

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

ORAL HEALTH CARE NETWORKS

Manoela Guimarães Barros¹
Adriano Batista Barbosa²

RESUMO: Relacionado como grande conquista de cidadania dos brasileiros, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo aprimorado desde sua criação pela Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988. Traz em sua origem a reflexão do Movimento Sanitarista Brasileiro, engrandecido pelas crises econômica, política e social, intensamente agravadas na década de 70 que acabaram impulsionando a ideologia de uma saúde para todos. O SUS traz em sua filosofia os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Porém, independentemente dos avanços, ainda apresenta fragilidades práticas para garantir esses direitos de forma plena a mais de 200 milhões de brasileiros. Sob esta perspectiva as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm se mostrado eficientes na continuidade do cuidado, apostando na reestruturação da Atenção Primária em Saúde (APS), que assume a ordenação e coordenação da rede assistencial, pensada na ótica de seus atributos organizacionais. Neste contexto a assistência odontológica formatada como rede temática de Saúde Bucal segue os mesmos princípios norteadores, amparada ainda pelos eixos centrais da Política Nacional de Saúde Bucal, editada pelo Ministério da Saúde em 2004, se tornando nacionalmente reconhecida como Brasil Sorridente. Esta política objetiva a remodelação da assistência odontológica historicamente marcada pela limitação de acesso, práticas mutiladoras e indisponibilidade de serviços especializados e fornecimento de próteses dentárias. O Brasil Sorridente se consolida à medida que incorpora os profissionais de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família, investe na construção de Centros Especializados de Odontologia (CEO) e Laboratórios de Prótese Dentária. Este trabalho objetiva a abordagem das redes, identificando e priorizando os componentes da rede temática de saúde bucal, conceituando e discutindo os processos de trabalhos adotados pela APS e CEO's. A revisão narrativa de literatura foi construída pelo acesso digital às seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO), MEDLINE, LILACS. Foram selecionados artigos em língua portuguesa e inglesa de teor relevante para os objetivos propostos, publicados nos últimos 5 anos, exceção para os textos de autores de notório saber sobre o tema.

1571

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Odontologia em Saúde Pública. Serviços de Saúde Bucal. Sistema Único de Saúde.

¹ Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifasipe - Sinop - MT.

² Professor titular do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifasipe - Sinop MT, Especialista em Saúde Coletiva.

ABSTRACT: Related to a great achievement of Brazilian citizenship, the Unified Health System (SUS) has been improved since its creation by the National Constituent Assembly of 1987/1988. It brings in its origin the reflection of the Brazilian Sanitary Movement, enhanced by the economic, political and social crises, intensely aggravated in the 70's that ended up boosting the ideology of health for all. The SUS brings in its philosophy the doctrinal principles of universality, equity and integrality. However, regardless of the advances, it still has practical weaknesses to fully guarantee these rights to more than 200 million Brazilians. From this perspective, Health Care Networks (RAS) have shown to be efficient in the continuity of care, betting on the restructuring of Primary Health Care (PHC), which assumes the ordering and coordination of the care network, thought from the perspective of its organizational attributes. In this context, dental care formatted as a thematic network of Oral Health follows the same guiding principles, still supported by the central axes of the National Oral Health Policy, edited by the Ministry of Health in 2003, becoming nationally recognized as Smiling Brazil. This policy aims at remodeling dental care historically marked by limited access, mutilating practices and unavailability of specialized services and provision of dental prostheses. Brasil Sorridente is consolidated as it incorporates oral health professionals into the Family Health Strategy, invests in the construction of Specialized Dental Centers (CEO) and Dental Prosthesis Laboratories. This work aims to approach the networks, identifying and prioritizing the components of the oral health thematic network, conceptualizing and discussing the work processes adopted by PHC and CEO's. It is justified by the importance of dentistry in the inseparable context of health, enabling a better quality of life, being presented in the form of a narrative literature review, built by digital access to the following databases: Virtual Health Library, Google Scholar, Scientific Electronic Library On -line (SCIELO), MEDLINE, LILACS. Articles in Portuguese and English of relevant content for the proposed objectives, published in the last 5 years, were selected, with the exception of texts by authors with well-known knowledge on the subject.

