instrumento, a entrevista foi realizada pela própria pesquisadora, a qual escolheu um ambiente seguro, livre de interferências e que fosse resguardado o sigilo total para a aplicação. Em seguida, explicou-se do que se tratava a pesquisa e qual sua finalidade, tentou-se deixar os participantes à vontade para responder sobre todos

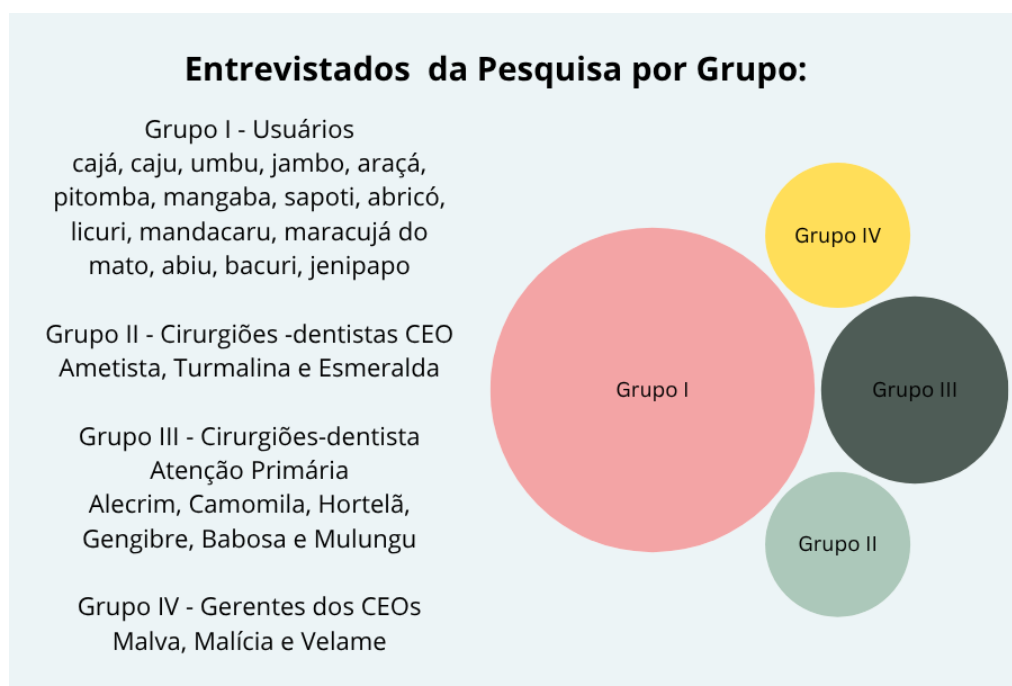
questionamentos e também, livres para desistir a qualquer momento que julgassem pertinente. De forma reduzida e, mais precisamente, entre os usuários entrevistados, alguns se recusaram a participar do estudo, talvez por medo de “represálias”, ou indisposição em contribuir, ou ainda, ter que se atrasar para realizar atividades rotineiras pessoais.

Todas as informações necessárias sobre a pesquisa estavam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) o qual, depois de lido, foi assinado pela pesquisadora e pelo participante do estudo, cada um ficando de posse de uma cópia. Toda a entrevista foi gravada em celular, como conversa de WhatsApp, em seguida reproduzida para o participante. Este, em todo o processo teve assegurado o direito de aprovar o uso de toda a entrevista que tinha acabado de conceder, ou aprovar com ressalvas, ou até não autorizar o uso. Em seguida, com o aval do participante, foi transcrita pela pesquisadora, com duração que variou entre 2 minutos e 42 segundos a 32 minutos e 21 segundos.

As perguntas norteadoras que orientaram o desenvolvimento da entrevista com os cirurgiões-dentistas dos CEOs, gerentes dos CEOs, cirurgiões-dentistas da ESF e com os usuários do serviço de endodontia dos CEOs estão nos apêndices B, E, C e D, respectivamente. Em relação a construção da análise dos dados, os fragmentos das falas dos participantes foram nominados com o estudo sendo constituído por um total de 27 participantes, formados por usuários do serviço de endodontia do CEO (Grupo I), cirurgiões-dentistas do serviço de endodontia dos CEOs (Grupo II), cirurgiões-dentistas da atenção primária (Grupo III) e coordenadores dos CEOs do município de Feira de Santana (Grupo IV).

Para melhor visualização, segue abaixo figura referente a caracterização dos participantes da pesquisa:

Figura 4 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa



Fonte: Própria Autoria

Fazem parte do grupo I pacientes em tratamento do serviço de endodontia do CEO Maria de Lourdes S. C. Gomes (Praça do Gastão), provenientes não somente da zona urbana do município, mas também da zona rural. De ambos os sexos, com faixa etária diversificada, porém não especificada durante a entrevista. Tal grupo é constituído somente por usuários do serviço de endodontia do CEO Maria de Lourdes S. C. Gomes (Praça do Gastão), já que no período de coleta de dados, foi o único CEO que estava em funcionamento para este serviço.

Formado por 15 pacientes de ambos os sexos, identificados com nomes de frutas (cajá, caju, umbu, jambo, araçá, pitomba, mangaba, sapoti, abricó, licuri, mandacaru, maracujá do mato, abiu, bacuri, jenipapo) que estavam em tratamento endodôntico no CEO nos dias da coleta de dados. Foram convidados a participar da pesquisa todos que estavam agendados no dia para atendimento endodôntico, sendo orientados verbalmente e através do TCLE (Anexo C). Somente um dos convidados a participar da entrevista declinou, os demais, todos foram entrevistados e se mostraram muito interessados em ajudar a colaborar com a pesquisa.

O grupo II, formado por 03 cirurgiões-dentistas que executam endodontia no município. Estes, identificados com nomes de pedras brasileiras (Ametista, Turmalina e Esmeralda) são os responsáveis pelo serviço de endodontia de todo o município de Feira de Santana e regiões circunvizinhas. Quando a coleta de dados teve início havia 01 (um) endodontista que se

encontrava afastado por motivo de doença, porém, infelizmente, veio a falecer durante o período de coleta. Assim, estes 03 (três) profissionais se dividiam em 02 (duas) unidades de atendimento de média complexidade, ou seja, nos 02 (dois) centros. Todos do sexo feminino, e estão no mínimo, há 4 anos no serviço.

Neste intervalo de 02 (dois) meses em campo, observou-se que somente um dos centros estava em atendimento para endodontia, o CEO Maria de Lourdes S. C. Gomes (Praça do Gastão), já o CEO Célia Pomponet (George Américo) estava com atendimento suspenso. O motivo para a suspensão do atendimento foi a falta de material nesta unidade de atendimento.

Já os cirurgiões-dentistas da rede de atenção primária entrevistados fazem parte do grupo III. Compõem este grupo 6 dentistas, dos quais 05 (cinco) atuam em unidades de saúde da família e 01 (um) atua em unidade básica de saúde. Estes profissionais foram escolhidos por conveniência, tendo como única característica em comum, além de trabalharem no município estudado, a disponibilidade de agenda, e, interesse e empatia em contribuir para o andamento da pesquisa. Foram identificados com nomes de plantas medicinais brasileiras (Alecrim, Camomila, Hortelã, Gengibre, Babosa e Mulungu)

O último grupo, grupo IV, é composto pelos gerentes dos CEOs. No CEO Maria de Lourdes S. C. Gomes foram entrevistados 02 (dois) profissionais, 1 (um) cirurgião-dentista e o técnico em higiene bucal e no CEO Célia Pomponet, 01 profissional, este cirurgião-dentista. Eles estão à frente do serviço de sua Unidade, coordenando o funcionamento, sendo ponte entre os profissionais e a gestão, gerenciando conflitos, auxiliando encaminhamentos de pacientes para outros níveis da atenção, etc. No presente estudo foram identificados com nomes arbustos da caatinga brasileira (Malva, Malícia e Velame).

Após esta primeira apresentação dos entrevistados, segue-se para a organização da discussão do estudo propriamente dito. Foi realizado uma pré-análise dos materiais, a leitura flutuante de todas as entrevistas por grupos, interpretação delas por meio de uma síntese categorizada por núcleos de sentidos, de acordo com as perguntas norteadoras e também com as colocações de cada entrevistado, já que os mesmos tinham liberdade em discorrer para além do núcleo de cada pergunta.

Portanto, a categorização foi executada por grupo e respeitando sempre a ideia de acesso do usuário ao serviço de endodontia do município em questão, mas também prestando a atenção para pontos em que cada categoria colocava durante a entrevista e que poderia impactar nesta vertente em questão.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para analisar a pesquisa com abordagem qualitativa, pretende-se basear nos princípios de Minayo, 2007. Este autor utiliza a análise de conteúdo, através de um arsenal metodológico, o qual se encontra em constante aperfeiçoamento e que pode ser aplicado em diversos conteúdos.

Esta análise perpassa por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (Bardin, 1977). A fase de pré-análise compreende a fase de organizar e sistematizar as principais ideias e impressões do material coletado e, a partir daí, delinear o planejamento das próximas ações. Ou seja, é nessa fase onde os materiais serão analisados e formulados os objetivos para elaboração dos indicadores que serão a fundamentação para a interpretação das informações coletadas. Não há uma ordem exata a ser seguida, porém todas essas ações estão interligadas (Bardin, 1977).

Em seguida, para a seleção do material analisado, far-se-á uma leitura flutuante dos documentos, para aferir as primeiras impressões a respeito dos dados coletados. Não deixando de lado a formulação dos objetivos, visto que os resultados obtidos serão utilizados para atender a finalidade da pesquisa. A partir dos objetivos, designará a categorização do texto e codificação (Bardin, 1977).

Depois dessa primeira fase, segue a exploração do conteúdo dos discursos, fase longa e trabalhosa, por conta da realização da codificação. Os dados brutos serão trabalhados para se transformarem em informações significativas para o estudo, através da codificação, e a partir desta possibilitar ao leitor aferir as características relacionadas ao conteúdo abordado (Bardin, 1977).

Passada a codificação, define-se as unidades de análise, oriundas dos dados brutos. Estas unidades serão categorizadas e sub-categorizadas, aplicando a classificação apriorística, na qual o pesquisador elege categorias prévias, segundo a sua experiência ou interesses da pesquisa, culminando com a interpretação (Campos, 2004). Em outras palavras, dividimos as falas de acordo com os núcleos de sentido. A partir dos conteúdos das entrevistas e dos interesses da pesquisa, começa um trabalho de desmembrar as falas, agrupando as de sentido semelhante em cada grupo.

Portanto, de acordo com a categoria de entrevistados (usuários do serviço de endodontia do município, gerentes dos CEOs e cirurgiões-dentistas dos CEOs e da APS), foram direcionados a comentarem sobre a visão pessoal sobre questões pertinentes a sua categoria e que interferem no serviço de endodontia do município estudado relacionado a:

- O acesso do usuário ao serviço de endodontia do município;
- Organização da demanda de usuários no serviço;
- O papel de cada um para o funcionamento do serviço de endodontia;
- Existe um perfil predominante sobre a origem dos usuários que procura o serviço;
- Quantitativo de endodontistas em cada CEO do município;
- Problemas identificados por cada categoria entrevistada;
- Sugestões de melhoria do serviço de acordo com a percepção de cada entrevistado;
- Padrão de referenciamento do usuário para o serviço especializado;
- A visão de cada profissional entrevistado sobre a existência ou não de urgência endodôntica na atenção primária e na especializada;
- Padrão de organização dos usuários que retornam com tratamento endodôntico concluído para as unidades de origem;
- O papel de cada entrevistado para a melhoria do serviço;
- O caminho do usuário até seu primeiro atendimento no serviço;
- Em quais circunstâncias o usuário foi atendido (problemas, dificuldades, etc);

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Por conseguinte, se tratando de uma pesquisa envolvendo seres humanos sempre se atenta às questões éticas, seguindo literalmente a Lei nº 14.874/2024 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) onde estabelece princípios, diretrizes e regras para pesquisas envolvendo seres humanos.

O presente trabalho faz parte de um Projeto de Pesquisa maior desenvolvido no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana intitulado: ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS. O qual já possui Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) Nº 87828625.9.0000.0053 (Anexo A). Portanto, possui anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida Universidade. É institucionalizado com o número do CONSEPE 038/2013.

4.6.1 Riscos e Benefícios

Depois de possuir aceite da Secretaria de Saúde do Município de Feira de Santana (Anexo A) para coleta de dados no campo da pesquisa. Os participantes da pesquisa foram convidados, em local e condições adequadas para que a pesquisadora se apresentasse e explicasse, verbalmente com linguagem acessível, a finalidade e relevância da pesquisa. Lançando mão ainda, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) para todos os participantes que foram submetidos à pesquisa. Nele consta a justificativa, os objetivos, procedimentos utilizados na pesquisa, detalhando método, possíveis riscos e benefícios esperados com os resultados do projeto.

Foi garantido o anonimato, a privacidade, o ressarcimento das despesas com a participação da pesquisa e a liberdade de desistir de participar da mesma a qualquer momento, já que os participantes da coleta poderiam ter o risco de se sentir constrangidos, envergonhados ou tímidos em revisitar memórias. Todos dados coletados, bem como análise deles, estarão sob a guarda da pesquisadora por um prazo de 5 anos. Bem como, todos os produtos técnicos desta pesquisa serão apresentados para a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS).

E, como forma de devolutiva e benefícios para a sociedade e para UEFS, instituição a qual o Mestrado está vinculado, será disponibilizado como produtos técnicos deste trabalho: produção de artigos científicos, tendo como base tantas informações captadas nas entrevistas e vivências com os participantes do estudo. Confecção do protocolo para organizar a demanda de usuários do serviço de endodontia dos CEOs no Município de Feira de Santana, Bahia, local do estudo desta pesquisa e onde fica localizada a UEFS. Desta forma, serão ofertados estes produtos em contrapartida a todos os recursos disponibilizados pelos entes públicos envolvidos na formação da pesquisadora. Além de gerar discussões e ou reflexões sobre a temática e fomento à participação de discentes e docentes no campo da pesquisa, podendo demandar novos estudos e intervenções na área.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo caminha mostrando as diversas abordagens de acesso se expressando em ambientes onde se desenvolvem as relações entre gerente/profissional de saúde/usuário, mostrando as várias perspectivas e compreensões desses sujeitos na efetivação do trabalho em saúde. Permeando esse cenário, vem “descortinar” os vários mundos entrelaçados dentro do mesmo universo. Ou seja, mostrar as visões, necessidades, frustrações, dificuldades, realidades, de cada categoria entrevistada em relação ao acesso dos usuários ao serviço de endodontia do município.

