



A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

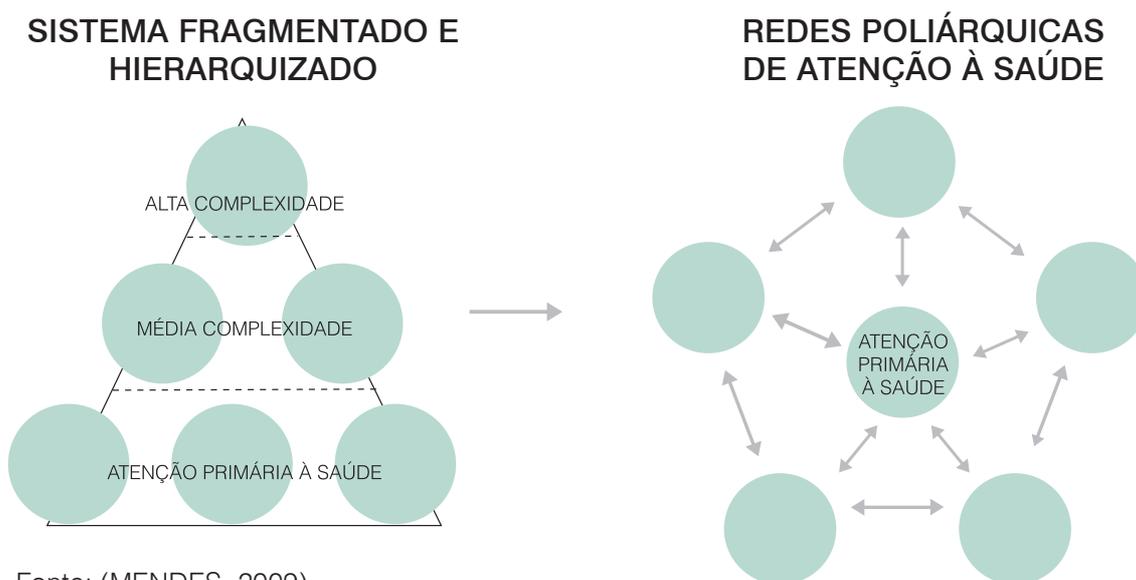
Para a operacionalização do SUS são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios. Para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, ainda persistente mesmo após representativos avanços alcançados pelo SUS, a proposta discutida atualmente diz respeito à estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

No Brasil, embora a concepção de RAS venha sendo discutida há algum tempo, foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. (MENDES, 2011)

Cabe destacar que, embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a Atenção Básica (AB) tem o papel fundamental de ordenador das RAS.

Figura 2 – Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde



Fonte: (MENDES, 2009).

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária/Básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A **população** sob responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011).

Na concepção da RAS, cabe à Atenção Básica/ESF a responsabilidade de articular-se intimamente com a população. Desse modo, não é possível falar de uma função coordenadora das RAS ou de gestão de base populacional se não houver, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habilitam territórios de vida (MENDES, 2011).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na

oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população (e não somente da demanda que tende a favorecer populações mais abastadas em detrimento de populações vulneráveis), com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS (MOYSÉS, 2013).

A **estrutura operacional** das RAS é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes:

1. Centro de comunicação, a Atenção Básica.
2. Pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
3. Sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde).
4. Sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde).
5. Sistema de governança.

Os três primeiros correspondem aos pontos da rede; e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2011).



Saiba Mais

Acesse as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, disponíveis no *site* <<http://dab.saude.gov.br>>.

A construção de redes temáticas de atenção à saúde é uma opção conveniente (exs.: redes de atenção às mulheres e às crianças; redes de atenção a pacientes com doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes; redes de atenção à saúde bucal da população; entre outras). As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Contudo, essa proposta de RAS temáticas não está relacionada à concepção dos programas verticais, os quais são dirigidos, supervisionados e executados exclusivamente por meio de recursos especializados, frequentemente com coordenação central (MENDES, 2011; MOYSÉS, 2013).

O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Básica (unidade básica de saúde tradicional ou equipe da Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais da Saúde Bucal).

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, que são os únicos elementos temáticos das redes. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção especializada à saúde, compondo o nível ambulatorial (“média complexidade”) e o nível hospitalar (“alta complexidade”) (MENDES, 2011), (Figura 3).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca.