Keywords: Dental Health Services. Primary Health Care. Public Health Dentistry. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira foi coletivamente construída pela participação de diversos expoentes da saúde pública, pesquisadores ligados a grandes e importantes instituições de ensino superior, e contava ainda com presença dos estudantes, trabalhadores do setor saúde e representatividades de movimentos sociais. Como forma de resistência às imposições autoritárias da ditadura militar, análises, discussões e dissertações acadêmicas fortaleceram as reivindicações que eram baseadas na premissa de um movimento redemocratizador do setor saúde que pudesse resgatar melhores níveis de qualidade de vida para a população (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; GONZAGA; FERREIRA, 2017;

SALES et al., 2019).

Este panorama propicia a redemocratização do país e embalados pela nova relação entre Estado e comunidade civil a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em Brasília no ano de 1986, consagra-se pela ampla participação de todos os segmentos presentes na Reforma Sanitária e estabelece diretrizes para um sistema baseado no acesso igualitário e gratuito a todas as ações de saúde. Em seguida a Constituição Federal de 1987/1988 valida todas as propostas da 8ª CNS e nesse bojo se dá a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, denominados doutrinários, pois fundamentam o programa público de saúde que se responsabiliza hoje pelo atendimento de milhões de brasileiros (PREUSS, 2018; SALES et al., 2019).

Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142/1990) o SUS organiza-se a partir da descentralização, onde as unidades gestoras federais, estaduais e municipais assumem e redefinem obrigações financeiras e de gestão do sistema⁵ e a partir de 1994 se vale da Estratégia Saúde da Família (ESF) para ampliar e qualificar o acesso dos usuários, historicamente desassistidos pelo sistema público de saúde (ALMEIDA et al., 2018; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

1573

A odontologia se mantém distante e alheia desta remodelação assistencial, até o ano 2001, quando por portaria ministerial é incluída na ESF instituindo recursos financeiros específicos para a incorporação de cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicas em saúde bucal, constituindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BASSO et al., 2019).

Porém, a validação da assistência odontológica junto ao SUS, se dá em 2004 pela edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que passa a ser reconhecida por Brasil Sorridente, que destina recursos financeiros específicos para implantação de novas ESB, construção de Centros de Especialização Odontológica (CEO) e ainda Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (MENDES, 2010).

Porém a distribuição geográfica desigual dos pontos de atendimento de média e alta complexidade dão origem a um novo princípio organizador formatando regiões de saúde como garantia da integralidade e acesso contínuo a todas as linhas de cuidado. É neste contexto que surgem em 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SIMOURA et al., 2019).

Definidas a partir do desenho organizado e poliárquico interrelacionando todas as unidades assistenciais, as redes se fortalecem a partir de vínculos e comprometimento no cumprimento de missão e propósitos comuns: cooperação e independência, financiamento adequado e relações horizontais entre os serviços, integralidade que se dá pelos níveis crescentes de complexidade assistencial, valorização da integralidade, profissionais inseridos, humanização e adscrição de clientela. As RAS preconizam que a Atenção Primária em Saúde (APS) ordene e coordene o acesso dos usuários as linhas de cuidado, materializando assim a valoração sanitária da população assistida (MENDES et al., 2011).

Neste modelo de saúde a identificação dos postos de atendimento, o estabelecimento das respectivas responsabilidades e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência são essenciais, assim como, são fundamentais para a continuidade do cuidado o monitoramento dos planos terapêuticos individualizados de modo a atender as reais necessidades de saúde, do indivíduo e da comunidade. Sob esta perspectiva a APS associa assistência e progresso social (ALMEIDA et al., 2018; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A odontologia se introduz na percepção das RAS como rede temática em saúde bucal (RASB) propondo uma reformulação da assistência, garantindo o acesso à APS pela territorialização e reformulação dos processos de trabalho das ESB, proporcionando o cuidado integral, articulando os pontos assistenciais de acordo com a classificação de complexidade (GONDINHO et al., 2018).

Especificamente a RASB reafirma a necessidade de se combater métodos assistenciais fragilizados e segmentados, implementados durante longos períodos de tempo, que não trouxeram continuidade, integralidade e nem tampouco resolutividade. A PNSB apresenta a reordenação dos processos de trabalho sob a ótica das redes assistenciais, produtoras de acesso, integralidade e continuidade das linhas de cuidado (PIMENTEL et al., 2021).