Nesses diferentes mundos, o gestor pode considerar mais relevante para a promoção do acesso a organização racional do sistema de forma hierarquizada e regionalizada, enquanto para o profissional de saúde pode se preocupar com o cuidado tecnicista ou os meios necessários para a prestação da assistência e, numa outra perspectiva, o usuário valoriza a presteza na atenção recebida, a disponibilidade dos profissionais e serviços necessários para a resolubilidade de seu problema ou garantia de uma atenção acolhedora e humanizada (Araújo, 2014). Baseando-se nisso, buscou-se se aproximar dos cenários e práticas de cada categoria de entrevistado para compreender as suas percepções sobre o acesso ao serviço por aqueles que estão operando o sistema, produzindo o cuidado e, também, por aqueles que demandam a produção deste, respectivamente.

5.1 TODO PONTO DE VISTA É A VISTA DE UM PONTO (Leonardo Boff): Diferentes olhares para o acesso do usuário na rede de atenção à saúde

Diante das entrevistas e observações aferidas, percebeu-se que os achados perpassam por uma dimensão política, técnica e simbólica. Segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012), a dimensão política demonstra um lado em que ações são tomadas para formular políticas em prol do acesso enquanto direito universal de todo cidadão, de modo a garantir a universalidade, equidade e integralidade, segundo a Constituição Federal. Na dimensão técnica, as ações são realizadas por trabalhadores de saúde, gestores, prestadores públicos e/ou privados, que tenham o centro das atenções o usuário do SUS, onde é transformado o processo de trabalho em saúde através de algumas ferramentas, como: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando

o projeto terapêutico compartilhado. Ou seja, a garantia da integralidade da atenção é promovida a partir do planejamento e programação das ações, organização da rede de serviços e pelo desenvolvimento de práticas usuário-centradas que valorizam o acolhimento, vínculo e compromisso como ferramentas desse processo. (Araújo, 2014)

Mediante tal perspectiva, a fala de um dos coordenadores (gerentes) dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a seguir, coadunam com essa concepção, pois considera que o acesso aos serviços de saúde perpassa pela sua garantia de acordo com os princípios do SUS:

[...] um tratamento, acredito humanizado, porque nós entendemos que esses pacientes são pacientes carentes, então quanto mais carentes, melhor o nosso cercar, o nosso olhar em torno da necessidade do usuário SUS, visando justamente os princípios que são do SUS, [...]. Mas, a gente procura ser humanizado, procura a questão da equidade também, universal, que são princípios do SUS. (Velame)

[...]Se o paciente vai até a unidade é porque realmente o paciente precisa, entendeu?
[...] E a gente olha a necessidade de um paciente que vem de lá. (Malícia)

Nota-se na fala de Velame (gerente) sua preocupação em demonstrar conhecimento a respeito dos princípios do SUS e a necessidade de estes serem assegurados aos usuários, um olhar para o comprometimento dos profissionais em fazer valer esses princípios a quem necessita da atenção à saúde. Malícia (gerente), complementa citando outro princípio nas entrelinhas que é o da equidade, quando fala sobre a necessidade de o usuário ter acesso ao que precisa, a sua necessidade.

[...] A gente sabe que o SUS é universal, para todo mundo, mas existe um fluxo, e aí a gente sabe que se a gente não respeitar esse fluxo, essa cadeia certinha, vai virando bagunça. [...] (Ametista)

Aqui já vem à tona o olhar do profissional, técnico. Ametista (Cirurgião-dentista do CEO), cita sobre a universalização dessa atenção e a responsabilidade em fazer valer, na prática, o acesso a este usuário pela via preconizada em teoria. Expondo a visão de quem está na ponta, cita um dos muitos problemas que tem de enfrentar diariamente, “e apesar de”, tentar colocar em prática princípios do SUS.

[...]Então, quando o paciente chega eu já avalio e já explico tudo para ele mesmo, porque se o paciente precisar de pino, coroa, ou até mesmo bloco, aí eu já não encaminho, eu já aviso o paciente que pelo SUS não faz o tratamento de canal desse dente, pelo fato de não ter como restaurar depois [...] (Mulungu)

Assim também, o profissional da ESF, Mulungu, expõe a falta da integralidade no sistema de saúde bucal do município. Justifica que não são todos os casos que encaminha o usuário para o CEO, pois é sabido da falta de completude do tratamento para determinados casos.

Outro ponto que converge para essa discussão na dimensão política, são as falas de 2 (duas) usuárias. Quando elas trazem à tona o acesso à saúde como um direito do cidadão. Direito este instituído juntamente com a criação do SUS, com a Lei 8080/90 (Brasil, 1990a). Assim também, Cohn (2006) reitera sobre o assunto quando fala que cabe ao Estado a responsabilidade por providenciar as condições e recursos para a garantia do acesso a todo o cidadão brasileiro, de forma igualitária, independente das diferenças e desigualdades sociais.

[...] Aí você parte para o SUS, que é o que você contribuiu, você... o pai contribui, a mãe contribui, que trabalham. [...] Então, assim, a gente precisa do serviço, né? A gente que não tem condição de estar pagando particular. (Araçá)

[...] informando mais e dizer realmente que a pessoa tem o direito de estar vindo aqui e não somente extração, né [...] (Pitomba)

Porém, faz-se necessário um adendo na fala de Araçá, onde ela vincula o direito adquirido à dependência de contribuição financeira do trabalhador. Como uma visão ainda enraizada do Modelo Sanitarista, anterior ao SUS, traz o direito à saúde vinculado aos trabalhadores de carteira assinada.

Com isso, se abre uma outra lacuna de um assunto que precisa ser discutido com as falas das usuárias Araçá e Pitomba, a necessidade de se garantir consciência política por parte dos cidadãos. Instruí-los sobre o modelo de saúde atual, como também em relação aos seus direitos como usuários, ou seja, a participação popular em saúde. Isso é reafirmado em Backes (2009):

Quanto mais o planejamento do SUS estiver articulado e integrado com a coletividade, tanto maior a garantia de um serviço de saúde com qualidade e equidade. Não basta garantir o acesso ao público. É preciso criar uma consciência política dos usuários para que não se torne meros receptores das propostas governamentais. É preciso que os atores sociais estejam engajados e comprometidos na luta pela transformação social.

Agora, na dimensão técnica do acesso remonta-se às ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde tendo o centro da atenção o usuário do SUS. Nessa perspectiva se faz necessária uma transformação do processo de trabalho em saúde. Araújo (2014) coloca o acesso sendo promovido a partir do planejamento e programação das ações, organização da rede de serviços e pelo desenvolvimento de práticas usuários-centradas. Confirmando, segue abaixo trechos de falas de dentistas da atenção primária.

[...], faço acolhimento, faço avaliação, encaminhamento. Quando estava com o compressor funcionando, em casos de urgência endodôntica, por exemplo, eu sempre fiz as urgências, tirava a dor e fazia o encaminhamento do paciente. (Alecrim)

Portanto, Alecrim, dentista da atenção primária do município, expressa as suas ações possíveis, já que em muitos momentos ele enfrenta percalços para garantir a efetivação da função a qual foi designada. Ressalta a importância de outros procedimentos, além dos clínicos, reforçando a falta de integralidade do sistema de saúde bucal do município. Como comprova-se também na fala a seguir:

[...] E muitas vezes é, tirar uma dor do paciente mesmo que não seja tratamento de canal, mas fazendo uma extração [...] então eu procuro buscar esses pacientes na sala de espera mesmo. E tem um grupo também aqui que fazem com o grupo Qualidade de Vida que é com os idosos, então eu vou sempre quando tem esse grupo aqui nos dias de quarta-feira buscar esses pacientes também né, para ele está vindo marcar, dessa forma. (Mulungu)

A fala de Mulungu, profissional da rede de atenção primária, mostra a importância da sala de espera, e dos grupos operativos como estratégia para captar usuários que têm dificuldade em procurar tratamento odontológico, e/ou para aqueles que não têm conhecimento da oferta do serviço. Apresentar os recursos disponíveis da sua unidade de saúde para necessidade de cada caso. A seguir os gerentes dos CEOs:

Nosso acolhimento é feito tendo em vista a urgência e realmente, muitas vezes é feita a abertura da câmara pulpar. [...] (Velame)

[...] a gente vai ter que ter um acolhimento com o paciente. A gente não vai deixar o paciente continuar na mesma dor, porque se o paciente foi medicado e diz que está sentindo dor, vai precisar da abertura. O que a gente faz? [...] ... A gente nunca deixa o paciente sem ser assistido [...] (Malícia)

Já, os gerentes, relatam sobre a absorção dos usuários à atenção secundária através da urgência de cada caso. Como se trata de endodontia, muitas vezes o usuário chega ao serviço na fase aguda da doença, em período de dor latente, havendo a necessidade de alívio imediato, ou o mais rápido possível, da sintomatologia dolorosa. Diante disso, pela falta de resolução dessa etapa aguda na atenção primária, os profissionais da atenção secundária precisam estar atentos e resolutivos a essa demanda que é comum nas unidades dos CEOs deste município.

Tal achado ganha embasamento em Santos e Assis (2006) quando dizem que a integralidade converge também para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir

a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta).

Tais tecnologias relacionais devem abranger também a integração entre coordenadores dos níveis distintos da assistência para o planejamento, análise de fluxos, detecção de possíveis entraves e tentativas de soluções. Porém, não é uma prática do município:

[...]a comunicação com o CEO é praticamente nula, não existe, eu não sei quem é o responsável, eu não tenho contato direto com nenhum profissional de lá. [...] Mas, eu não tenho informações assim atualizadas sobre atendimento, se está tendo ou não, como é que está a fluxo de espera, como é que é feito o agendamento, essas informações não chegam para a gente. O que chega para mim é passar por paciente [...] (Babosa)

Relatos como do dentista da atenção primária acima, durante as entrevistas, ligam um alerta sobre um problema que existe e precisa ser resolvido para se conseguir efetivar os princípios do SUS no sistema de saúde odontológica do município de Feira de Santana. A falta de comunicação, interação, integração e conhecimento entre a atenção primária e secundária para alguns entrevistados é inexistente e gritante. Sente-se, também, uma falta de co-responsabilização sobre a relação inter-setores em relatos abaixo, ocupando um lugar de inércia frente a mudanças da situação atual:

[...] muitas vezes falta a atenção do dentista de origem falar como é a etapa, [...] Muitas vezes ele já chega achando que vai fazer o canal e não vai fazer. Aí cria aquela chateação, aquela indignação, fala que botou e nunca chamou e começa... (Malícia)

Muitas vezes eles falam assim: “ah, vou encaminhar para o CEO”, mas não liga “pra” aqui para o CEO para perguntar: “hoje é dia de endo?” Não sabe nada, e manda no dia o paciente com dor, a gente já sabe... [...] (Malícia)

Dando continuidade, mas agora sobre a dimensão simbólica, outro ponto que deve ser acrescentado aí é a participação da comunidade, a qual necessita ser valorizada e estimulada sempre, haja vista que ela detém o conhecimento das necessidades concretas da população e pode ajudar a nortear possíveis respostas para as dificuldades que aparecem durante o processo de implementação de novas medidas ou redirecionar aquelas que carecem de ajustes.

Nessa perspectiva, Araújo (2014) no planejamento, das ações de saúde, enfim do SUS, revelará seus valores, crenças e subjetividades e poderá auxiliar no desenvolvimento de uma assistência que satisfaça às suas reais necessidades, de acordo com a sua singularidade.” Camelo (2000)

complementa que o usuário que busca atenção à saúde deve ser “sujeito” na situação e não simplesmente “objeto” destinado a receber tratamento médico.

Estes autores não são os únicos, Abreu-de-Jesus e Assis (2012) confirmam:

Essas considerações fundamentam a ideia do componente simbólico enquanto definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/ doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde.

E através dessa dimensão simbólica, de análise do acesso, que se adentra no campo da subjetividade, aí tem-se a oportunidade de compreender o dia a dia daqueles que vivem e/ou sobrevivem onde os serviços de saúde estão organizados. Através dessa dimensão que se entende o que é qualidade dos serviços de saúde para cada indivíduo. Abaixo apresentam-se alguns trechos de falas de usuários onde eles chamam atenção para o modo como foram atendidos. De maneira, digamos até ingênua, atrelam o bom profissional e o bom atendimento à qualidade do serviço prestado pelo sistema de saúde.

[...] o acolhimento bom, os profissionais também, os dentistas conversam, tiram as dúvidas, tudo bom, gostei muito do atendimento. (Pitomba- usuário 6)

[...] mas pelo atendimento dos profissionais, da recepção até a doutora que eu conheci, são pessoas que.... veem que são atenciosas, entendeu? [...] (Licuri- usuário 10)

[...] todos que me atenderam são super educados. Eu acho assim que amam o que faz, né? Porque pra você tratar uma pessoa bem, você tem que amar o que faz, todos são excelentes, não tem defeito. (Bacuri- usuário 14)

Na pesquisa desenvolvida por Santos *et al.* (2007) ele ressalta a importância do estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador da saúde e o usuário, onde pode-se encontrar a solução conjunta para os problemas de saúde, já que muitas vezes o desabafo traz a resposta para determinada dificuldade. Confirmando isso, as falas a seguir demonstram a visão de alguns usuários diante dos problemas que enfrentaram para o acesso ao serviço e possíveis soluções.

[...] a dificuldade não é a qualidade, é a quantidade de gente para atender muita gente. (Jenipapo- usuário 15)

[...] mas é o sistema mesmo que é deficiente, não são os funcionários e as pessoas que nos atendem, é o sistema mesmo que infelizmente Feira de Santana deixa muito a desejar, nessa área, na saúde principalmente[...] (Araçá – usuário 5)

Porém, por trás dos elogios aos profissionais que atenderam esses usuários, pode-se apreender como eles chegam frágeis e carentes ao serviço de saúde. A maioria requer mais que os cuidados com a doença, a patologia que lhes afligem. Eles carecem de atenção de qualidade, de um

profissional que dedique tempo não somente para desenvolver procedimentos clínicos, mas também para explicar, numa linguagem acessível, sua enfermidade, qual seu tratamento, quais os próximos passos a serem tomados a partir do seu diagnóstico e/ou tratamento. Para onde ir depois do término da endodontia, e ao menos, serem bem recebidos, com educação e respeito, na recepção dos serviços de saúde. Ou seja, que a prática dos profissionais de saúde, seja em qualquer estabelecimento em que estejam atuando, visualiza mais do que a doença daquele usuário, o enxergue como sujeito de todo o processo de trabalho em saúde.