Figura 3 – Matriz de pontos de atenção à saúde bucal

| BRASIL SORRIDENTE | | |
|---|---|---------------------------------|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE | TERRITÓRIO |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR À SAÚDE (ALTA COMPLEXIDADE) | HOSPITAIS – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL E TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA | MACRORREGIÃO |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL À SAÚDE (MÉDIA COMPLEXIDADE) | CENTROS ESPECIALIZADOS ODONTOLÓGICOS | MICRORREGIÃO |
| ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE | UBS | ÁREA DE ABRANGÊNCIA / MICROÁREA |

Fonte: (MENDES, 2011).

Um terceiro componente das RAS é os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).

O quarto componente das Redes de Atenção à Saúde é os sistemas logísticos. Estas soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos

e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes (MENDES, 2011).

E o quinto componente das RAS é os sistemas de governança. A governança das RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios especializados, gerência das UBS, gerência do laboratório de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.), já que cuida de governar as relações entre a Atenção Primária/Básica e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Já o terceiro elemento constitutivo das RAS é o modelo de atenção à saúde, que consiste em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011) (Quadro 1).

Quadro 1 – Elementos básicos da Rede de Atenção à Saúde e elementos necessários para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal

| Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde | Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal | |
|--|--|--|
| População | Região de saúde/ território | Definição de regiões de saúde/territórios, com estabelecimento de serviços e ações a ofertar à população. |
| | População adstrita | Promoção de adstrição da clientela à UBS para que se possa interagir com a população do território, criar vínculo e conhecer as necessidades dessa população (definição de microáreas de atuação). |
| | Análise da situação local de saúde | Levantamento das condições de saúde bucal da população, determinação de indivíduos expostos a maiores riscos, realização de planejamento das ações e definição de grupos prioritários. |
| | Identificação de grupos de risco | Planejamento das ações mediante grupos prioritários, promovendo o princípio da equidade. |

Continua

Continuação

| Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde | Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal | |
|--|--|--|
| Estrutura operacional | Recursos humanos | <p>Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável.</p> <p>CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada.</p> <p>CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência.</p> <p>CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência.</p> <p>CD em serviços de Atenção Especializada Hospitalar, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção.</p> <p>Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.</p> |
| | Atenção Básica | Atenção à saúde bucal disponível em todas as UBS, garantindo o acesso da população a este serviço. Ampliação e qualificação da AB em saúde bucal mediante a oferta de procedimentos reabilitadores. |
| | Pontos de Atenção Especializada Ambulatorial | Oferta de serviços odontológicos especializados na Atenção Especializada Ambulatorial nos CEO, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro. E, conforme o porte populacional e plano de regionalização, deverá atender às necessidades de suas regiões de saúde. |
| | Pontos de Atenção Especializada Hospitalar | Unidades hospitalares próprias ou de referência que ofereçam serviços de Odontologia em alta complexidade. |