A literatura está repleta de estudos e pesquisas que evidenciam as iniquidades sociais determinando os processos no âmbito da saúde bucal. A hegemonia dos aspectos biológicos em detrimento da importância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tornou imperativa a discussão e análise das ações envolvendo a prevenção e promoção da saúde bucal que disseminam os cuidados de higiene, sem imputar culpa aos sujeitos e considerando

a atuação do meio socioeconômico com o nível de saúde bucal (LAMY; ANDRADE; MATTA, 2020).

2. Revisão de Literatura

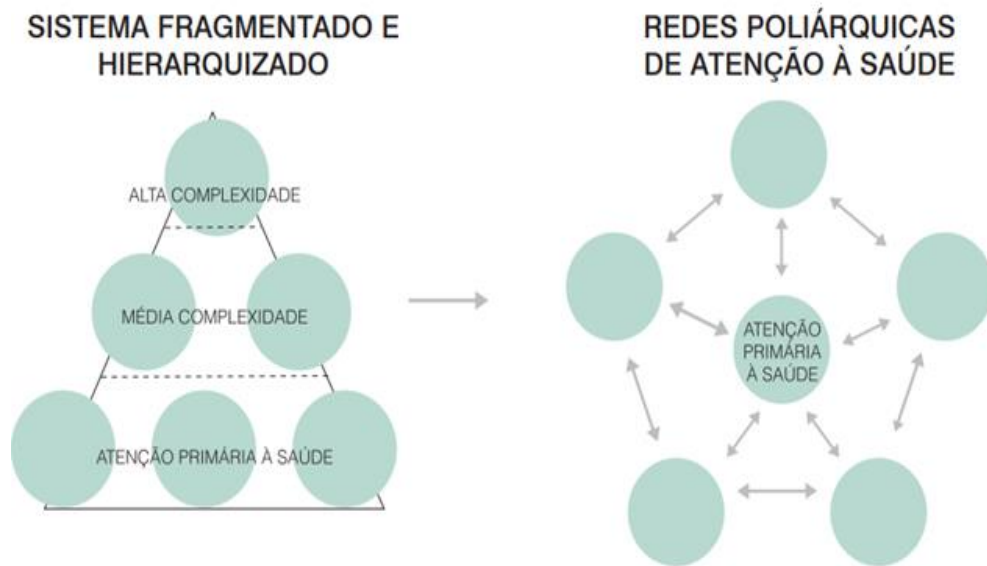
2.1 Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de saúde mundiais que se baseiam nos princípios da universalidade, equidade e integralidade dão ênfase na organização de serviços em formato de redes. Segundo o relatório da Commonwealth Foundation, os países que possuem o melhor desempenho quanto ao nível da saúde são os que ofertam cobertura universal de saúde e retiram as barreiras de custo. O bom desempenho está atrelado aos países que investiram em cuidados primários da comunidade, especificamente na rede de saúde da família e restringiram a carga administrativa dos sistemas (SOUSA F; SOUSA A, 2018).

Para que haja o bom funcionamento do SUS, é preciso uma organização dos serviços existentes, tendo em conta os princípios da regionalização e da hierarquização, de maneira que não sobrecarregue os municípios. Então, para que o SUS não tivesse mais a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, foi criada uma proposta de estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Embora a concepção de RAS venha sendo debatida há um tempo, foi acrescentada ao SUS, oficialmente, 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 (MATTA et al., 2007).

Atualmente na RAS, não existe mais a hierarquia, mas sim a poliarquia, sendo um sistema que possui sua organização em formato de rede horizontal de atenção à saúde. Desse modo, há a disposição de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, ofertando uma atenção contínua e integrada a determinada comunidade. Qualquer parte ligada a atenção à saúde é relevante, para que sejam mantidos os objetivos das Redes de Atenção à Saúde (MENDES et al., 2011). A Figura 1, apresenta a comparação entre o sistema hierarquizado e as redes poliárquicas, onde as estruturas de serviço em saúde são totalmente interligadas.

Figura 1: Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde.



Fonte: Mendes et al (2011).