Segue abaixo trechos das entrevistas de dentistas da rede de atenção básica que confirmam:

Então, eu tento buscar sempre fazer da melhor forma possível pro paciente sair satisfeito, né? Eu faço sempre também sala de espera pros pacientes me conhecerem, [...] Sentir mais confortáveis e seguros e vir buscar um tratamento que a gente oferece aqui, né? [...] (Mulungu)

[...] a forma com que eu encontrei de continuar servindo a população foi através da demanda espontânea. Hoje em dia o paciente tem livre acesso ao serviço de odontologia sem precisar de agendamento. A gente também faço muitas salas de espera, muita palestra, algumas ações de rastreamento de lesão bucal também. (Alecrim)

Mesmo tendo muitas falas apontando para uma “recuperação da essência do ato de cuidar” (termo usado por Santos *et al.* (2006), onde o trabalhador se responsabiliza pela defesa da saúde daqueles usuários que estão na sua área de abrangência. Apreende-se, também, falas que trazem à luz o descompromisso quanto ao destino dos usuários na rede, quando encaminham estes para o próximo nível de atenção. Como salienta um dentista do CEO:

E muitos pacientes quando chegam aqui, que descobrem que vão ter que fazer um bloco ou coroa, eles falam assim: “ah, eu preferia ter extraído”, [...] porque eu não tenho condição de fazer nada particular, entendeu? Aí fica essa linguagem... eles acabam ficando chateados, [...] eles ficam decepcionados com o SUS por causa disso. (Turmalina)

De acordo com Assis e Abreu-de-Jesus (2012) no que concerne às dimensões política, técnica e simbólica afere-se que essas dimensões “congregam para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

Portanto, diante de tantos relatos apresentados em grupos distintos de sujeitos entrevistados depara-se com diferenças de olhares, as quais emergem diversas perspectivas sobre o objeto. A partir disso, encontra-se também convergências, complementaridades e também divergências entre os discursos. É notório a percepção do compromisso dos profissionais em tentar

desenvolver boas práticas para promoção e recuperação da saúde dos usuários. Contudo, se deparam com obstáculos, que somente com boa vontade, não consegue ultrapassar.

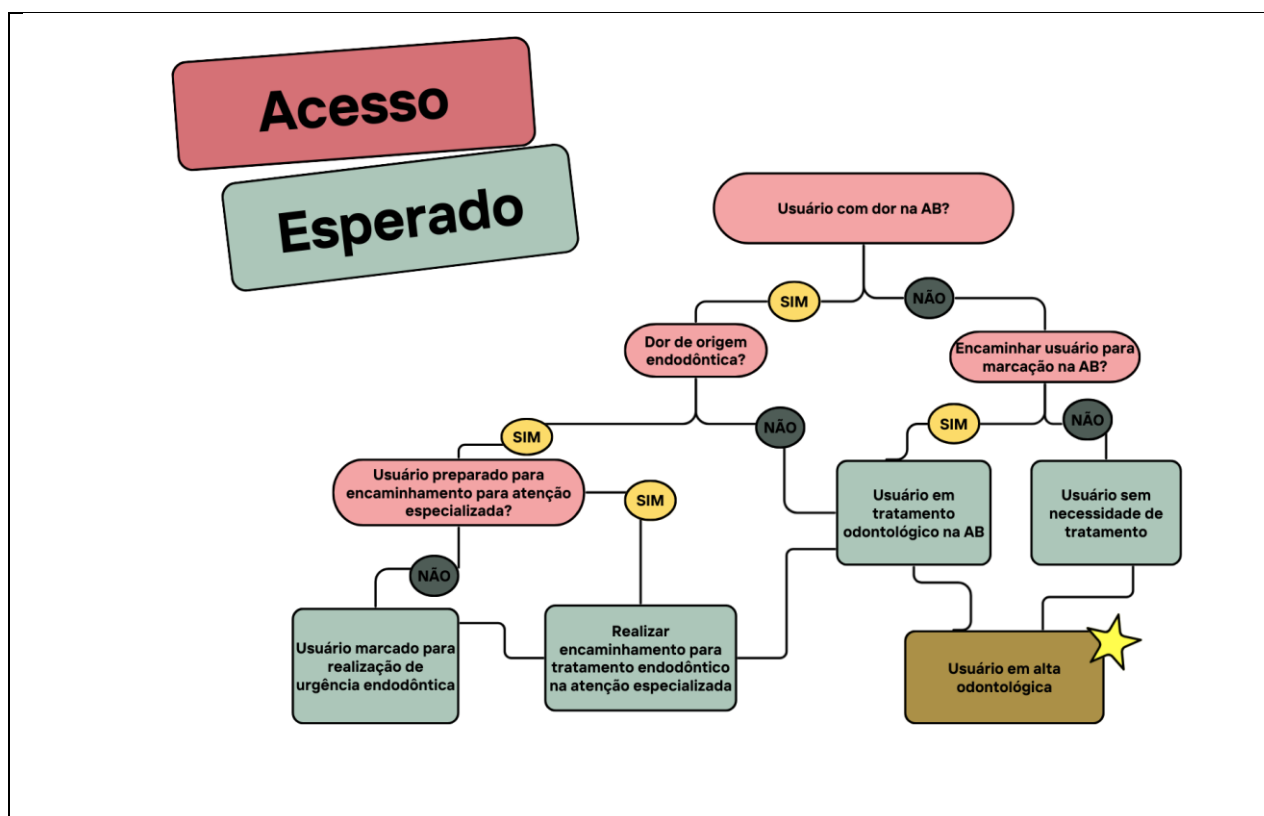
Muitos entraves que o sistema ainda possui para a garantia da integralidade da atenção aos usuários do serviço de endodontia do SUS está pautada em condutas de profissionais também centradas em ações queixa-conduta, em medicalização de ações, em uma visão tecnicista e hospitalocêntrica. Durante as entrevistas, percebeu-se a falta de co-responsabilização frente a tentativa de resolução das dificuldades enfrentadas e a percepção destes não se sentirem sujeitos ativos nos processos de mudanças necessárias para a melhoria do funcionamento do sistema de saúde odontológica do município.

Assis *et al.* (2008) corrobora com os achados quando diz “O SUS vem conseguindo avanços, mas não obteve correspondência em relação às mudanças das práticas de saúde, que continuam centradas essencialmente no atendimento do médico, voltadas para o biológico e as especialidades, com foco na doença”. Porém, no mesmo texto, eles retomam Merhy (1997) colocando um caminho a ser seguido, um norte para a melhoria do cenário e através da micropolítica, teoriza a possibilidade de ressignificação das práticas dos trabalhadores no contexto do SUS quando coloca o sujeito social num certo grau de autogoverno e imprime, no cotidiano das práticas em saúde, distintos processos mantenedores e inovadores que operam em várias direções dentro desse micro espaço.

Partindo deste pressuposto, segue-se mostrando o caminho ideal e esperado (Figura 5), preconizado nos manuais do MS, para o usuário dentro da rede de atenção à saúde odontológica, quando este necessita se deslocar da atenção primária para atenção especializada, mais especificamente na área de endodontia.

Vale ressaltar que de acordo com Brasil (2008) fica estabelecido, mesmo que pareça óbvio, que primordialmente se deve ter motivo clínico para encaminhar um usuário para a atenção especializada, ou seja, o usuário deve ter a necessidade de realizar uma biopulpectomia ou necropulpectomia, ou ainda, um retratamento de canal. Para tanto, um dos pressupostos é que este encaminhamento necessita ser realizado somente depois que se tenha resolvido a situação de urgência endodôntica no nível da Atenção Básica (AB). Ou seja, é de responsabilidade do profissional da AB encaminhar o usuário sem sintomatologia dolorosa para que este tenha condições de aguardar por seu agendamento na atenção especializada.

Figura 5 – Caminho esperado para o usuário acessar o serviço odontológico no SUS



Fonte: Própria Autoria

Partindo da figura acima, afere-se que o caminho do usuário na RAS precisa de normas para que o fluxo aconteça com “naturalidade” e assertividade, ou seja, tudo precisa estar bem planejado e organizado para que o usuário não se perca ao transitar pela Rede. Muitas dessas regras são ditadas pelo MS, outras tantas, como em relação a questões administrativas, o MS deixa a cargo das competências municipais, estaduais ou consórcios intermunicipais, e também, das gerências administrativas dos CEO de cada localidade. Exemplo de competências das gerências de cada CEO é a geração de um formulário de referência e contra referência, a maneira de agendamento de usuários em cada CEO, a forma de comunicação dos profissionais para realização de interconsultas, etc (Brasil, 2008, p.70).

Confirmando isso, na coleta de dados, foi observado que existia uma fala convergente sobre a existência de uma ficha padrão de referência e contra referência. Em todas as unidades de saúde visitadas e nos CEOs, todos os profissionais citaram a existência e sua utilização para encaminhar o usuário entre os níveis de atenção. Segundo, Souza *et al.* (2015) a criação de um sistema de referência e contra referência é importante para a organização da demanda e

atendimento às necessidades do cidadão, sendo os CEOs planejados como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Observa-se nas falas:

Bem, a gente tem um modelo, né, de um protocolozinho, né, [...] a ficha de referência e contra referência, que a gente já tem mesmo, aqui na rede, e a gente faz esse encaminhamento diretamente pro CEO. Aí lá, o paciente, né? Ele passa por uma nova triagem e aí lá acontece o agendamento. (Camomila- Dentista Rede)

E ele referência esse paciente pra gente, né? Quando tem a especialidade de endodontia como indicação (Ametista – dentista CEO)

E eles vêm com referenciamento para especialidade, destinado a cada tipo de especialidade. (Velame – Gerente CEO)

[...] Aí me indicou para aqui, me deu o papel, mandou que eu viesse aqui e vê se eu conseguia uma vaga. Aí eu vim, graças a Deus, conseguir essa vaga. (Bacuri – usuário CEO)

Porém, constatou-se um real muito distante do ideal dos manuais. Ou seja, durante a coleta das entrevistas, mesmo sendo de conhecimento entre profissionais e usuários a existência de uma guia de referência, esta não se caracterizou como única fonte de ingresso do usuário vindo da atenção primária. Encontrou-se vias alternativas do usuário com necessidade de endodontia no serviço especializado. Vários relatos confirmam a utilização do CEO como porta de entrada no sistema. Estes vindo por livre demanda ou através de clientelismo:

Falaram que na frente da escola, eu estudo aqui na frente, falaram que aqui na frente da escola tinha o CEO e me recomendaram vir aqui. [...] Não, eu vim sem encaminhamento nenhum. (Cajá – usuário CEO)

Só que aí vai de novo, com conhecimento, com alguém da secretaria e aí é muito amiga minha e aí conseguiu entrar em contato com o pessoal daqui e aí conseguiu marcar a consulta. (Araçá – usuário CEO)

[...] Além do mais, eu coloco além, são muitos encaminhamentos por conhecimento. Então, assim, eu estou cansada de receber alguém aqui dizendo: “ah, foi fulano que mandou”, “foi fulano que mandou atender”, “ele veio de lá de cima”, são esses os termos, “veio da secretaria, tem que atender, não pode deixar voltar”[...] (Ametista – dentista CEO)

A gente tem dois tipos de paciente, aqueles que vêm com a referência da unidade básica, que vem certinho, com indicativo de canal, e também aquele paciente que chega aventurando, certo? [...] Paciente com dor, vem aqui, como eu sou canal, endodontia, a gente faz aquele acesso pra aliviar a dor e depois a gente acaba abraçando esse paciente, né? Porque mesmo sem a referência. (Turmalina – dentista CEO)

Tal achado interfere, em muito, a concretude da integralidade do sistema. Segundo Chaves *et al.* (2011), os municípios com maior relevância para a integralidade na assistência à saúde bucal nos CEOs são os que apresentam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de forma mais organizada. Em outras palavras, nos municípios onde o sistema de saúde municipal apresenta

uma rede de serviços estruturada e articulada é capaz de operacionalizar a referência e contra referência de usuários.

E, quando se reporta para o município em questão, percebe-se o quanto isso faz sentido e se aplica a essa realidade. Ou seja, das 06 (seis) unidades da atenção primária visitadas do município, apenas 01 (uma) delas o atendimento estava acontecendo de forma normal com fluxo de atendimento sem intercorrência, por falta de material ou aparelho danificado. Os trechos seguintes certificam:

Atualmente a unidade encontra-se com dificuldade, encontra-se sem compressor, então eu tô fazendo atendimento com espontâneo, paciente, qualquer paciente que chegue na unidade procure pelo atendimento, faço acolhimento, faço avaliação, encaminhamento. (Alecrim – dentista rede)

Nos últimos quatro meses, esse ano, eu não tenho como dar uma resposta exata quanto a isso porque eu estou com um atendimento paralisado, então esse fluxo não vem sendo realizado. [...] (Babosa – dentista rede)

Diante dos achados se confirma a fragmentação da atenção primária à saúde do município de Feira de Santana, gerando um comprometimento da longitudinalidade do cuidado. Observa-se pontos nítidos de tensão ao longo do trânsito desse usuário na rede de atenção à saúde bucal, fluxos comunicacionais deficientes, ausência de informações entre os profissionais e/ou serviços, relação entre equipes de saúde da família e especialistas precários. Tais evidências expõem a carência de instrumentos de integração entre os níveis de serviço da rede, culminando na dificuldade e obstrução de coordenação entre eles. Relatos a seguir:

[...] Então muitas vezes eu não sei se realmente terminou, se tá só com curativo e falta ainda algumas sessões, né? [...] (Mulungu – profissional rede)

[...] Não sabe nada, e manda no dia o paciente com dor, a gente já sabe... [...] (Malícia – gerente CEO)

Segundo Vazquez *et al.* (2014), deve-se considerar que a relação entre a atenção básica e os demais níveis da atenção não deve se restringir somente a fluxos, e sim a processos, e que estes devem ser dinâmicos e constantes, democráticos e fundados na equidade. Resgata ainda a ideia de que os níveis de atenção devem existir em interface e não em sobreposição, onde as mudanças necessárias sejam implementadas num ambiente privilegiado de melhoria da atenção à saúde bucal como um todo. Diante disso, entende-se a necessidade de um diálogo próximo e consistente entre os sujeitos que compõem este cenário para se alcançar maior êxito na abrangência da atenção secundária neste município.

Para Morris *et al.* (2001), a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração algumas características: equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta interface deve ser eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contra-referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo.

Por conseguinte, percebe-se nas últimas décadas, importantes conquistas alcançadas pela saúde bucal no país. Brasil (2011), coloca queda significativa na prevalência de cárie aos 05 e aos 12 anos de idade, ocorrida entre 2003 e 2010, somando-se a uma inversão de tendência em extrações dentárias que cedeu lugar a um crescente aumento no número de tratamentos restauradores. Porém, ainda persistem as dificuldades para assegurar tratamento dentário às pessoas afetadas e os desafios que permeiam esse serviço de atenção à saúde bucal ainda são muitos.

Segundo Junqueira *et al.* (2012), tais mudanças no perfil dos usuários foram geradas pela progressiva implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, verificada entre 1998 e 2011, ampliando o direito de acesso deste ao sistema de atenção à saúde bucal. Com isso, se gerou a necessidade de implementação da atenção secundária, atualmente um grande desafio para alcance da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Vazquez *et al.* (2014), faz-se necessário que as informações e os usuários tenham, bem estabelecido, o seu caminho dentro da referência e contrarreferência. Tal feito ameniza e/ou supera as dificuldades nesse tráfego, podendo encurtar o caminho e desfazer entraves para se alcançar a integralidade na saúde bucal. Somando-se a todos esses problemas já relatados, somam-se abaixo outras dificuldades encontradas na atenção odontológica, no setor de endodontia, do município de Feira de Santana.