Continua

Conclusão

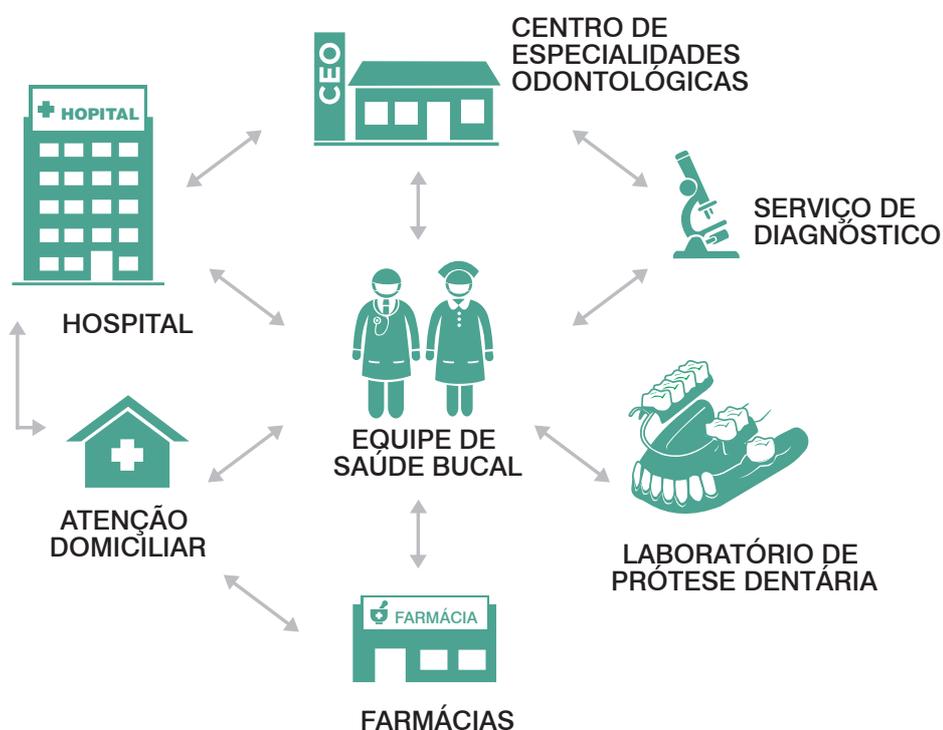
| Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde | Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal | |
|--|--|---|
| Estrutura Operacional | Sistemas de apoio | Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados à rede. Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal. |
| | Sistemas logísticos | Integração de todos os níveis de atenção por meio de sistema de regulação que oriente os fluxos determinados por protocolos ou diretrizes de orientação aos serviços e às ações em saúde bucal. Formulários de referência e contrarreferência. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Disponibilização de transporte aos usuários, possibilitando acesso a todos os pontos de atenção. |
| | Sistemas de governança | Construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). |
| Modelo de atenção à saúde | Redes de Atenção à Saúde baseadas na AB à saúde | Ampliação de ESB da ESF, garantindo cobertura populacional acima de 50% às ações de saúde bucal. Equiparação entre o número de ESB e equipes de Saúde da Família. ESB (vinculadas ou não à ESF) fundamentadas no princípio da vigilância e da promoção da saúde. Desenvolvimento de atividade de educação permanente que vise ao aperfeiçoamento e à manutenção dos profissionais. |

Fonte: (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014, adaptado).

Nesse processo de transição dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, os diferentes equipamentos ainda podem ser classificados segundo a densidade tecnológica: a Atenção Primária/Básica (baixa densidade), a Especializada Ambulatorial (densidade intermediária) e Especializada Hospitalar (elevada densidade).

O processo de trabalho dentro de uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para atuação dos serviços. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação de redes de atenção. Considerando esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (Figura 4).

Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb)



Fonte: <www.dab.saude.gov.br>.

Para efeito desta publicação, serão conceituados, alguns termos para melhor compreensão e organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) (Quadro 2).

Quadro 2 – Conceitos de termos da Rede de Atenção à Saúde Bucal

| Termo | Conceito |
|---|---|
| Ponto de atenção | <p>Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.</p> <p>São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde Bucal: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, centros de especialidades odontológicas, laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.</p> |
| Sistema de referência e contrarreferência | <p>Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/ serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes.</p> |
| Referência lateral ou referência interna | <p>A referência lateral ou interna é a referência que se faz internamente no CEO para encaminhamento para as diversas especialidades, buscando a resolutividade do atendimento de forma que a necessidade do usuário seja atendida em sua totalidade, evitando que retorne para a AB a fim de obter outro encaminhamento para a especialidade da qual necessita. Deve-se buscar o monitoramento constante dessa prática para evitar iniquidades no atendimento. A referência lateral ou interna deve ser utilizada quando o procedimento executado por uma especialidade necessite, para sucesso da intervenção, de outra especialidade que a complemente. Por exemplo: excisão de hiperplasia fibrosa inflamatória e confecção de nova prótese, lesão endopéριο, entre outras situações.</p> |

Continua

Conclusão

| | |
|------------------------------|---|
| <p>Estrutura operacional</p> | <p>Recursos humanos Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada ambulatorial. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção especializada, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.</p> |
| <p>Matriciamento</p> | <p>Atenção Básica O matriciamento é um espaço coletivo de cogestão, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais. O matriciamento é um processo de construção compartilhada para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.</p> |
| <p>Interconsulta</p> | <p>É um instrumento do matriciamento e define-se como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de saúde, e tem como objetivo complementar ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento, para traçar um plano terapêutico. Por exemplo: a necessidade de um parecer de outro profissional (exs.: médico, psicólogo) sobre determinado aspecto da saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento.</p> |

Fonte: (BRASIL, 2013; 2006; 2011, adaptado).