2.1.1 Atributos das RAS

As redes possuem atributos, assim como o SUS, eles são os encarregados de manter a ordem e a qualidade do serviço de saúde pública. Alguns deles são: a adscrição ou desenvolvimento de vínculo com os usuários que estão sob sua responsabilidade e o entendimento de suas necessidades; extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos; um primeiro nível de atenção primária que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde solucionando a maior parte das necessidades de saúde da comunidade; prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados; a existência de mecanismos de coordenação assistencial no decorrer da continuidade do serviços de saúde; cuidado da saúde focado no indivíduo, na família e na comunidade; uma única governança para toda a rede; amplo envolvimento social; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados; sistema integrado, para que todos os membros da rede possuam as mesmas informações; incentivos financeiros alinhados com as metas da rede e ação intersetorial ampla com abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde (MENDES et al., 2012).

2.2 Redes de Atenção à Saúde Bucal

Na saúde bucal do Brasil, a estruturação de uma rede de atenção, sendo ela rede temática, mostra-se como uma solução, bem como na gestão, quanto no desenvolvimento do trabalho dos profissionais da odontologia e da equipe multidisciplinar. Com isso, a rede proporciona a integração e o andamento dos níveis de atenção à saúde bucal oferecendo então, atenção contínua e integral aos usuários, ultrapassando com melhorias os modelos de atenção anteriores, que eram tidos como pouco resolutivos (BRASIL, 2004).

Em uma rede assistencial o processo de trabalho é organizado por níveis de governança, no qual requer uma base populacional e uma base territorial para o desempenho dos serviços. Sendo assim, é fundamental para a configuração de redes de atenção a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços (Figura 2) (BRASIL, 2018).

Figura 2: Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb).



Fonte: Brasil, 2018.

Na Figura 2, observa-se a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASb), que pode 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 (BRASIL, 2018).

Diante disso, a Saúde Bucal deve estar inserida na RAS para a eficaz estruturação de um modelo de atenção que possua a finalidade de integralidade do cuidado, estando sincronizada e articulada entre seus níveis (GONDINHO et al., 2018).

Visando ampliar a inserção da saúde bucal no SUS, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Programa Brasil Sorridente (PBS) que contém diretrizes à ampliação e qualificação da atenção básica em saúde bucal, mediante o exercício de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias. Sugere atendimento na atenção secundária, por meio da implantação dos CEO, garantindo a retaguarda da atenção básica e agregando em seu potencial resolutivo (GONDINHO et al., 2018).

2.3 Atenção Primária à Saúde

No Brasil, foi constituída como principal estratégia de atendimento primário a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um modelo ordenador das RAS, que objetiva converter o modelo tradicional curativista, em um modelo de saúde canalizado na atenção multiprofissional inclinada a promoção de saúde da comunidade (PAIXÃO et al., 2019).

1578

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o serviço de menor densidade tecnológica, sendo considerada a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, abordando os problemas comuns na comunidade. As equipes das APSs estão vinculadas a um total de habitantes de uma determinada localidade e a uma região geográfica específica seguindo os quatro atributos indispensáveis que foram propostos por Starfield: o primeiro contato, longitudinalidade ou continuidade, integralidade e coordenação. E dois atributos derivados, a centralização familiar e orientação comunitária. Seus atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se inter-relacionarem na prática assistencial (BRASIL, 2018; GONDINHO et al., 2018; PAIXÃO et al., 2019).

2.3.1 Atributos da Atenção Primária

O primeiro contato é definido pela acessibilidade que seria a ausência de barreiras financeiras, organizacionais ou estruturais para adquirir a atenção básica, e ao uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde (BRASIL,

2018).

A longitudinalidade ou continuidade do cuidado é caracterizada pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente haver um vínculo entre os usuários e profissionais da saúde, afim de promover cooperação mútua durante o serviço (BRASIL, 2018; SELLERA et al., 2020).

Já a integralidade, equivale a um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, com enfoque em atender as necessidades da população adscrita, reconhecendo os problemas causadores das doenças, e assim, são ofertados serviços preventivos e curativos (BRASIL, 2018; ELIAS et al., 2006).

A coordenação do cuidado é a garantia da continuidade da atenção dentro das redes de serviços. Está atrelada à função da ESF como porta para demais níveis assistenciais, sendo base de um sistema regionalizado de saúde, indicando a necessidade de mecanismos que assegurem a referência e contrarreferência, para que os profissionais deem continuidade ao projeto terapêutico, garantindo resolubilidade e vínculo entre cuidador e cuidado (BRASIL, 2018; SELLERA et al., 2020).

A centralização familiar baseia-se em considerar a família como o sujeito da atenção, dando ênfase às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias (BRASIL, 2018; PAULA et al., 2015).