No município, observou-se em muitos relatos, a frequente recepção de usuários na atenção especializada com sintomatologia dolorosa. Tal prática, tem gerado muitos problemas para o dia a dia dos profissionais dos CEOs (gerentes e cirurgiões dentistas) e para os usuários. A falta de observação deste critério, imprescindível para a organização do fluxo de usuários dentro da

rede, tem obrigado os profissionais, que deveriam estar focados em resolver as demandas dos usuários de maneira mais especializada, a executar tratamento de urgência. Segue relatos:

Tem, tem atendimento de urgência. Como eu te falei, que seria pra fazer essa parte na unidade básica, como lá não faz, a gente também não deixa o paciente com dor, então a gente abraça, e faz a urgência, essa parte de urgência. (Esmeralda – dentista CEO)

[...] Sim, porque na verdade a urgência, é como você mesma falou, isso aqui é um centro de especialidades, a urgência é o que? A gente tem de tirar a dor do paciente. Isso é algo que tem que ser resolvido lá na atenção básica[...]. Mas só que a maioria deles manda pra cá, não sabem nem fazer um acesso, não sabem fazer uma urgência, entendeu? [...] (Ametista – dentista CEO)

[...] As urgências existem porque a gente tem o bom senso e o bom coração, porque pelo CEO em si não é para se atender a urgência. Aqui o CEO é uma unidade de atendimento, essas urgências seriam feitas na própria unidade dos postos de saúde, que seria a atenção primária, primeiro passa por lá. Mas por esse ano, como eu falei, ser atípico, por falta de licitação, muitas cadeiras estavam quebradas, a gente por coração bom e também a pedido da coordenação, abraçou esse público[...] (Malva – gerente CEO)

Ainda sobre o manual, ele deixa claro as obrigações pertinentes a estes profissionais frente ao ato de encaminhar. Ou seja, alguns pré-requisitos devem ser levados em consideração antes de o usuário receber uma guia de referenciamento para atendimento no CEO. Ou seja, o dente precisa estar livre de tecido cariado, com curativo de demora e selado com material restaurador provisório. Possui uma estrutura que torna viável a colocação de grampo para isolamento absoluto, sem um grande grau de mobilidade e com menos de 2/3 de extrusão por perda do antagonista. Já em relação a cavidade bucal esta deve ter passado por uma adequação do meio bucal (AMB) para remoção de possíveis focos infecciosos. (Brasil, 2008, p.73). O conhecimento destes pré-requisitos foi encontrado na fala de um dentista entrevistado num CEO:

Porque o ideal é que o paciente venha para o CEO já com curativo, já removido toda a cárie e ter o acesso, né? [...] Mas seria o protocolo ter, pelo menos, dois terços de coroa para que ele possa ser reabilitado (Esmeralda – dentista CEO)

Este conhecimento simples, faz toda diferença quando se é levado em consideração pelos profissionais “encaminhadores”, ou seja, pelos cirurgiões-dentistas da AB. Em contrapartida, infelizmente, não é a realidade encontrada em usuários encaminhados. O “normal” é o usuário chegar com a cavidade bucal com múltiplas necessidades, como na fala a seguir:

[...] Muitas vezes o paciente vem com cárie, né, o dente muitas vezes não tem mais como salvar, às vezes já tem comprometimento de furca, e tudo... Mas não tem essa

triagem, não passa ainda por essa triagem. E aí acaba fazendo a triagem no CEO.
(Esmeralda – dentista CEO)

Tais problemas na Atenção à Saúde Bucal deste município não terminam aí, observa-se, facilmente, como os profissionais constroem estratégias para burlar as deficiências do sistema, e, conseqüentemente, os usuários criam as suas também. Como foi já relatado aqui, em busca de alternativas de acessar a atenção especializada cria-se uma série de “vias alternativas” que distância de um fluxo seguro, confiável e concreto para o sistema em questão.

Diante desta realidade, nota-se como tantos problemas estão sendo criados se tentando encontrar saídas possíveis para uma saúde bucal integral e equânime. Depara-se com um emaranhado de situações resultantes de uma atenção primária precária, capenga e dissonante com a necessidade latente do município. Essa situação é respaldada em Bodsteins (2002) quando ele diz: a estruturação da rede de atenção básica vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios ainda hoje. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável. Porém, sabe-se que sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos, gerando um efeito cascata.

O efeito cascata é notado quando percebe-se a sucessão de problemas gerados um a partir do outro. Em outras palavras, até o acesso do usuário à atenção especializada, mais especificamente ao tratamento endodôntico, nota-se inúmeros problemas. O não cumprimento do básico imprime uma falta, que aos olhos desatentos pode parecer um mero detalhe. Porém, quando se analisa com o cuidado e a atenção devida, nota-se a transformação de um problema pequeno em algo macro.

Primeiro, como já relatado aqui, a falta de uma atenção primária eficiente vai desencadear a falta de material e/ou equipamentos e a falta capacidade técnica dos profissionais da atenção primária, isso potencializa encaminhamentos sem um prévio preparo dos usuários antes de seguirem para o próximo nível de atenção, conseqüentemente, encaminhamentos indevidos.

Mesmo sem o devido preparo, os usuários continuam sua jornada rumo a atenção especializada. Levando a guia de referência ofertada pelos profissionais da atenção primária ou, desbravando caminhos alternativos. Sendo que, em qualquer das vias haverá a incerteza do atendimento, o desconhecimento do processo e muitas desistências até o destino. Sem perder de vista, a dor durante todo o caminhar.

Como não bastasse esse tanto de problemas, entram em cena outros tantos, agora a nível de atenção secundária. Os profissionais deste nível de atenção, solidários com a dor do usuário

tentando saná-la, encharcam sua agenda que, na maioria das vezes, já se encontra superlotada. Gerando estresse tanto para os profissionais, como para os próprios usuários. Estes, por sua vez, não somente notam a sobrecarga de trabalho dos profissionais, como verbalizam as suas impressões ao citarem a necessidade de possuir um maior número de profissionais e de centros para atendimento de toda a população do município.

E as consequências vão muito além disso: listas de espera intermináveis, os usuários que estão nelas acabam esperando meses e até anos, já que os profissionais terminam não conseguindo chamar como deveriam os inscritos nesta lista. O atendimento que deveria ser especializado, passa a englobar procedimentos também básicos, os quais eram para ser contemplados na atenção primária.

Sabe o que é que mais chateia aqui mesmo? É a demora, fia!!!... (Jenipapo – Usuário CEO)

...Então, hoje em dia, pra mim, é comum o paciente chegar aqui na recepção e eu ter que atender. Ou então algum outro dentista atender, prestar alguma assistência, a gente tentar encaixar na agenda. E o que é que isso está acontecendo? A lista não está funcionando. Não está dando tempo a gente nem chamar o paciente da lista.

Então, é uma lista que não vai diminuir nunca!!!!... (Ametista – Dentista CEO)

[...] Aí a lista aumentou, ficou grande, tinha paciente às vezes lá que estava com lista de oito meses. (Turmalina – Dentista CEO)

Observou-se durante as entrevistas que nem as regras estabelecidas como padrões para todo o programa estavam sendo cumpridas e respeitadas. Não foi citada a existência de um manual, estadual ou municipal, a ser seguido pelos profissionais da atenção básica, muito menos da atenção especializada, em relação a detalhes práticos que precisam ser claros para o correto direcionamento dos usuários, evitando-se desvios, contratempos e abandonos de tratamento. A ausência de padrões em questões simples interfere muito na fluidez da caminhada desse usuário na Rede.

A falta de organização municipal desencadeia uma série de impactos negativos para o sistema de saúde do município e mais precisamente para o serviço de endodontia. A falta de direcionamento das unidades de qual CEO é sua referência, a presença de dentistas clínicos nos centros de especialidades, filas intermináveis ou ausência delas obrigando o usuário a está sempre indo ao serviço à procura de vaga para endodontia, se tornaram uma realidade no município. A falta de material e de investimento em uma endodontia mais segura e rápida, poucos profissionais atuando na especialidade no município, relatos sobre falta de capacidade

técnica dos profissionais da rede primária, também estão no combo para um serviço de endodontia pouco eficaz e resolutivo. Resultado disso, profissionais frustrados seja eles atuando na atenção primária ou na secundária.

Segue abaixo um quadro com os desafios do acesso ao tratamento endodôntico, no município de Feira de Santana, e trechos de entrevistas que validam esses achados:

Quadro 1 – Desafios encontrados no acesso do usuário ao serviço de endodontia e suas comprovações nas falas dos entrevistados no Município de Feira de Santana, Bahia

DESAFIOS DO ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA	COMPROVAÇÕES EM FALAS DE ENTREVISTADOS
Número reduzido de profissionais para atendimento endodôntico	Eu creio que colocar mais pessoas para trabalhar, dentista no cargo... porque sobrecarrega uma só quando... [...] porque é muito difícil, está cheio, sempre que a gente vem está cheio demais. (Araçá – usuário CEO)
Agenda sempre lotada	[...] Então, por que eu termino fazendo o acesso hoje, mas a minha agenda está tão lotada com novos pacientes, que eu só consigo fechar esse canal daqui a dois meses [...] (Ametista – Dentista CEO)
Grande lista de espera	[...] Aí a lista aumentou, ficou grande, tinha paciente às vezes lá que estava com lista de oito meses. (Turmalina – Dentista CEO)
Necessidade do usuário ir constantemente em busca de vaga para atendimento endodôntico no CEO	Não, não, não temos fila de espera. [...] Já saí com um dia para retorno se dispuser de vagas. Se não tivermos vagas, o paciente é orientado a voltar periodicamente para ver a disponibilidade de vagas, entendeu? (Velame – gerente CEO)

Atendimento de urgência endodôntica na atenção especializada	<p>A gente tinha uma fila de espera e a gente fazia urgência. Às vezes quando o paciente chegava aqui encaminhada, se ele estivesse com dor, a gente fazia urgência. E às vezes ele ficava na fila de espera, aguardando ele ser chamado.</p> <p>(Turmalina – dentista CEO)</p>
Falta de manual para direcionar detalhes do encaminhamento	<p>[...]Eu nunca tive uma orientação direta sobre mapeamento de cada CEO, nunca tive nenhuma ordem direta em qual eu devo encaminhar. Eu costumo orientar o paciente para o Gastão por essa questão de locomoção mesmo. Mas, onde o serviço estiver sendo ofertado, estiver mais vaga, estiver profissional disponível, é aquele que a gente encaminha. Não tem nenhum impedimento.</p> <p>(Alecrim – Profissional do USF)</p>
Atendimento de clínico geral no CEO	<p>[...] Então assim, hoje no CEO inclusive, tem atendimento clínico geral, dentro do CEO. Se eu não me engano, acho que tem dois dentistas atualmente, nesse CEO, fazendo serviço de clínico geral.</p> <p>(Ametista- Dentista CEO)</p>
Falta de material para endodontia	<p>Sim, a falta de material, muitas vezes são materiais essenciais a realização de procedimento, então trava todo o processo. Às vezes trava o profissional mesmo, entendeu?</p> <p>(Velame – gerente CEO)</p> <p>[...] Eu tenho três anos aqui no CEO e logo quando eu entrei, eu lembro que eu passei muito tempo aqui. Acho que foram uns três meses sem atender por conta de Raio-X, por conta de revelador e fixador vencido, e aí não tinha</p>

	<p>liberado licitação para poder comprar outro, por essas razões.</p> <p>(Ametista- dentista CEO)</p>
Falta de investimento para modernização do tratamento endodôntico	<p>[...] os materiais que são usados ainda não foram modificados, não evoluiu, entendeu? Continua na lima e a gente sabe que lima,...para os aparelhos que tem hoje [...] Então eu achava que deveria ser mais..., um olhar mais..., para o pessoal de endo, um olhar mais aberto...</p> <p>(Malícia – gerente CEO)</p>
Profissionais frustrados	<p>Hoje eu estou bem decepcionada, viu? Assim... eu estou trabalhando, mas triste, frustrada. Porque eu estou aqui e me sinto assim... inútil. Porque eu não posso fazer... o que acontece?... Eu acabo fazendo outras coisas que não são da minha área de endodontia por causa da falta de material.</p> <p>(Turmalina- dentista CEO)</p>
Falta de capacidade técnica dos profissionais da rede de atenção básica	<p>[...] Na verdade era para ser realizado na UBS ou no posto de saúde. Mas só que a maioria deles manda pra cá, não sabem nem fazer um acesso, não sabem fazer uma urgência, entendeu? [...]</p> <p>(Ametista – Dentista CEO)</p>

Fonte: Própria Autoria

6 ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO ACESSO DO USUÁRIO AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Para a maioria das pessoas a teoria se restringe ao ambiente da reflexão e do pensamento, e se opõe ao mundo prático, de ação, de fazer e realizar. Ainda existe a ideia de que estes mundos não se misturam. O que se acredita é que o universo das práticas em saúde não se serve de modelos teóricos, e que os acadêmicos se mantêm distantes do campo prático. Contudo, Xavier *et al.* (2018) coloca que tanto os teóricos quanto os trabalhadores dos serviços de saúde mobilizam saberes diversos em sua prática de trabalho e constroem conhecimento, sistematizando efeitos e resultados de suas ações. Ou seja, as práticas de saúde estão permeadas

de teorias, os que atuam no serviço, colocam na prática algo que parte da teoria, e, por sua vez, teorizar é também desenvolver uma prática.

A partir disso, salienta-se a grande contribuição de Carlos Matus para o planejamento em saúde. Com o Planejamento Estratégico Situacional (PES) pode-se elaborar um método de planejamento em que ação, situação e ator social formam um complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser efetuadas para saná-los. Em outras palavras, deve-se ter em mente o conjunto de operações que correspondem a uma forma concreta de produção, fazendo-se necessário conhecer e considerar os variados fatores que estariam interferindo na realidade em questão. Cabe aí observar as múltiplas dimensões que atravessam determinado problema de saúde, não se restringindo somente a questões econômicas.

Baseando-se nisso e partindo do problema do acesso dos usuários do SUS ao serviço de endodontia do município de Feira de Santana, propõe-se um projeto de intervenção. Para tanto, utilizou-se os resultados obtidos na pesquisa para o desenvolvimento deste projeto. Foi ofertada voz aos atores envolvidos no processo, potencializando os pontos positivos encontrados e propondo mudanças e/ou ajustes para minimizar as dificuldades do usuário ao caminhar da atenção primária até a atenção secundária, especificamente ao serviço de endodontia.

6.1 PRODUTO TÉCNICO

6.1.1 Artigo Científico

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA EM UM MUNICÍPIO BAIANO

INTERVENTION PROJECT FOR IMPROVING ACCESS TO ENDODONTIC SERVICES IN A MUNICIPALITY IN THE BAHIA

Kamilla Freitas Bastos

RESUMO

A trajetória da saúde odontológica no Brasil foi marcada por profundas transformações, as quais ainda estão em evolução. Mesmo sendo inegável o avanço com o SUS ao estabelecer a universalidade e integralidade como princípios e a ampliação da cobertura de saúde por meio

da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ainda assim, encontra-se uma Atenção Primária à Saúde (APS) precária, capenga e dissonante com a necessidade dos usuários. Somando-se a isso, a atenção secundária, especificamente, o serviço de endodontia, se apresenta sobrecarregada e incapaz de garantir o cuidado integral e equânime. A partir daí o presente trabalho sugere um projeto de intervenção para organizar a demanda ao serviço de endodontia de um município baiano através de medidas simples e exequíveis para suplantar os principais problemas que fazem o acesso a este serviço não ser o preconizado como ideal pelo SUS. Para tanto, com uma abordagem qualitativa e, dando voz por meio de entrevistas semi-estruturadas, extraiu-se os objetivos esperados, as metas e prazos para realização das mudanças, as ações/estratégias para alcance e os responsáveis por todas as ações propostas. Analisando os resultados, observou-se a necessidade latente de uma atenção primária responsável, competente e resolutiva. Na qual exista a garantia de realização de todos os procedimentos do seu rol, estabelecidos pelo MS. Consequentemente, gerando um referenciamento consciente para uma atenção especializada eficaz.

Palavras-chave: Integralidade; acesso; atenção especializada; endodontia

ABSTRACT

The trajectory of dental health in Brazil has been marked by profound changes, which are still evolving. Despite the undeniable progress with SUS in establishing universality and integrality as principles, and the expansion of health coverage through the Family Health Strategy (FHS). Still, there is a precarious primary care, mediocre and dissonant with the need of users. In addition to this, the secondary care, specifically the endodontic service, is overburdened and unable to guarantee integral and equitable care. From there, the present work suggests an intervention project to organize the demand for the endodontic service of the Municipality of Bahia through simple and feasible measures to overcome the main problems that make access to this service not be SUS. For this, with a qualitative approach and giving voice through semi-structured interviews, we extracted the expected objectives, goals and deadlines to achieve changes, actions/ strategies to reach and those responsible for all proposed actions. Analyzing the results, it was observed the latent need for a responsible, competent and resolving primary care. In which there is the guarantee of carrying out all procedures of its role, established by the MS. Consequently, generating a conscious referencing for an effective specialized attention.

Keywords: Integrality; access; secondary care; endodontic.

INTRODUÇÃO

Grandes transformações têm sido alcançadas na saúde brasileira depois da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Processo também que vem ocorrendo com a Odontologia, a qual sai de uma realidade curativista e mutiladora [1] para aquela inserida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) voltada para prevenção, promoção e tratamento de agravos. Para além, a esta cabe, ainda, reorganizar a atenção básica através da vigilância à saúde, utilizando ações coletivas e individuais, no primeiro nível de atenção.

No entanto, mesmo que instituições como Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade considerem que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde da população, alternativas para resolver os que necessitem de atenção mais especializada é real [2].

Portanto, nessa perspectiva veio a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mudando o modelo de atenção à saúde bucal, expandindo o acesso a medidas preventivas e conservadoras. Tal informação é comprovada no último SB Brasil 2023³, onde a melhoria da prevalência de edentulismo foi considerada bem positiva. Visto que entre 2003 e 2010 se manteve praticamente inalterada, em torno de 53% e, em 2023, reduziu para 36,48%. Porém, sabendo que nem todos os casos são resolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS), torna-se evidente a necessidade da organização também da média complexidade para efetivação do SUS.

Assim, inserido também na PNSB, o MS instituiu em 2004 os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como forma de viabilizar procedimentos odontológicos especializados, os quais representam um dos pressupostos para garantia da integralidade do cuidado em Saúde Bucal.

Por conseguinte, para que o encaminhamento até a média complexidade aconteça de forma natural e fluida, meios que regulam esse acesso são exigidos, e estes se fundamentam no mecanismo de referência e contra referência adotados pelo SUS em todas as áreas de atenção, incluindo a Odontologia. Fazendo-se necessário protocolos de encaminhamento, subsídios essenciais para tomada de decisões no cotidiano de atenção à saúde, resultando numa adequada organização da demanda, avaliação, monitoramento e planejamento de ações [3].

Embasados nesses pressupostos e, tomando a realidade do município de Feira de Santana como campo de pesquisa, deparou-se com a necessidade de assegurar o acesso dos usuários para ingresso à atenção especializada, e mais especificamente, ao serviço de endodontia para integralidade dessa assistência. Para tanto, lançou-se mão de entrevistas com usuários e profissionais da rede de assistência.

A partir daí, percebeu-se que a garantia da integralidade do cuidado em Saúde Bucal era uma necessidade. E, depois de tomar conhecimento de como o fluxo funcionava na prática atualmente, buscou-se analisar os desafios e potencialidades impostos pelo sistema atual para a especialidade. Resultando na elaboração de um protocolo para atendimento da demanda baseado nas premissas do SUS, tentando-se organizar a demanda de usuários encaminhados para tratamento endodôntico através do sistema de referência e contra referência eficaz.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado nos dois CEOs e ESFs do Município de Feira de Santana, Bahia. Faz parte de um Projeto de Pesquisa maior desenvolvido no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana intitulado: ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS. O qual já possui Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) Nº 87828625.90000.0053 e anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida Universidade. Institucionalizado com o número do CONSEPE 0382013.

A entrada no campo de pesquisa ocorreu somente após solicitação e permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana através de uma carta de apresentação expedida pela secretaria do mestrado.

Utilizou-se como instrumentos de produção de dados a entrevista semiestruturada através de gravação de áudio e um roteiro de observação sistematizada, de onde os dados foram retirados por um processo de criação do conhecimento por meio do diálogo com a realidade, obtida no campo de pesquisa [6] Após uma leitura flutuante e tendo em mente o objetivo do trabalho, aferiu-se os núcleos de sentidos para a interpretação dos achados.

Tal pesquisa foi realizada com quatro grupos: 03 (três) coordenadores dos CEOs, 03 (três) cirurgiões-dentistas responsáveis pelo atendimento especializado de endodontia nos CEOs, 15 (quinze) usuários desta especialidade e 06 (seis) cirurgiões-dentistas de ESFs. Todos os profissionais dos grupos acima identificados que trabalhavam nos CEOs participaram da entrevista. Já as entrevistas com os usuários do serviço e com os CDs das ESFs foram realizadas até percepção de saturação das respostas.

Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Abaixo apresento uma figura contendo a caracterização dos participantes da pesquisa:

Figura 1- Caracterização dos participantes da pesquisa realizada no município de Feira de Santana – Bahia. Dez 2025



Fonte: Própria Autoria

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista a realização das entrevistas semiestruturada, analisou-se as informações obtidas de maneira a organizar para melhor detalhamento. O acesso aos serviços de saúde pode ser analisado por diferentes abordagens o que demonstra o nível de pluralidade e complexidade sobre o tema, considerando o “acesso como um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”[7].

Para tanto, é necessário que se tenha uma interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária, levando-se em conta algumas características: equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta interface deve ser eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contra referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo[8].

Percorrendo essa perspectiva, o estudo caminha mostrando as diversas abordagens de acesso se expressando em ambientes onde se desenvolvem as relações entre gerente/profissional de saúde/usuário, mostrando as várias perspectivas e compreensões desses sujeitos na efetivação do trabalho em saúde. Permeando esse cenário, vem “descortinar” os vários mundos entrelaçados dentro do mesmo universo. Ou seja, mostra as visões, necessidades, frustrações, dificuldades, realidades, de cada categoria entrevistada em relação ao acesso dos usuários ao serviço de endodontia do município.

Baseando-se nisso, aproximou-se dos cenários e práticas de cada categoria de entrevistado para compreender as suas percepções sobre o acesso ao serviço por aqueles que estão operando o sistema, produzindo o cuidado e, também, por aqueles que demandam a produção deste. Assim, se teve a oportunidade de perceber os diferentes olhares e perspectivas sobre o objeto. Além de visualizar convergências, complementaridades e também divergências entre os discursos.

Por conseguinte, percebeu-se o quanto o sistema ainda apresenta entraves para a garantia da integralidade da atenção aos usuários do serviço de endodontia do SUS: condutas profissionais pautadas em queixa-conduta, medicalização de ações, visão tecnicista e hospitalocêntrica. Além da falta de co-responsabilização no enfrentamento das dificuldades impostas pelo sistema, com uma nítida falta de ação dos sujeitos é realidade ainda presente. Tal achado é sustentado em quando diz [9]: “O SUS vem conseguindo avanços, mas não obteve correspondência em relação às mudanças das práticas de saúde, que continuam centradas essencialmente no atendimento do médico, voltadas para o biológico e as especialidades, com foco na doença”. Porém, no mesmo texto, eles retomam [10] colocando um caminho a ser seguido, um norte para a melhoria do cenário e através da micropolítica, teoriza a possibilidade de ressignificação das práticas dos trabalhadores no contexto do SUS quando coloca o sujeito social num certo grau de autogoverno e imprime, no cotidiano das práticas em saúde, distintos processos mantenedores e inovadores que operam em várias direções dentro desse micro espaço.

Para tornar compreensível o que foi extraído das falas dos usuários, trouxe abaixo um quadro com alguns desafios encontrados para estabelecimento da integralidade e equidade do serviço de endodontia a partir das próprias falas de quem trabalha e utiliza este serviço.

Quadro 1 – Desafios encontrados no acesso do usuário ao serviço de endodontia e suas comprovações nas falas dos entrevistados no Município de Feira de Santana, Bahia

DESAFIOS DO ACESSO AO SERVIÇO DE ENDODONTIA	COMPROVAÇÕES EM FALAS DE ENTREVISTADOS
Número reduzido de profissionais para atendimento endodôntico	Eu creio que colocar mais pessoas para trabalhar, dentista no cargo... porque sobrecarrega uma só quando... [...] porque é muito difícil, está cheio, sempre que a gente vem está cheio demais. (Araçá – usuário CEO)
Agenda sempre lotada	[...] Então, por que eu termino fazendo o acesso hoje, mas a minha agenda está tão lotada com novos pacientes, que eu só consigo fechar esse canal daqui a dois meses [...] (Ametista – Dentista CEO)
Grande lista de espera	[...] Aí a lista aumentou, ficou grande, tinha paciente às vezes lá que estava com lista de oito meses. (Turmalina – Dentista CEO)
Necessidade do usuário ir constantemente em busca de vaga para atendimento endodôntico no CEO	Não, não, não temos fila de espera. [...] Já sai com um dia para retorno se dispuser de vagas. Se não tivermos vagas, o paciente é orientado a voltar periodicamente para ver a disponibilidade de vagas, entendeu? (Velame – gerente CEO)
Atendimento de urgência endodôntica na atenção especializada	A gente tinha uma fila de espera e a gente fazia urgência. Às vezes quando o paciente chegava aqui encaminhada, se ele estivesse com dor, a gente fazia urgência. E às vezes ele ficava na fila de espera, aguardando ele ser chamado. (Turmalina – dentista CEO)
Falta de manual para direcionar detalhes do encaminhamento	[...]Eu nunca tive uma orientação direta sobre mapeamento de cada CEO, nunca tive nenhuma ordem direta em qual eu devo encaminhar. Eu costumo orientar o paciente para o Gastão por

	<p>essa questão de locomoção mesmo. Mas, onde o serviço estiver sendo ofertado, estiver mais vaga, estiver profissional disponível, é aquele que a gente encaminha. Não tem nenhum impedimento.</p> <p>(Alecrim – Dentista do USF)</p>
Atendimento de clínico geral no CEO	<p>[...] Então assim, hoje no CEO inclusive, tem atendimento clínico geral, dentro do CEO. Se eu não me engano, acho que tem dois dentistas atualmente, nesse CEO, fazendo serviço de clínico geral.</p> <p>(Ametista- Dentista CEO)</p>
Falta de material para endodontia	<p>Sim, a falta de material, muitas vezes são materiais essenciais a realização de procedimento, então trava todo o processo. Às vezes trava o profissional mesmo, entendeu?</p> <p>(Velame – gerente CEO)</p> <p>[...] Eu tenho três anos aqui no CEO e logo quando eu entrei, eu lembro que eu passei muito tempo aqui. Acho que foram uns três meses sem atender por conta de Raio-X, por conta de revelador e fixador vencido, e aí não tinha liberado licitação para poder comprar outro, por essas razões.</p> <p>(Ametista- dentista CEO)</p>
Falta de investimento para modernização do tratamento endodôntico	<p>[...] os materiais que são usados ainda não foram modificados, não evoluiu, entendeu? Continua na lima e a gente sabe que lima, ... para os aparelhos que tem hoje [...]. Então eu achava que deveria ser mais..., um olhar mais..., para o pessoal de endo, um olhar mais aberto...</p> <p>(Malícia – gerente CEO)</p>

Profissionais frustrados	<p>Hoje eu estou bem decepcionada, viu? Assim... eu estou trabalhando, mas triste, frustrada. Porque eu estou aqui e me sinto assim... inútil. Porque eu não posso fazer... o que acontece?... Eu acabo fazendo outras coisas que não são da minha área de endodontia por causa da falta de material.</p> <p>(Turmalina- dentista CEO)</p>
Falta de capacidade técnica dos profissionais da rede de atenção básica	<p>[...] Na verdade era para ser realizado na UBS ou no posto de saúde. Mas só que a maioria deles manda pra cá, não sabem nem fazer um acesso, não sabem fazer uma urgência, entendeu? [...]</p> <p>(Ametista – Dentista CEO)</p>

Fonte: Própria Autoria

A partir daí, deparou-se com esse emaranhado de situações resultantes de uma atenção primária precária, capenga e dissonante e uma necessidade latente do município. Observou-se que esse cenário é resultante de um efeito cascata, ou seja, onde um problema não resolvido vai produzindo outros tantos. Essa situação não é muito diferente de outros municípios, pelo contrário, a estruturação da rede de atenção básica vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios ainda hoje, mesmo sendo inquestionável a integralidade da atenção como princípio do SUS [11].

E, tomando a integralidade da atenção como norte, sugere-se um plano operativo para a realidade deste município. Utilizando-se os relatos dos participantes da pesquisa, nota-se que muitos problemas estão sendo criados na busca por alternativas para alcançar uma saúde bucal integral e equânime.

Assim, através das entrevistas, buscou-se dar voz a todos os atores no estudo, inclusive aos usuários, considerado como peça fundamental, para propor reais mudanças ao seu acesso no serviço de endodontia do município. Portanto, apresento um quadro operacional de intervenção detalhando os problemas encontrados para o acesso do usuário ao serviço de endodontia, os objetivos esperados, as metas/prazos para se realizar as mudanças, as ações/estratégias para se alcançar com êxito a melhoria do sistema e os responsáveis pelo desenvolvimento das ações.