Por fim, a orientação comunitária sugestiona o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que estão inseridas (BRASIL, 2018).

Quando a APS segue a lógica de seus atributos é capaz de proporcionar um impacto positivo na saúde da população, com melhor acesso aos serviços oferecidos, qualidade no atendimento, maior enfoque na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, assim, reduzindo os cuidados especializados desnecessários. É nesse nível que os usuários recebem o acompanhamento no seu processo de saúde-doença e são referenciados para o nível secundário ou terciário, quando há necessidade (GONDINHO et al., 2018).

Dentro da atenção integral, o usuário é o elemento que permite a estruturação do processo de produção da saúde. Suas demandas e carências devem orientar a oferta e a organização dos serviços. No entanto, a produção do cuidado é uma forma sistêmica e

integrada aos outros níveis assistenciais. Então, os recursos que estão à disposição precisam estar incorporados por fluxos que são direcionados de forma a apoiá-los. Estes fluxos devem ser habilitados a manter o acesso protegido às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado tem início na rede básica atinge os diversos níveis de atenção (NOGUEIRA et al., 2021).

2.4 Processo de trabalho da APS

É tendência que os serviços públicos de saúde se baseiem na APS, que orientada por seus atributos produz bons resultados sanitários e assistenciais. Tal modelo traz em seu bojo a diminuição dos níveis de iniquidade, possível a partir da correta interpretação e consideração dos determinantes sociais da saúde (DST). As particularidades deste modelo acarretam uma lógica na atribuição de tarefas garantindo uma gestão que possua uma percepção aproximada das reais necessidades das comunidades, identificando as desigualdades sociais motivadas pelas adversidades econômicas, limitadoras do acesso a práticas preventivas e bons serviços de saúde (BALDANI et al., 2018).

A APS adota a ESF como estratégia de operacionalização e organização de processos de trabalho que permitam decisões que favoreçam o incremento da qualidade da atenção e ainda maior facilidade de acesso. Os serviços passam a ser avaliados sob a perspectiva da estrutura, dos processos e ainda considerando os resultados evidenciados. A escolha da tríade descrita por Donabedian estabelece uma modalidade conceitual de atuação, observada pelas equipes de saúde bucal (AMORIM et al., 2014).

Algumas premissas garantem, se devidamente fortalecidas e estabelecidas pelos diversos profissionais que atuam na APS. A organização do atendimento, valorizando a ampliação da clínica e a metodologia organizacional das funções, garante que cada profissional compreenda a sua atribuição específica e valorização da coletividade, que implantada em estrutura adequada garante o compartilhamento do cuidado, promovendo a integralidade e longitudinalidade do cuidado (CUNHA et al., 2020).

Tal mudança foi a resposta aos indícios de exaustão de modelo hegemônico baseado exclusivamente no diagnóstico, tratamento sem valorização dos princípios da prevenção e promoção da saúde ^{24,26}. Faz-se necessária para que desigualdades sociais não sejam mais

motivadoras de iniquidades assistências, garantindo o acesso a serviços de saúde bucal àqueles que por décadas conviveram com a exclusão (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Neste processo de reformulação o segmento da educação permanente em saúde destaca-se como elemento produtor de qualificação do trabalho. Somente agregando esta ferramenta obteremos a reflexão sobre as práticas produtoras de saúde e a qualificação da gestão a partir do conhecimento agregado. O diálogo permeia pactos que se formam sob a segurança obtida a partir do conhecimento de seu papel, de seu modo coletivo de operar e a monitoração dos resultados obtidos (LIMA; CHAVES, 2022).

2.5 Atenção Secundária

A atenção especializada é um conjunto de ações que propõem-se a atender os problemas de saúde e agravos que demande um especialista e a utilização de recursos tecnológicos (LOTTA, 2019).

Nesse sentido, foi introduzido o acesso ao tratamento especializado na rede pública, o nível secundário, por meio de CEO, que utilizam o mecanismo de referência e contrarreferência. Ofertam atendimento especializados em cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer de boca e outras doenças de tecidos moles, periodontia, atenção aos pacientes com necessidades especiais e endodontia, em 2010 foram acrescentados aos CEO tratamentos de ortodontia e implantes dentários, buscando dessa forma superar a separação das ações e a interrupção do trabalho (BRASIL, 2018; LOTTA, 2019).