Quadro 2 - Plano Operativo para melhoria imediata do acesso ao serviço de endodontia do Município de Feira de Santana – Maio 2025

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	METAS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
PRAZO IMEDIATO				
Falta de material / equipamento para atendimento na APS	Realizar procedimentos endodônticos previstos no rol da APS	<ul style="list-style-type: none"> -Possuir todos os materiais e equipamentos necessários para realização dos procedimentos previstos no rol da APS - Realizar urgência endodôntica na APS sempre que necessário encaminhar para atenção especializada 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilizar a gestão da importância de realização de urgência endodôntica na APS - Apresentar a lista de materiais e equipamentos necessários para a APS - Apresentar lista de materiais e equipamentos necessários para APS - Tornar a urgência endodôntica procedimento viável e factível na APS 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação de Atenção Básica municipal - Divisão odontológica do município -Dentistas da APS
Falta de cuidado / acolhimento com o usuário que procura	Colocar o usuário como centro do Sistema de Saúde municipal	Possuir dentistas com conhecimento e comprometimento com os princípios do SUS na APS	Realizar cursos para aperfeiçoamento da equipe de saúde bucal sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Princípios do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da Atenção Básica - Divisão Odontológica

serviço odontológico na APS			-Ressignificação das práticas dos trabalhadores	-Setor de educação permanente da SMS
Condutas profissionais centradas nas queixas, perfil hospitalocêntrico				
	Profissionais alinhados com a saúde pública, utilizando no dia a dia os princípios e diretrizes do SUS.	-Profissionais enxergando o usuário como um todo, sem fragmentação - Atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade MÉDIO E LONGO PRAZO	Realizar cursos para aperfeiçoamento da equipe de saúde bucal: -Princípios do SUS -Ressignificação das práticas dos trabalhadores	-Divisão Odontológica -Setor de educação permanente da SMS

Fonte: Própria Autoria

Quadro 3 - Plano Operativo para melhoria, a curto prazo, do acesso ao serviço de endodontia do Município de Feira de Santana – Maio 2025

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	METAS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
PRAZO MÉDIO / LONGO				
Falta de capacidade técnica dos dentistas da APS	Possuir cirurgiões-dentistas na Atenção Primária aptos a realizar urgência endodôntica	Possuir na rede de atenção básica do município cirurgiões-dentistas com capacidade técnica em executar todos os procedimentos individuais e coletivos que estão dentro do rol da APS	Realizar capacitações para os profissionais da APS sobre: -Técnica de abertura coronária - Técnicas para utilização de medicação intracanal - Selamento provisório em endodontia	- Coordenação da Atenção Básica -Divisão Odontológica -Setor de educação permanente da SMS
Realização de urgência na Atenção Secundária	Realizar tratamento de urgência endodôntica na APS	- Atenção Primária Odontológica apta para realizar atendimento de urgência endodôntica - Usuários encaminhados para endodontia, já submetidos ao acesso endodôntico	- Possuir dentistas capacitados a realizar urgência endodôntica na APS - Possuir materiais e equipamentos para atendimento endodôntico na APS	- Coordenação de Atenção Básica - Divisão Odontológica - Setor de Educação Permanente da SMS

Número reduzido de endodontistas para o município	Aumentar o número de profissionais que executam endodontia para que seja compatível com o município	Atendimento endodôntico com fluxo regular e contínuo	-Contratação de endodontistas -Estudo de viabilidade de abertura de mais um CEO no município	- Coordenação da Atenção Básica -Divisão Odontológica
Investimento em tecnologia na endodontia	Proporcionar: -Maior agilidade, segurança e qualidade nas endodontias -Menor desgaste físico dos profissionais que executam endodontia no município	- Profissionais mais satisfeitos -Menor tempo de cadeira - Maior produtividade - Melhor qualidade nos procedimentos executados	-Compra de equipamentos - Realizar capacitação técnica sobre as tecnologias ofertadas pelo município para os CDs	- Coordenação da Atenção Básica - Divisão Odontológica -Setor de educação permanente da SMS

Vias alternativas para ingressar no CEO	Referenciar somente através da guia de referência e contra referência para a atenção especializada do município	-Fortalecer a APS para o desempenho de todos os procedimentos que estão em sua competência	- Possuir dentistas capacitados e materiais necessários para realizar urgências endodônticas na APS	- Coordenação de Atenção Básica -Divisão Odontológica -Setor de educação permanente da SMS
--	---	--	---	--

Fonte: Própria Autoria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o estudo, nas mais diversas fases de sua construção, notou-se como o acesso dos usuários do serviço de endodontia no Município de Feira de Santana encontra-se transversalizado por sentidos e significados. Possuindo diferentes concepções, limites e desafios para efetivação desse acesso, mesmo sendo considerado direito de cidadania desde a aprovação do SUS, na Constituição Federal de 1988.

Vários foram os entraves identificados que dificultam a concretização de uma interface ideal entre a atenção básica e a especializada no município apresentado. Este fato corrobora com o que acontece em muitos municípios brasileiros. Na prática, os serviços encontram-se fragilizados, fragmentados, sem um sistema de referência e contrarreferência estruturada, o que garanta um acesso organizado aos usuários.

Assim, segue as possibilidades para melhoria do acesso:

- A atenção primária ser responsável, competente e possuir condições técnicas para executar todos os procedimentos que lhe cabe;
- Garantir material para realização de urgências endodônticas na atenção primária;
- Possuir cirurgiões-dentistas capacitados a executar urgências endodônticas dentro das unidades de saúde;
- Possuir uma atenção secundária que se detenha em procedimentos mais especializados;
- Proporcionar equipamentos mais modernos nos CEOs para tornar os procedimentos endodônticos mais seguros, rápidos, sem perda de qualidade;
- Investir na Educação Permanente dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária e dos CEOs
- Estimular a utilização do sistema de referência e contra referência na atenção básica e na média complexidade de forma correta para que ela seja um instrumento capaz de promover a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;
- Fortalecer os espaços de Controle Social e divulgar a sua importância para os profissionais, os usuários e os gestores do SUS, ratificando a sua relevância na luta pela efetivação da saúde enquanto direito de cidadania e a construção de serviços de qualidade;
- Ampliar a relação dos gestores com os profissionais e usuários dos serviços de saúde, de modo a valorizar os sujeitos envolvidos neste processo e seus distintos graus de saber e poder;

- Incentivar a integração e a parceria dos setores da Secretaria Municipal de Saúde, da atenção básica, de média e alta complexidade no desenvolvimento de ações que promovam o acesso aos serviços de saúde;
- Ampliar a oferta de profissionais na atenção especializada para atender à demanda da população;

Diante de todo o processo vivenciado na prática desse município, acreditamos que o comprometimento de transformar a realidade do serviço de endodontia perpassa, sem dúvida alguma, pela melhoria do acesso do usuário ao serviço. Ou seja, (re)(des)construir o modo de operacionalizar o acesso como meio de garantia do direito de cidadania para o usuário através de um SUS igualitário, universal, equânime e integral [12].

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2005; v. 10, n. suppl, 297–302,11. doi.org/10.1590/S1413-81232005000500030
- 2 Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. Araraquara/SP. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2013; 42(4): 229-236.
- 3 Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 5 Souza GC, *et al.* Referência e Contra Referência em Saúde Bucal: Regulação do Acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015; 17(3):416-28.
- 6 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.
- 7 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004; 20(Supl. 2):190-198
- 8 Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J* 2001; 191:660-4. doi: [10.1038/sj.bdj.4801262](https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801262)

9 Assis MMA, Alves JS, Santos AM. Políticas de Recursos Humanos e a (Re)Significação das Práticas dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): Apontamentos para o Debate. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 32 (1): 7-15.

10 Bodstein R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 7(3):401-412, 2002

11 Araújo, MO. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade [dissertação] Feira de Santana; Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014.189 p.

12 Ministério da Saúde (BR). **Normas e Manuais técnicos**: Cadernos de Atenção Básica. Série A. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal; Ministério da Saúde, 2008.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja somente outra alma humana.”

Carl Jung

Passando por todas as fases que o estudo se compõe, notou-se que a dinâmica organizativa do acesso dos usuários ao serviço de endodontia da atenção especializada em Feira de Santana tem sido transversalizada pelos diversos sentidos e significados que o termo acesso representa para os cirurgiões-dentistas, coordenadores dos CEOs e usuários desse serviço, concretizando-o nas dimensões política, técnica e simbólica aqui discutidas.

Mesmo possuindo diferentes concepções, limites e desafios para sua efetivação, deve se considerar sempre o acesso como um direito de cidadania desde a aprovação do SUS na Constituição Federal de 1988. E mesmo encontrando todos os percalços discutidos para a sua promoção, nos permitimos pensar em práticas que facilitassem e/ou proporcionam sua garantia.

Assim, no decorrer do estudo, escutando os 4 grupos de participantes e suas visões acerca do acesso do usuário ao serviço de endodontia do município de Feira de Santana, suas fragilidades, limites e dificuldades, percebeu-se como é precioso ter profissionais, em todos os níveis da atenção, trabalhando em prol do sistema. Que compreendam o seu papel, e se comprometam para a construção do SUS e a promoção de seus princípios e diretrizes.

Portanto, vários entraves foram identificados que dificultam a concretização de uma interface ideal entre a atenção básica e a especializada. Ou seja, o usuário, na prática, não tem garantia alguma de possuir um tratamento equânime e integral no atual sistema de saúde a ele imposto. Visto que, nem sempre tem assegurado seu referenciamento para o maior nível de complexidade, quando necessário, e, da maneira correta e segura. Soma-se a isso também a incerteza da oferta do tratamento que precisa a nível da atenção especializada.

Infelizmente, quando resgatamos referenciais teóricos aqui citados, ratificamos que a organização das práticas (individuais e coletivas) no nível primário e secundário da atenção à saúde encontrados em Feira de Santana é reflexo do que acontece em muitos municípios brasileiros. Na prática, encontra-se serviços fragilizados, fragmentados, sem um sistema de referência e contra referência estruturado, o qual dê garantia de um acesso organizado aos usuários do serviço de endodontia.

Diante dos resultados, encontrados e discutidos, foi proposto um plano operativo, com medidas simples e exequíveis para tentar suplantar os principais entraves ao acesso que o SUS preconiza como ideal. Assim, partindo dos problemas encontrados, foi se sugerindo objetivos, metas, prazos, ações e os responsáveis por executar as propostas.

Neste plano operativo para melhoria do acesso foram consideradas as seguintes possibilidades:

- A atenção primária ser responsável, competente e possuir condições técnicas para executar todos os procedimentos que lhe cabe;
- Garantir material para realização de urgências endodônticas na atenção primária;
- Possuir cirurgiões-dentistas capacitados a executar urgências endodônticas dentro das unidades de saúde;
- Possuir uma atenção especializada que se detenha em procedimentos mais específicos;
- Proporcionar equipamentos mais modernos nos CEOs para tornar os procedimentos endodônticos mais seguros, rápidos, sem perda de qualidade;
- Investir na Educação Permanente dos profissionais e coordenadores de saúde que atuam na rede SUS;
- Estimular a utilização do sistema de referência e contra referência na atenção básica e na média complexidade de forma correta para que ela seja um instrumento capaz de promover a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;

- Fortalecer os espaços de Controle Social e divulgar a sua importância para os profissionais, os usuários e os gestores do SUS, ratificando a sua relevância na luta pela efetivação da saúde enquanto direito de cidadania e a construção de serviços de qualidade;
- Ampliar relação dos gestores com os profissionais e usuários dos serviços de saúde, de modo a valorizar os sujeitos envolvidos neste processo e seus distintos graus de saber e poder;
- Incentivar a integração e a parceria dos setores da Secretaria Municipal de Saúde, da atenção básica, de média e alta complexidade no desenvolvimento de ações que promovam o acesso aos serviços de saúde;
- Ampliar a oferta de profissionais na atenção especializada para atender à demanda da população;

Diante de todo o processo vivenciado na prática desse município, acreditamos que o comprometimento de transformar a realidade do serviço de endodontia perpassa, sem dúvida alguma, pela melhoria do acesso do usuário ao serviço.

Assim como, Araújo (2004), concordamos que todos os atores envolvidos no estudo, deve tomar posse e se comprometer com a transformação das práticas, não se eximindo nunca de seu papel essencial na mudança do sistema de saúde. De forma a (re)(des)construir o modo de operacionalizar o acesso como meio de garantia do direito de cidadania para o usuário através da concretização de um SUS igualitário, universal, equânime e integral.

REFERÊNCIAS

ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, n. 15, v. 1, p. 161-170.

AIGNOUX, L. G. P. **A atuação da equipe de saúde bucal no SUS: revisão de literatura.** Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/bucal-no-sus>>. Acesso em: 29 jan. 2023.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-26, 2002.

APONTAMENTOS PARA O DEBATE. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, supl.1, p.7-15 out. 2008.

ARAÚJO, M. O. **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade**, 2014.Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana,2014.

ASSIS, M. M. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ASSIS, M.M.A, et al. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no sistema único de saúde (SUS). *Revista Baiana de Saúde Pública*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. out, 2008, v.32, sup.1, p.7-15.

ASSIS, M.M.A., *et al.*, orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0877-6. <https://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>. Acesso: 29 ago.2024.

AZEVEDO, J. S. et al. Atenção secundária em Odontologia e a articulação no processo de referência na Rede de Atenção em Saúde Bucal. **Revista da ABENO** • 22(2):1706, 2022 – DOI: 10.30979/ver abeno. v22i2.1706.

BACKES, D.S. *et al.* O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):903-910, 2009

BARROS, F. P. C, SOUZA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002; 7(3):401-12.

BOTAZZO, C., OLIVEIRA, M.A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008 [citado em 2009 Maio 28]. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/meida/saude/file/IS-abre.pdf>. Acesso: 06 mai. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Manual de especialidades em saúde bucal. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988b. 137p. Série C, Estudos e Projetos, v.4.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: Resultados Principais**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [s.l.] Brasília, 2011c, [s.d.].

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº267, 7 de março de 2001. **Define o plano de reorganização da Saúde Bucal na atenção básica**. Diário Oficial da União 2011; 08 de mar.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família - PSF**. Capturado em 12 mai. 2000a. On line. Disponível na Internet <http://www.saude.gov.br>. Acesso: 24 mai. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. SB Brasil 2023 : **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : relatório final** [recurso eletrônico]– 1. ed. rev. – Brasília, 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Seminário Internacional tendências e Desafios dos sistemas de saúde nas Américas. O Sistema Único de Saúde Brasileiro**. São Paulo, Brasil, 2002.

BRASIL, P. R. C.; SANTOS, A. M. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, e280414, 2019.

BRASIL. Lei 8.142/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 1990b. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso: 14 jul. 2024.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso: 12 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995. 112p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Série B. Textos básicos. 2.ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf. Acesso em: 26 ago.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso: 24 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Saúde bucal: panorama internacional**. Brasília: 1990c. 285p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990d, 60p

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOBSUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais técnicos**. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização a saúde bucal na atenção básica. Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica Brasília, 2001. Disponível em: www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc Acesso: 02 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS No 198 de 23/12/1991. **Diário Oficial da União** Tabela de procedimentos. Anexo 1 - Grupo Atendimento Odontológico., Brasília, 24 de dezembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA No 1.572 – Brasil SUS**. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-1-572/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 600 de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-600.htm>. Acesso em: 08 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 599 de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União** 2006; 24 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Capturado em 11 jul. 2000b. Ministério da Saúde. On line. Disponível na Internet [http:// www.saude.gov.br/psf](http://www.saude.gov.br/psf). Acesso: 20 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal** – Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. In: _____. **Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000e. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990e. 20p.

BRASIL. Portaria nº 599/GM/MS de 23 de Março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União** 2006;24mar. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em: 30 set.2023.

BULGARELI, A. J. V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev Odontol UNESP**. 2013 July-Aug; 42(4): 229-236.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30–37, ago. 2000.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003 apud SOUZA, E. C. F. DE et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s100–s110, 2008.

CARVALHO, S. S. et al. Relação entre atenção primária e secundária em saúde no cuidado integral aos pacientes encaminhados para a especialidade de estomatologia. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 64, e128677, jan./dez. 2023.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública** 1997; 13(3):469-478. <https://www.scielo.org/pdf/csp/1997.v13n3/469-478>. Acesso em: ago. 2025.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UER/IMS: ABRASCO, 2003.

CHARLES, S.C.L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saude Publica** 2010; 44(6):1005-1013. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v44n6/1646.pdf. Acesso em: 14 ago.2025

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de Especialidades Odontológicas em Serviços Públicos de Atenção Secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.

CHAVES, S.C.L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática** [online]. Salvador: EDUFBA P.246, 2016. <https://books.scielo.org/id/5smtc/pdf/chaves-9788523220297.pdf>. Acesso em: 06 set.2024

CHEQUER, T. P. R., SANTOS, A. M. Organização dos centros de especialidades odontológicas em uma região de saúde na Bahia. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(3), e310324, 2021.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 231-58.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2. **Relatório final**. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993. 28p. **Conselho Nacional de Saúde - Página Inicial**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2023

CORTELLAZZI, K. L. et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2014;17(4):978-88 <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/qmcTp9Fm7LTJ4ywKwB53Wmn/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2023.

CRUZ, J. D. S. et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 5, p. 641–648, 1 set. 2017. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008 Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html>. Acesso em: 29 jun. 2023

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed 2004.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2001.

ENSP. Saúde em territórios tradicionais, 2018. https://ensino.ensp.fiocruz.br/TSA/documents/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 04 dez 2025.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>. PMid:19219233.

FILHO, N.A. **Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo**. Cadernos Enspe Fiocruz. UFBA, 2010.

FRANCO, E. **Linha Guia de Saúde Bucal Minas Gerais**. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/49941972/linha-guia-de-saude-bucal-minas-gerais>>. Acesso em: 29 jan. 2023.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Cartografia do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Vol.6, n. 2, Pg. 151-163. 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora. **Revista Saúde Coletiva**, v.16, n° 1, p. 83-97, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 1987.

GIOVANELLA, L, FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198

GONDIM, R, et al (organizadores). **Qualificação de gestores do SUS**. 2ª ed. Rio de janeiro: EAD/Ensp;2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/92174603/Livro-Qualificacao-de-gestores-do-SUS-EAD-ENSP>. Acesso em: 02 set. 2023.

HENRIQUE, F., CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 4, p. 809–819, 2008.

HERKRATH, F.J. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, **Saúde em Debate**. 2013;93(37):14858, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>

JUNQUEIRA, S.R., *et al*. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **Cien Saude Colet** 2012; 17(4):1015-1024

KLEIN, H., PALMER, C.E. AGNELLI, P. B. **Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010**. *Revistas*, v. 72, n. 1/2, p. 10, 4 jan. 2016.

MACHADO, F.C.A. et al. **Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers**. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(4):1149-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WLMHnnTJfYDgdjKKMMHjdpz/?lang=pt> Acesso em: 26 fev. 2024.

MARCENES, W., BÖNECKER, M.J.S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Yvonne de Paula. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000. cap. 4, p.74-98.

MATOS, G.C.M. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014: p. 373-382.

MEDINA, M.G., AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 135-51.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORRIS, A.J., BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J* 2001; 191:660-4. https://www.researchgate.net/profile/Alexander-Morris-2/publication/253933745_health_policyPrimary_and_secondary_dental_care_the_nature_of_the_interface/links/5a9322a70f7e9ba4296f4b0d/health-policyPrimary-and-secondary-dental-care-the-nature-of-the-interface.pdf. Acesso em: 18 ago.2025.

MOURA, F. R. R. et al. Processo de trabalho do sistema de referência e contra-referência da área da Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 10, n. 1, p. 29, 2013.

NARVAI, P. C. et al. **Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX**. *Odontologia Social*, v. 1, n. 1-2, p. 25-29, 1999 Tradução. Acesso em: 04 mar. 2024.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. *International Dental Journal*, v. 63, n. 5, p. 237–243, out. 2013.

NETO, B.C.B. et al. Desempenho dos serviços de Especialidades Odontológicas da Macrorregião Leste da Bahia. **Rev. Saúde.Com** 15(1): 1377-1384, 2019.

OLIVEIRA, A.G.R.C. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal - 1a etapa - Cárie Dental, 1996**: Relatório Paralelo. Angelonline. Capturado em 17 set. 1998. Disponível na Internet <http://www.angelonline.cjb.net>. Acesso em: 29 jun. 2023.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 297–302, dez. 2005. Página 11. Disponível em: https://sgmd.nute.ufsc.br/content/portal-aberta-sgmd/e03_m05/pagina-11.html 14. Acesso em: 29 jun. 2023.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J.S. **Desenvolvimento de práticas de saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. P. 587-603.

PEREIRA, D. Q. *et al.* A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciências & Saúde Coletiva**, 2003, n. 8, v. 2, p. 599-609.

PUCCA JUNIOR, G.A. **Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, integralidade e acesso; o caso Brasil Sorridente**. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Tese de Doutorado. Brasília: 2013: 99 p.

RESENDE, F.M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde da família Formiga/ Minas Gerais**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0398.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

SALIBA, N.A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central** 2010; 18(48):62-66.

SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (org). **Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010.

SANTOS, A. M. DOS et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75–85, jan. 2007.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cien Saude Colet** 2006; 11(1):53-61.

SCARPARO, A. et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 409-415.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. dos A. **Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente**. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015.

SILVA, H.E.C., GOTTES, L.B.D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em Odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciênc Saúde Colet**.2017;22(8):2645-57.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/CQ8tFrFmXDJGTssvYLXZv5K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

SILVEIRA FILHO, A.D. **Avaliação da efetividade das ações de promoção de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde no SUS: Brasil 2013**. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2015: 189 p.

SOUTO, A.P.C. *et al.* – Avaliação da Produtividade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Extremo Sul da Bahia, 2016. **Rev. Saúde Col.** UEFS, Feira de Santana, Vol. 9: 119-127, 2019.

SOUZA, E. C. F. DE *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s100–s110, 2008.

SOUZA, G.C., *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Rev Salud Pública**. 2015; 17(3):416-28. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2015.v17n3/416-428>. Acesso em: 14 ago. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde;2002.<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400005>. Acesso em: 25 jul. 2024.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005

THIRY- CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, 2009 Disponível em https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf. Acesso em: 13 Jun 2025

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(Supl. 2):S190-S198

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987

VAZQUEZ, F.L. *et al.* Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em campinas, SP, Brasil. **Cien Saúde Colet** 2014; 19(1):245-255.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Carta de Apresentação do Pós-Graduando Pesquisador

Feira de Santana, ____ de _____ de 2024.

Prezado,

Por meio desta apresento a mestranda Kamilla Freitas Bastos, do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, devidamente matriculada nesta instituição de ensino, que está realizando a pesquisa intitulada “ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE ENDODONTIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA: HUMANIZAÇÃO E EQUIDADE”.

Esta pesquisa, será realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) através de entrevistas semi-estruturadas com o objetivo de conhecer o acesso dos usuários ao serviço de endodontia deste município.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura o sigilo das informações coletadas e garante, também, a preservação da identidade e da privacidade da instituição e do profissional entrevistado.

Assim, uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento desta pesquisadora em possibilitar, aos entrevistados e a secretaria de saúde deste município, um retorno dos resultados da pesquisa. Por outro lado, solicitamos-lhe, aqui, permissão para a divulgação

desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa preservando sigilo e ética. Esclareço que tal autorização está em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste profissional e da pesquisa científica em nossa região. Colocamo-nos à vossa disposição na UEFS ou outros contatos, conforme segue:

Contato da Pesquisadora: (75) 99199-4336

E-mail: kamillabastos@gmail.com

Sendo o que tínhamos para o momento, agradecemos antecipadamente.

Kamilla Freitas Bastos
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO CEO

Questões Norteadoras

- Comente como é o acesso do usuário ao CEO
- Explique sobre a organização da demanda de usuários do CEO
- Fale sobre o atendimento de urgência aqui no CEO, se existir
- Comente sobre a organização da demanda de usuários ao CEO
- Comente sobre seu papel aqui no CEO

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESF

Questões Norteadoras

- Comente como é realizado a referência do usuário ao CEO
- Explique sobre a organização da demanda de usuários para atendimento na sua unidade de saúde
- Fale sobre o atendimento de urgência antes do encaminhamento ao CEO, se existir
- Comente sobre a organização da demanda de usuários que voltam do CEO
- Comente sobre seu papel na equipe em busca de melhorar o acesso do usuário ao serviço de odontologia

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ENDODONTIA DO CEO

Questões Norteadoras

- Comente como chegou ao CEO
- Explique como começou a ser atendido no CEO
- Fale sobre as dificuldades em ter acesso ao tratamento no CEO
- Comente sobre as qualidades do atendimento no CEO
- Cite o que poderia melhorar para o acesso ao serviço odontológico no CEO

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

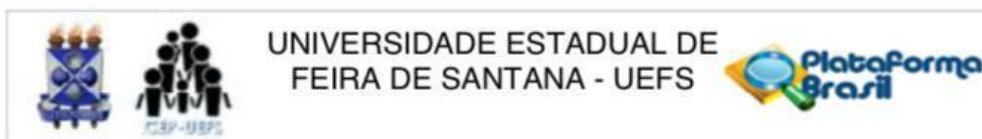
ENTREVISTA DOS GERENTES DO CEO

Questões Norteadoras

- Comente como é o acesso do usuário da unidade de saúde de origem até o CEO
- Explique sobre a organização da demanda de usuários do CEO
- Fale sobre o atendimento de urgência aqui no CEO, se existir
- Comente sobre a organização da demanda de usuários ao CEO
- Comente sobre seu papel aqui no CEO

ANEXOS

ANEXO A

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Acesso à Saúde como Direito em Sistemas Universais de Saúde

Pesquisador: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87828625.9.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.537.551

Apresentação do Projeto:

parecer de relatoria da pesquisa Acesso à Saúde como Direito em Sistemas Universais de Saúde.

Pesquisador Responsável: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira. CAAE: 87828625.9.0000.0053. Instituição

Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

pesquisa com população privada de liberdade

Resumo:

Entre os direitos fundamentais do ser humano proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, encontra-se o direito à saúde. Desde então, devido a sua legitimidade, os direitos humanos tem sido invocados de diferentes formas para justificar políticas sociais adotadas por vários países. Embora o fato do direito à saúde estar assegurado em diversos documentos internacionais e regionais sobre direitos humanos, isto não

implica na garantia de sua efetivação pelos países do mundo. Na verdade, sua efetivação depende da implementação de políticas sociais. Ao redor do mundo os países, de acordo com a política econômica vigente, podem adotar diferentes políticas de saúde e variados sistemas de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

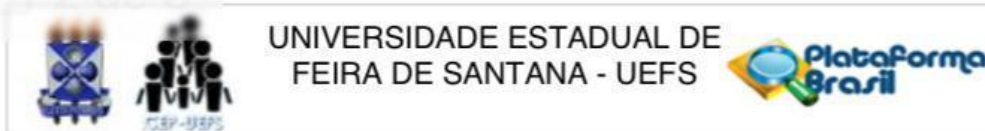
UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)9847-7655

E-mail: cep@uefs.br

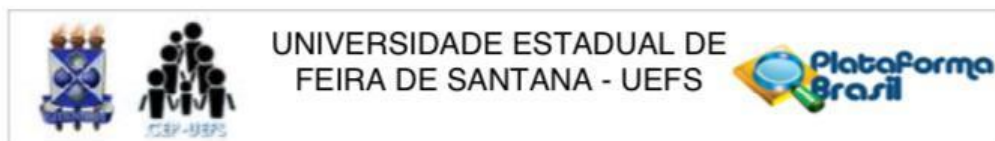
2 de 8



Continuação do Parecer: 7.537.551

saúde. Dessa maneira, o acesso aos serviços de saúde pode ser facilitado ou dificultado. Entendemos o acesso como a provisão do cuidado, no momento e local adequado. O acesso, neste caso, não abrange qualquer uso; limita-se ao uso qualificado, a saber, aquele que presta atendimento ao problema de saúde do usuário com recursos adequados e executado da forma correta. Diante disso, este estudo tem como objetivos analisar o acesso à saúde como direito em países com Sistemas Universais; discutir como tem se dado o acesso a serviços de saúde por meio dos Sistemas Universais no mundo; descrever as estratégias utilizadas pelos usuários para a obtenção do acesso aos serviços de saúde no Brasil (SUS) e demais países; identificar facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde nos países com Sistemas Universais de Saúde; caracterizar as demandas judiciais para o acesso à saúde como direito em países com Sistema Universal de Saúde. Estudo de natureza qualitativa, com múltiplas abordagens sendo elas pesquisa do tipo revisão integrativa e pesquisa de campo. Em relação à pesquisa de campo o cenário de investigação será os serviços de saúde do SUS no município de Feira de Santana, além da Secretaria Municipal de Saúde, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia e o Ministério Público Estadual e o Conjunto Penal de Feira de Santana para os usuários privados de liberdade. Os participantes serão usuários e gestores do SUS e operadores do direito. Como técnicas de coleta de dados serão utilizadas entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise de documentos. Os métodos de análise de dados, de acordo com a conformação de cada estudo, serão o hermenêutico dialético e a análise de conteúdo e os dados obtidos serão cruzados através da triangulação dos dados. Quanto à revisão integrativa serão utilizados artigos indexados nas bases de dados PUBMED, SciELO (Scientific Eletronic Library Online), BIREME, MEDLINE, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información em Ciencias de La Saúde), WEB OF SCIENCE, SCOPUS, publicados no período de 2007 a 2028. A pesquisa atenderá às questões éticas, segundo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e que estabelece as normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução nº 580 que considera as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)9847-7655 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.537.551

Metodologia Proposta:

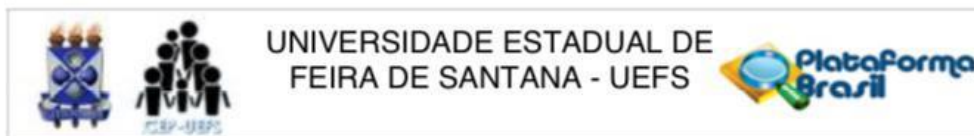
Estudo qualitativo com múltiplas abordagens: pesquisa do tipo revisão integrativa, e pesquisa de campo, em virtude da possibilidade da participação dos pesquisadores com orientandos de mestrado, doutorado, Iniciação Científica e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A pesquisa de campo terá como cenário de investigação os serviços de saúde do SUS no município de Feira de Santana, além da Secretaria Municipal de Saúde, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia e o Ministério Público Estadual e o Conjunto Penal de Feira de Santana. Por conseguinte, participarão da pesquisa usuários, gestores do SUS, conselheiros municipais de saúde e operadores do direito envolvidos no processo de obtenção do acesso a medicamentos/ serviços de saúde e insumo selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: Grupo I - Usuários do SUS ou seus responsáveis (em casos de menores de 18 anos, situação crítica de saúde como saúde mental): serão selecionados usuários que tenham vínculo com os serviços de saúde do SUS há mais de seis (6) meses, privados de liberdade ou não, assim como usuários que impetraram processo judicial contra municípios e/ou Estado da Bahia com o objetivo de pleitear acesso a serviços/medicamentos/insumos de saúde pelo SUS.

Grupo II - Gestores do SUS: neste grupo estão inclusos secretários de saúde, diretores e coordenadores de atenção básica da Assistência Farmacêutica que estejam ocupando o cargo há mais de seis (6) meses. Grupo III - Conselheiros Municipais de Saúde: serão inclusos os conselheiros de saúde que ocupam esta função há pelo menos seis (6) meses. Grupo IV- Operadores de direitos: são considerados como operadores do direito advogados, promotores, defensores públicos e juizes envolvidos nos processos de judicialização da saúde no SUS (RADAELLI, 2002); Quanto ao número de participantes, a priori foi estabelecido 80 participantes. Para coletar os dados da pesquisa de campo utilizaremos uma combinação de técnicas, a primeira será a entrevista semiestruturada, que combina perguntas estruturadas e abertas. A segunda técnica será a observação sistemática e por fim a análise de documentos. Quanto ao método de análise de dados, diante da possibilidade da diversidade de subprojetos oriundos desta pesquisa teremos pesquisas que utilizarão o método

Hermenêutico Dialético e análise de conteúdo temática. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta irá obedecer à Lei nº 14.874/2024 que estabelece o marco legal da Pesquisa com Seres Humanos no Brasil. Desta forma seguirá à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos e

por se tratar de projeto que utiliza metodologias características da área de Ciências Humanas e

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)9847-7655 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.537.551

Sociais será seguida também a Resolução CNS nº 510 de 2016. Assim como serão consideradas as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde, conforme Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Dessa forma, a coleta de dados somente será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Além disso a pesquisa irá obedecer às diretrizes estabelecidas na Lei 13.709/2018 e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o acesso à saúde como direito em países com Sistemas Universais

Objetivo Secundário:

- Discutir como tem se dado o acesso aos serviços de saúde, medicamentos e insumos por meio dos Sistemas Universais pelo mundo;
- Descrever as estratégias utilizadas pelos usuários para obter acesso aos serviços de saúde no Brasil (SUS) e demais países;
- Identificar facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde nos países com Sistemas Universais de Saúde;
- Caracterizar as demandas judiciais para o acesso à saúde como direito em países com Sistema Universal de Saúde;

Dessa maneira, pretende-se alcançar as seguintes metas:

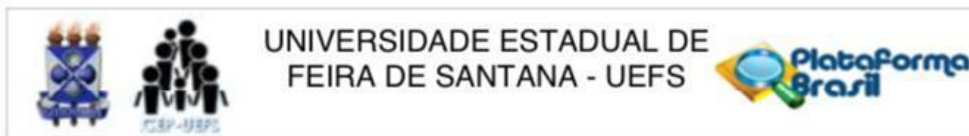
- Identificação de (des)igualdades, facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde nos países com Sistemas Universais de Saúde;
- Socialização dos impactos à saúde e à sociedade, sobre as (des)igualdades e dificuldades/facilidades/perspectivas e/ou desafios de acesso aos serviços/medicamentos/insumos de saúde enfrentadas pela população e sensibilização de gestores para esta problemática

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa terá como riscos a quebra de sigilo dos dados, incluindo o sigilo das entrevistas, além de sensação de desconforto, insegurança e/ou medo nos participantes, devido ao fato de terem que falar de um serviço de saúde que são

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)9847-7655 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.537.551

usuários ou que trabalham ou fazem parte da gestão.

Estes riscos serão minimizados pela codificação dos entrevistados não permitindo a sua identificação, além da realização da entrevista em lugar

reservado sem o olhar de outras pessoas do serviço ou ambiente

Benefícios:

Por outro lado, os resultados poderão trazer como benefícios a identificação das facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas

enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde nos países com Sistemas Universais de Saúde e no Brasil/Bahia em especial; apontando os gargalos no acesso e, ao mesmo tempo poderá propor estratégias para enfrentá-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo aprovado pode ser configurado como uma pesquisa guarda-chuva na qual outros pesquisadores e pesquisas podem ser agregadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- sobre os termos:

folhaderostoacesso.pdf - ok

anuenciaconjuntopenalfsa.pdf -ok

anueciasmsfeiradesantana.pdf - da Secretária Municipal de Saúde

cronograma.pdf - cronograma proposto até o ano de 2030

Recomendações:

No projeto informa: " Estudo qualitativo com múltiplas abordagens: pesquisa do tipo revisão integrativa, e pesquisa de campo, em virtude da possibilidade da participação dos pesquisadores com orientandos de mestrado, doutorado, Iniciação Científica e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)". Dessa forma, orienta-se que a cada novo pesquisador seja realizada uma emenda ao protocolo solicitando sua inclusão com o respectivo projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

protocolo: aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

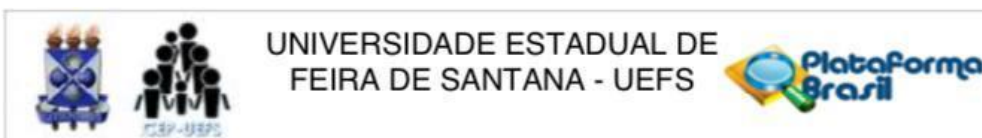
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)9847-7655

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.537.551

Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadormarciocostasouza.pdf	14/04/2025 11:47:07	LAURA BARRETO MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorsilvaniasales.pdf	14/04/2025 08:38:59	LAURA BARRETO MIRANDA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2535270.pdf	10/04/2025 16:25:28		Aceito
Outros	roteiroobservacaosistemica.pdf	10/04/2025 16:24:55	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Outros	roteiroentrevistaconselheiros.pdf	10/04/2025 16:24:34	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Outros	roteiroentrevistaoperadoresdireito.pdf	10/04/2025 16:24:10	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Outros	roteiroentrevistagestortrabalhador.pdf	10/04/2025 16:23:14	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Outros	roteiroentrevistausuarios.pdf	10/04/2025 16:22:47	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasmsfeiradesantanaeditavel.docx	10/04/2025 16:21:56	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaconjuntopenafeiradesantana.docx	10/04/2025 16:21:26	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoacesso.pdf	10/04/2025 16:15:30	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaconjuntopenalfsa.pdf	10/04/2025 16:15:05	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasmsfeiradesantana.pdf	10/04/2025 16:08:42	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadoresponsavelassinado.pdf	10/04/2025 16:05:47	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoAcessoSaude2025.pdf	10/04/2025	Luciane Cristina	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)9847-7655

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 7.537.551

/ Brochura Investigador	ProjetoAcessoSaude2025.pdf	15:57:23	Feltrin de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/04/2025 15:57:02	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficiocoordenadorcepassinado.pdf	09/04/2025 20:59:59	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	OFICIOCOLETADE DADOS2025assinado.pdf	09/04/2025 20:59:04	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisanidia.pdf	09/04/2025 20:58:37	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadormonica.pdf	09/04/2025 20:58:24	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorrafaela.pdf	09/04/2025 20:58:03	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadormariana.pdf	09/04/2025 20:57:53	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorlucianeassinado.pdf	09/04/2025 20:57:43	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorkleize.pdf	09/04/2025 20:57:26	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorjuliana.pdf	09/04/2025 20:57:11	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadoriraildes.pdf	09/04/2025 20:57:00	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadordayliz.pdf	09/04/2025 20:56:51	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorbianca.pdf	09/04/2025 20:56:41	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadoranaaurea.pdf	09/04/2025 20:56:31	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2025 20:56:04	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/04/2025 20:55:40	Luciane Cristina Feltrin de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

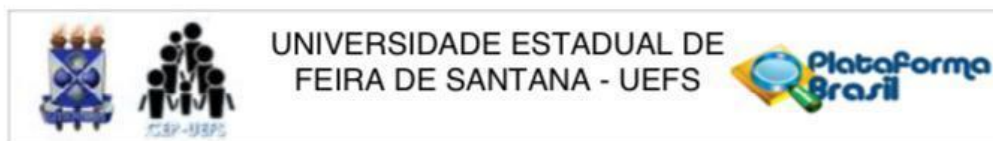
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)9847-7655

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.537.551

FEIRA DE SANTANA, 29 de Abril de 2025

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)9847-7655 **E-mail:** cep@uefs.br

ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976

NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gerentes e Cirurgiões-dentistas

Título: ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS

Nós, as professoras Maria Angela Alves do Nascimento e Luciane Cristina Feltrin de Oliveira (pesquisadoras responsáveis) junto com demais pesquisadores colaboradores estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre o acesso à saúde como direito em sistemas universais. Esta pesquisa tem como objetivo analisar como se dá o acesso à saúde por meio de sistemas universais de saúde como o SUS, além de identificar e analisar facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde por meio do SUS. Assim, esta pesquisa poderá, através do seu resultado, apresentar dados à comunidade e aos gestores de saúde que poderão subsidiar a elaboração de estratégias que possibilitem ao usuário dos serviços de saúde o acesso universal e efetivo pelo SUS. Para coletar os dados faremos uma entrevista com você, caso autorize. A entrevista será uma conversa a dois (apenas você e eu), que será gravada se assim você permitir, sendo que a sua gravação poderá ser ouvida e você terá plena liberdade, se achar necessário, para retirar parte da conversa ou solicitar para sair da pesquisa. A conversa será realizada em lugar reservado, livre da escuta e observação de demais pessoas. Você, inclusive, deve escolher o dia e o horário que achar melhor para a entrevista; ela não pretende atrapalhar as suas atividades. Garantimos a você que não haverá qualquer custo financeiro da sua parte, e diante de algum dano que possa ser causado pela pesquisa garantimos o ressarcimento e indenização do mesmo. Assim como será assegurado que o seu nome não será citado em momento algum e que suas respostas serão utilizadas somente para fins científicos. Você poderá correr o risco de se sentir desconfortável, inseguro e/ou amedrontado, por falar de um serviço de saúde que trabalham. Caso isto aconteça, poderá suspender a entrevista e mesmo que já a tenha terminado, retirar suas respostas sem nenhum prejuízo. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável que pode ser encontrada no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na UEFS (6º módulo), Av. Transnordestina S/N – Bairro Novo Horizonte – CEP 44036-900, Feira de Santana - BA, ou pelo telefone (75)3161-8162 ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pelo telefone (75)3161-8087). O material coletado será guardado no NUPISC, tendo acesso a ele apenas os pesquisadores deste estudo, e após cinco anos será destruído. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e serão publicados na forma de artigo em revistas indexadas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aos participantes através de um encontro com os pesquisadores a ser agendado em momento oportuno. Para confirmar sua participação nesta pesquisa, pedimos que você assine este documento em duas cópias, uma ficará com você e outra com os pesquisadores.

Maria Angela A. do Nascimento
pesquisadora coordenadora do projeto

Entrevistado

ANEXO C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976

NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Usuários

Título: ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS

Nós, as professoras Maria Angela Alves do Nascimento e professora Luciane Cristina Feltrin de Oliveira (pesquisadora responsável) junto com demais pesquisadores colaboradores estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre o acesso à saúde como direito em sistemas universais. Esta pesquisa tem como objetivo analisar como se dá o acesso aos serviços de saúde por meio do SUS, além de identificar e analisar facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos usuários para a obtenção de serviços/medicamentos/insumos de saúde por meio do SUS. Assim, esta pesquisa poderá, através do seu resultado, apresentar dados à comunidade e aos gestores de saúde que poderão ajudar na elaboração de estratégias que possibilitem ao usuário dos serviços de saúde o acesso universal e efetivo pelo SUS. Para coletar os dados faremos uma entrevista, caso seja autorizado. A entrevista será uma conversa a dois, que será gravada se assim você permitir, sendo que esta gravação poderá ser ouvida e você terá plena liberdade, se achar necessário, para retirar parte da conversa ou solicitar para sair da pesquisa. A conversa será em lugar reservado, livre da escuta e observação de demais pessoas. Garantimos a você que não haverá qualquer custo financeiro da sua parte, e diante de algum dano que possa ser causado pela pesquisa garantimos o ressarcimento e indenização do mesmo. Assim como será assegurado que o seu nome não será citado em momento algum e que suas respostas serão utilizadas somente para fins científicos. Você poderá correr o risco de se sentir desconfortável, inseguro e/ou amedrontado, por falar de um serviço de saúde que trabalham. Caso isto aconteça, poderá suspender a entrevista e mesmo que já a tenha terminado, retirar suas respostas sem nenhum prejuízo. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável que pode ser encontrada no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na UEFS (6º módulo), Av. Transnordestina S/N – Bairro Novo Horizonte – CEP 44036-900, Feira de Santana - BA, ou pelo telefone (75)3161-8162 ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pelo telefone (75)3161-8087). O material coletado será guardado no NUPISC, tendo acesso a ele apenas os pesquisadores deste estudo, e após cinco anos será destruído. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e serão publicados na forma de artigo em revistas indexadas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aos participantes através de um encontro com os pesquisadores a ser agendado em momento oportuno. Para confirmar sua participação nessa pesquisa, pedimos que você assine este documento em duas cópias, uma ficará com você e outra com os pesquisadores.

Maria Angela A. do Nascimento
pesquisadora coordenadora do projeto

Entrevistado