Em janeiro de 2018, o Ministério da Saúde registrou 1069 CEO e para dar apoio a esses centros de diagnósticos de câncer bucal, a rede foi estruturada com serviços de análise de exames histopatológicos. Evidencia-se que os CEO, além de unidades assistenciais de média complexidade, são estruturadores da atenção primária, poe serem ambulatórios de referência e contrarreferência, até mesmo para a atenção terciária. A partir do cadastramento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dental (LRPD) como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), o CEO passa a ter o serviço de prótese dentária total, como também prótese parcial removível (CERPA, 2020).

Os CEO são classificados em tipo I, II e III, cada um tem seu objetivo, e seu monitoramento corresponde a uma análise de produção mínima que nessecita ser realizada

mensalmente, e finalmente é verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) ou sistema de informação vigente no Brasil. O CEO tipo I é caracterizado pelo diagnóstico bucal, dando ênfase na detecção precoce do câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais. O tipo II faz o diagnóstico bucal, com ênfase na detecção precoce do câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais. Já o tipo III, desenvolve o diagnóstico bucal, com ênfase na detecção precoce do câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e o atendimento a portadores de necessidades especiais (MENDES, 2010; SILVA; OLIVEIRA, 2020).

2.5.1 Encaminhamento para o CEO

O CEO é uma referência para o tratamento especializado e o acesso a ele é por meio da encaminhamento da unidade básica de saúde, ele pode ser feito para qualquer uma das especialidades da atenção secundária e são efetivadas por meio de um documento chamado “Documento de Referência e Contrarreferência”, que deve ser corretamente preenchido e assinado pelo profissional de referência na UBS. Porém, quando o paciente está em tratamento nesse nível, o usuário poderá ser referenciado a outra especialidade, como uma referência lateral, para uma outra especialidade do CEO (BRASIL, 2018).

Os pacientes encaminhados para o CEO devem ser informados exatamente sobre o que foi realizado na UBS, a razão pela qual está sendo encaminhado para a atenção secundária e o que será feito no CEO, assim, previndo que haja algum problema de logística. Os usuários e seus responsáveis precisam ser informados sobre local, horários e documentação que é indispensável para o atendimento. A anamnese deve ser feita para a revisão da saúde sistêmica, questionamentos sobre os procedimentos feitos na UBS também são importantes (BRASIL, 2018).

No âmbito do CEO, o acolhimento é feito como na AB, o que difere é apenas que o paciente chega ao local com o agendamento feito. A interconsulta também faz parte da atenção especializada, é o momento onde os profissionais se encontram, para discutir casos

dos pacientes, diagnósticos e tratamento (BRASIL, 2018).

2.6 Atenção terciária

A atenção terciária é a atenção especializada em nível hospitalar, serão referenciados os pacientes que possuem contraindicação para serem atendidos na AB e nos CEO, pois apresentam maiores exigências, como por exemplo, pacientes imunodeprimidos que necessitem de um ambiente asséptico, precisem de atendimento sob anestesia geral, monitoramento cardíaco em pacientes cardiopatas graves, em casos de pacientes já internados em ambiente hospitalar, com traumas e deformidades faciais. Os pacientes portadores de câncer na região de cabeça e pescoço, ou que apresentem grandes tumores e outras lesões que requerem abordagem cirúrgica, ou doenças malignas com repercussão bucal, também precisam de encaminhamento para a atenção especializada em nível hospitalar (PELOGGIA; BOSSO, 2020).

Na alta complexidade, as cirurgias bucomaxilofaciais são casos que também necessitam de atendimento de uma equipe hospitalar multidisciplinar e o paciente deve estar sob anestesia geral, são considerados os traumas maxilofaciais mais complexos, distúrbios severos da ATM com necessidade cirúrgica, tumores benignos com comportamento agressivos que necessitem de cirurgias, cirurgias de correções de deformidades dentofaciais funcionais, casos de cirurgias dentoalveolares complexos e/ou em pacientes com necessidades especiais que apresentem riscos elevados de complicações para serem realizados na atenção de média complexidade do CEO (BRASIL, 2018).

CONCLUSÃO

Com a implantação do Brasil Sorridente e seu aporte financeiro, foi formado o serviço odontológico nas Redes de Atenção à Saúde, redefinindo o modelo assistencial de saúde. Iniciou-se então, uma rede pautada em determinantes e ligada a ações multidisciplinares e intersetoriais, afim de desenvolver um conjunto de atividades incluindo promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento.

A APS é considerada a porta de entrada do usuário, é nela que se inicia o tratamento odontológico, responsável pela prevenção e promoção de saúde, e é a partir dela que acontece

o movimento de referência e contrarreferência. O CEO, a atenção secundária, vem como apoio da APS, juntamente com o LRPD, onde são feitos os tratamentos especializados, estruturando a RASB. Já a atenção terciária, acontece em âmbito hospitalar, preconizando uma assistência integral e humanizada aos pacientes hospitalizados.

Sabemos que a multidisciplinariedade é responsável pela funcionalidade das redes a partir da organização e de suas ações, estão totalmente associados ao bom funcionamento dos setores. Portanto, é importante que o cirurgião-dentista compreenda o processo de trabalho da rede como um todo, entenda quais são as características fundamentais (seu conceito, a origem idealizada na hierarquização e seus desafios operacionais), para que possua informação e um conteúdo necessário, garantindo a continuidade do cuidado nas ações de saúde bucal do usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYJYJqdGkk/?format=pdf&lang=pt>.

AMORIM, Leonardo de Paula et al. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30n1/e2019533/pt/>.

BALDANI, Márcia Helena et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em debate**, v. 42, p. 145-162, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/145-162/>.

BASSO, Mauricio Bartelle et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2155-2165, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lss5FbmVpPpX8dkkWPZDnXWP/?format=pdf&lang=pt>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.hm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

CERPA Natasha Pereira. **Acesso e utilização do CEO: uma análise a partir da perspectiva**

do usuário. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 2020. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/27312/1/2020_NatashaPereiraCerpa_tcc.pdf.

CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/htnJGKWddBNkc6rjgyZLGKG/?format=pdf&lang=pt>.

DUARTE, Elisete; EBLE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e00100018, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ch>.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 633-641, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5gQtYh3qp8gb5pmFvyyQHNB/?format=pdf&lang=pt>.

GONDINHO, Brunna Verna Castro et al. Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8637/pdf>.

GONZAGA, Carla Bornhausen; FERREIRA, Gisele Nepomuceno. Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade da atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas-RIDAP**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>.

LAMY, Renata de Lourdes Ribeiro Franco; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; MATTA, Gustavo Corrêa. Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6094/pdf.

LIMA, Ana Maria Freire de Souza; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A inserção de técnicos em saúde bucal: questões em disputa na Política Nacional de Saúde Bucal. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/42458/pdf>.

LOTTA, Gabriela. Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: **Enap**, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; p. 61-80. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570>.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 2012. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Windows/Downloads/jdelgado,+UO2019v38n8o_05_Cayetano_et al.pdf.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1809-1820, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n5/1809-1820/pt/>.

NOGUEIRA, Thamiris Carolina Passos et al. Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 12093-12107, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/24140-62179-1-PB.pdf>.

PAIXÃO, Tatiana Monteiro da et al. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/artigo%20redes%2002.pdf>.

1586

PAULA, Cristiane Cardoso et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832639/v17n4a20.pdf>.

PELOGGIA, Leonardo Alvarenga Guimarães; BOSSO, Vinicius de Godoy. **Especialidades odontológicas no SUS**. 2020. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. 2020. Disponível em: http://repositorio.unitau.br/jspui/bitstream/20.500.11874/4116/1/Leonardo%20Alvarenga%20Guimaraes%20Peloggia_Vinicius%20de%20Godoy%20Bosso.pdf

PIMENTEL, Bárbara Vieira et al. Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gYF6R3LjGGWFb5dGS3NXkKr/?format=html&lang=pt#>

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, p. 324-335, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/?format=pdf&lang=pt>.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/artigo%20redes%2001.pdf>.

SILVA, Helbert Eustáquio Cardoso da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Atendimento odontológico na atenção secundária para idosos: revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2020. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/189/1/ojs%2c%2b572FINAL.pdf>.

SIMOURA, Juliana Araujo da Silva et al. regionalização como estratégia de operacionalização do SUS: Uma revisão de literatura. **Revista Uniabeu**, v. 12, n. 32, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/322562097.pdf>.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó; SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 1, n. 11, p. 57-75, 2018.. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-no-brasil>.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em: scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxxhpPLWJjJMWrq