FERNANDO DE CASTRO PERCEBO

**O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a
percepção de profissionais e usuários**

São Paulo
2016

FERNANDO DE CASTRO PERCEBO

O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção de título de mestre pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Percebo, Fernando de Castro.

O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários / Fernando de Castro Percebo ; orientador Antônio Carlos Frias. -- São Paulo, 2016.

110 p. : tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. Área de concentração: Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Classificação. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços de Saúde Bucal. 4. Referência-contrarreferência. 5. Integralidade em Saúde. I. Frias, Antônio Carlos. II. Título.

Percebo FC. O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À minha família: minha esposa Fernanda pela paciência e amor; às minhas filhas Natasha e Marina por serem o principal motivo de eu me tornar o que sou hoje; aos meus pais, Fernando e Hermínia, por todo o suporte e educação; as minhas irmãs Alexandra, Cristiane e Marcia pela amizade; e aos meus avós Américo, Maria e Fernando (in memoriam) e Adelaide.

Ao professor Antônio Carlos Frias e a professora Maristela Vilas Boas Fratucci, pela inspiração e por tudo que têm feito para me ajudar na vida acadêmica e profissional.

Aos companheiros Elisa Prezotto e Fabio Luis Giordani, devo a eles 2/3 deste trabalho

Às colegas de especialização: Marcele Sakai pela amizade e pela ajuda sempre que precisei; Marcia Yanagita pela amizade e companheirismo.

A todos os colegas e demais professores do departamento de Odontologia Social da FOUSP, que de certa forma me ajudaram muito, cada um a sua maneira.

Aos professores e aos colegas da 1º Turma do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, pela amizade e bons momentos no curso.

À Elliza Nakata, pela imensa colaboração em ter ajudado com todas as autorizações necessárias para que este projeto pudesse se realizar.

Aos amigos do CEO Vila Maria/Vila Guilherme pela amizade que já dura quase uma década e por terem aceitado colaborar com projeto

Aos usuários que também colaboraram muito participando deste projeto

"Viver é desenhar sem borracha"

Millôr Fernandes

RESUMO

Percebo FC. O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016.

Os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estão organizados em rede, de forma a oferecer a seus usuários uma atenção integral. Com esse propósito, a configuração desta rede de serviços deve privilegiar o acesso do usuário ao nível de atenção que possa oferecer resolução ao seu caso, disponibilizando um adequado sistema de referência e contrarreferência para o usuário que necessite ser encaminhado de um nível de atenção a outro. Sendo assim, este estudo tem por objetivo avaliar a percepção dos profissionais e usuários referente ao sistema de referência e contrarreferência, e como este sistema funciona no cotidiano das unidades envolvidas neste estudo. Trata-se de um estudo qualitativo, cujos dados foram coletados através da aplicação de um questionário que visava obter as representações sociais de profissionais e usuários sobre o tema proposto, bem como alguns aspectos operacionais sobre o funcionamento deste sistema nestas unidades. Posteriormente os resultados foram apresentados e analisados na forma do Discurso do Sujeito Coletivo e permitiram concluir que profissionais e usuários têm a mesma percepção a respeito dos problemas que afetam o bom funcionamento deste sistema, tais como falta de profissionais, demora no atendimento, falta de resolutividade da atenção básica, disponibilidade de serviços na atenção secundária em desacordo com as necessidades da população, dificuldades na comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, e uma deficiência no controle do fluxo dos usuários, fazendo com que o sucesso dos encaminhamentos dependa muitas vezes do empenho pessoal dos profissionais e do esforço pessoal dos próprios pacientes.

Palavras-chave: Hierarquização. Serviços de saúde. Serviços de saúde bucal. Referência-contrarreferência. Integralidade.

ABSTRACT

Percebo FC. The referral and counter referral system in oral health according to the perception of professionals and users [dissertation] São Paulo: University of São Paulo, School of Dentistry; 2016.

The services offered by the Unified Health System (SUS) are organized in a network in order to offer its users an integral attention. For this purpose, the configuration of this services network should prioritize the users access to the health care level that can provide the solution to his case, and a suitable reference and counter reference system to the user that needs to be sent from a health care level to another. Thus, this study aims to evaluate the perception of professionals and users concerning the reference and counter reference system, and how this system works daily in the health units involved in this study. This is a qualitative study, where data were collected through the application of a questionnaire aimed to obtain the social representations of professionals and users about the proposed subject, as well as some operational aspects about the operation of this system at these health units. Subsequently the results were presented and analyzed in the form of Collective Subject Discourse and allow us to conclude that professionals and users have the same perception about the problems that affect the proper functioning of this system, such as lack of professionals, delay in treatment, lack of resoluteness of the primary health care, availability of services in secondary care at odds with people's needs, difficulties in communication between professionals of different health care levels, and a deficiency in controlling the flow of users, making the success of referrals dependent often on personal commitment of the professionals involved and of the patient's own efforts.

Keywords: Hierarchy. Health services. Dental health services. Reference-counter reference. Integrality. Health care levels.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões chave
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAD	Instrumento de Análise dos Discursos
IC	Ideias centrais
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PDRI –NE	Programa de Desenvolvimento Rural Integrado - Nordeste
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RS	Representação Social
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SB Brasil	Saúde Bucal Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Integralidade	13
2.2 Redes de serviços e o sistema de referência e contrarreferência	18
2.3 A rede de serviços de saúde bucal no SUS	25
2.4 As representações sociais nas avaliações dos serviços de saúde	30
2.5 O Sistema de Referência e Contrarreferência Como Objeto de Estudo	32
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo geral	39
3.2 Objetivos específicos	39
4 MATERIAL E MÉTODOS	40
4.1 Natureza do estudo	40
4.2 Cenários do estudo	40
4.3 Seleção dos entrevistados	42
4.4 Procedimentos para a coleta de dados	44
4.5 Análise dos dados	44
4.5.1 Análise dos eixos 1, 2 e 3 (discurso do sujeito coletivo)	45
4.5.2 Análise do eixo 4	47
4.6 Aspectos éticos	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Caracterização da população	49
5.1.1 Profissionais	49
5.1.2 Usuários	50
5.2 Análise e discussão dos resultados	51
6 CONCLUSÕES	73
REFERÊNCIAS	76
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	84
ANEXO B – Carta de Concordância US Vila Helena	87
ANEXO C – Carta de Concordância USF Paranapiacaba	88

ANEXO D – Carta de Concordância CEO Vila Guilherme	89
APÊNDICE A – Questionário – Profissionais.....	90
APÊNDICE B – Questionário – Usuários.....	92
APÊNDICE C – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 1.....	94
APÊNDICE D – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 2.....	98
APÊNDICE E – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 3.....	100
APÊNDICE F – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 4.....	103
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais .	108
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários.....	109

1 INTRODUÇÃO

Dentre os princípios do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), o da integralidade talvez seja o que tenha alcançado menor visibilidade, ainda que inúmeros avanços tenham ocorrido para a sua consolidação nas últimas décadas. Por este motivo, além dos diversos sentidos que a integralidade representa no contexto do SUS, pode-se afirmar que, acima de tudo, ela ainda é uma característica desejável para o nosso sistema de saúde (Mattos, 2001, 2004).

Um destes sentidos da integralidade nos remete diretamente ao papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde, fazendo com que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir, tanto ao indivíduo, como à coletividade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema. (Santos, 2005).

Dessa forma, devem ser criados instrumentos/mecanismos para direcionar os serviços e garantir a articulação entre eles nos diferentes municípios/bairros, num processo dinâmico e flexível. Neste contexto, os mecanismos de referência e contrarreferência são de fundamental importância para o processo de regionalização e hierarquização da saúde, visando dessa maneira, estabelecer e organizar o fluxo de usuários, nos diferentes níveis de atenção à saúde (Almeida et al., 1998).

A referência é definida como o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. Já a contrarreferência, é definida como o ato de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (Brasil, 1990).

Problemas na organização do sistema de referência e contrarreferência são observados em alguns estudos desde a década de 80, mas apesar desta constatação, no Brasil poucos foram os estudos que se dedicaram a avaliar a implantação de mecanismos formais de referência e de contrarreferência no SUS.

Para Rodrigues (2009), a realização deste tipo de pesquisa contribui para o debate acerca da utilização desse mecanismo/instrumento no cenário das políticas públicas de saúde.

Não basta apenas implantar o sistema e “garantir” o acesso do usuário. É necessário que se avalie também a qualidade da assistência prestada, avaliando-se o que existe de bom e de ruim nestes serviços. As informações advindas de uma pesquisa, ainda que apresentem resultados negativos, devem servir como referencial na construção de soluções para os problemas encontrados e saírem do campo do conhecimento para se estruturarem em práticas apoiadas por decisões políticas (Silva; Formigli, 1994).

Para este tipo de pesquisa, é importante que se envolvam diversos atores, cada qual com um ponto de vista, uma opinião, uma responsabilidade e até mesmo um sentimento de culpa ou de revolta. Esta afirmação tem como fundamento, dentre outros trabalhos, o de Souza (2009), que afirmou ser o processo avaliativo inerente a todos os atores que compõem um serviço de saúde, quais sejam gestores, profissionais e usuários, justificando desta forma a complexidade deste tipo de pesquisa, que deverá remeter às experiências vividas, à formulação de ideias, ao imaginário e à percepção.

Dessa forma, a justificativa do presente trabalho, baseia-se no fato de que a busca por informações acerca do sistema de referência e contrarreferência, bem como de seus mecanismos de funcionamento, segundo a percepção de profissionais e usuários, além de escassa, é de fundamental importância para o planejamento e desenvolvimento de ações e políticas de saúde, no sentido de consolidar um dos princípios menos visíveis do SUS, o da integralidade.

Espera-se também que as informações resultantes desta avaliação, contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, onde ainda que essas informações possam não se transformarem imediatamente em decisões, que pelo menos possam influenciar positivamente na tomada de decisões (Contadriopoulos, 2006).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Integralidade

Em 1988, a aprovação do texto constitucional pela então instaurada Assembleia Nacional Constituinte, promove um momento singular na história recente de nosso país, em especial no setor de saúde, onde em resposta às reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde e da pressão social de várias camadas da sociedade, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Anteriormente a sua criação, a conformação dos serviços públicos era baseada na assistência clínica organizada para atendimento aos trabalhadores formais contribuintes da Previdência Social. A organização do atendimento era médico-centrada, com caráter individual, especializado e centrado no ambiente hospitalar (Campos, 2003).

A maior parte da população, que ficava às margens deste sistema, clamava por um sistema de saúde que atendesse às suas necessidades, rompendo com a esta lógica fragmentadora e que concebesse a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos. Este era o discurso do movimento de Reforma Sanitária que criticava o sistema nacional de saúde e as práticas vigentes ainda pautadas no modelo *flexneriano*¹ (Pacheco, 2012).

Com a organização deste novo sistema de saúde, com base em princípios doutrinários e organizativos formulados para organizar um sistema capaz de responder pelos problemas da população, a saúde passa então a ser “direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas sociais e econômicas que

¹ Publicado em 1910, o relatório Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas nos EUA e teve como grande mérito a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde.

visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Assim sendo, o SUS torna-se responsável por ofertar um conjunto de serviços de atenção à saúde, que reúne ações promocionais, preventivas e assistenciais. As ações de prevenção e vigilância em saúde são operadas pelos serviços públicos de saúde, com abrangência nacional e cobertura universal, e incluem ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e as ações de imunização. Compete ainda aos municípios, a oferta de serviços básicos de atenção à saúde, sendo o conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar de média e alta complexidade gerenciada pelos municípios, estados e União (Vasconcelos; Pasche, 2008).

O artigo 198 da Constituição de 1988, expressa em seu texto alguns dos princípios que se tornariam base para a construção do Sistema Único de Saúde:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

Estes princípios, juntamente com outros como o da universalidade e da equidade constituem o tripé que expressa o ideário da Reforma Sanitária, formando os pilares do sistema que orientam as diretrizes organizacionais da descentralização da gestão, da regionalização e hierarquização dos serviços, e da participação da comunidade (Cecilio, 2001).

Em relação ao que está colocado no inciso II do artigo 198, que faz referência ao termo “atendimento integral”, mas que em um sentido mais amplo podemos chamar de “integralidade”, mesmo anteriormente à reforma sanitária, este termo já fazia parte da sigla de propostas em programas abrangentes para grupos específicos como o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e o PAISC (Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança), mas foi somente

definida como diretriz organizativa com a criação do SUS (Conill, 2004). Posteriormente, a Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, definiu integralidade como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Porém, o que se reflete hoje acerca da integralidade transcende ao que orienta o aparato legal, visto que esse responde por apenas uma parte do que se concebe a esse princípio (Pinheiro, 2001; Camargo, 2005).

Considerada por Mattos (2004) como uma bandeira de luta dos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro, a integralidade representa mais do que um princípio do SUS, pois se refere a um conjunto de princípios que apoiam a perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Talvez por isso, em uma perspectiva realista, pode-se dizer que a integralidade, dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.

Embora tenhamos progredido em diversos outros aspectos, a qualificação das práticas assistenciais e dos serviços não acompanhou essa mesma velocidade de progressão fazendo com que o princípio da integralidade seja menos visível do que os outros princípios do SUS (Giovanella et al, 2003; Mattos, 2004). O fato de que a integralidade não se materializa num espaço próprio, como a questão do controle social, por exemplo, talvez seja um dos fatores que contribuam para essa menor visibilidade, visto que ela perpassa a construção de políticas de saúde, a organização dos programas e serviços de saúde, as práticas dos profissionais e o cuidado ao usuário (Paim; Silva, 2010).

Dentre a grande diversidade de significados encontrados para o termo integralidade, fazendo com que o mesmo adquira um caráter polissêmico, podemos destacar a definição dada por Mattos (2001), que considera a integralidade em três ramos básicos que seriam:

- 1) considerar o corpo como um único indivisível, o qual deve ser cuidado através de uma visão totalizadora, nas dimensões bio psico social;
- 2) atender as necessidades da população em todos os níveis de atenção, seja primário, secundário ou terciário e que estes funcionem como uma rede;
- 3) considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades.

Para Franco e Magalhães Jr (2007) o primeiro sentido é denominado de integralidade vertical na qual o profissional ao ter um olhar ampliado e integral sobre o indivíduo pode visualizar holisticamente suas necessidades, possibilitando uma melhor apreensão das necessidades envolvidas no processo saúde doença.

Para identificar e responder por estas necessidades, os profissionais devem reconhecer que estas são social e historicamente determinadas. De acordo com Cecílio (2001) as necessidades dos indivíduos podem ser: traduções das condições e do modo de viver dessas pessoas; busca por um serviço de saúde e consumo de tecnologias que melhorem e prolonguem sua vida; necessidade de criar vínculo afetivo com um profissional do serviço; e por fim a necessidade do indivíduo de ter mais informação e de ter mais autonomia sobre sua vida.

Portanto esta prática integral pressupõe que tanto o profissional quanto a equipe devem prestar uma escuta qualificada das demandas apresentadas pelas pessoas e responder da melhor maneira possível por elas. As práticas precisam ser intersubjetivas nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. Sendo assim, temos aqui colocado um grande desafio na busca por esta integralidade vertical, pois estamos nos deparando com questões que ultrapassam o saber técnico – científico. Torna-se necessário o desenvolvimento de novas habilidades profissionais, como a capacidade de escuta, de diálogo e de percepção para agir e ofertar, de maneira coerente, e que deve estar afinada e contextualizada ao momento de cada encontro que ocorre entre profissionais e usuários (Mattos, 2004).

Já o segundo sentido de integralidade está voltado para a perspectiva da organização dos serviços. Uma vez que um estabelecimento de saúde não reúne em si a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, a integralidade do cuidado só pode ser alcançada por meio do estabelecimento de redes assistenciais, que devem atuar de forma conjunta, promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Bender et al., 2010).

Nesse sentido os serviços organizados na perspectiva da integralidade não deveriam ser serviços engessados e sim serviços que assegurassem uma organização contínua do processo de trabalho das equipes consoante às necessidades da população (Mattos, 2001). É preciso uma articulação entre os serviços das unidades de saúde e as diferentes tecnologias disponíveis na rede assistencial para que se atendam as necessidades e com isso se garanta a integralidade (Paim; Silva, 2010).

Sendo assim, Cecílio (2001), em acordo com estes dois primeiros significados do termo integralidade, afirma que embora estas duas “integralidades” guardem em si o mesmo significado, ocorrem em momentos diferentes da trajetória dos usuários pelo sistema de saúde. Existem tecnologias que respondem por certas necessidades e que são ofertadas pelas equipes nas unidades de saúde, que denominamos integralidade micro, e aquelas que demandam diferentes tecnologias não ofertadas pelos serviços de atenção básica, que denominamos integralidade macro. Por isso a integralidade micro, não conseguirá solucionar todos os problemas demandados por mais comprometidos que sejam os profissionais. Torna-se necessário que o sistema de saúde ofereça um aparato de serviços em outros níveis para garantir a finalização e a resolubilidade de determinada necessidade, garantindo-se então a integralidade macro.

Dessa forma, da articulação entre a integralidade micro e a macro resultaria a integralidade ampliada, que segundo Narvai (2005), para que seja alcançada seriam necessárias ações sobre todos os determinantes de saúde e doença, o que englobaria as ações intra e intersetoriais.

Estamos então diante do terceiro sentido atribuído por Mattos (2001) à integralidade, que ressalta a integralidade como atributo que perpassa a construção de políticas desenhadas em resposta à necessidade de saúde de uma população. As ações governamentais, neste sentido, devem envolver tanto ações de prevenção e promoção quanto assistenciais para responder da forma mais adequada à necessidade dos indivíduos. Portanto, é necessário construir políticas articuladas com outros setores para melhor responder pelos determinantes do processo saúde-doença, de forma que a oferta destas ações seja capaz de captar os diferentes grupos que são atingidos pelas políticas e respeitar suas especificidades, entendendo que o contexto social influencia nos resultados dessas políticas. Este terceiro ramo da integralidade, estaria então intimamente ligado à necessidade de articulação das ações intersetoriais na construção de políticas públicas que incidam sobre as condições de vida e dos determinantes de saúde e riscos de adoecimento da população (Mattos, 2001; Paim; Silva, 2010; Siqueira; Bussinger, 2010).

Para Mattos (2001), os sentidos inacabados sobre os conceitos de integralidade, servem como potenciais vetores de transformação das práticas no Sistema Único de Saúde, por isso mesmo, seria equivocado esperar um conceito unívoco para integralidade, posto que perderíamos a sua totalidade, restringindo a possibilidade de ampliação de alguns de seus sentidos.

De uma forma geral, em sistemas direcionados a uma política de cuidados primários, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, seja pensando-se nela como diretriz política, ideal ou objetivo a ser alcançado (Conill, 2004).

2.2 Redes de Serviços e o Sistema de Referência e Contrarreferência

Como vimos anteriormente, a incorporação do conceito da integralidade no arcabouço legal do Sistema Único de Saúde acabou exigindo que os serviços fossem organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema, o que acaba por nos remeter ao papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde, de forma a disponibilizar todos os recursos e conhecimentos tecnológicos para o bem estar da população (Brasil, 2007).

Sendo assim, o SUS foi estruturado para que seu funcionamento ocorra em rede e para isso ele precisa disponibilizar serviços com diferentes tecnologias. Esta necessidade de se ofertar serviços nos diferentes níveis gerou a necessidade de se implantar os processos de hierarquização e regionalização (Silva, 2011).

Por hierarquização se entende que cada nível ofertará um conjunto de procedimentos com diferentes recursos tecnológicos, já a regionalização se refere aos serviços oferecidos em determinado território que possa dar resposta às necessidades da população que ali vive. A necessidade de racionalização e potencialização dos recursos, racionalização do trabalho e otimização do cuidado com a saúde, também servem de justificativa para que tenhamos um sistema de saúde claramente definido em níveis de atenção (Costa, 2004).

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente já era recomendada desde a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, tendo sido reforçada na VI e VII Conferências. Contudo, foi apenas na VIII Conferência Nacional de Saúde, quando o direito à saúde foi elevado à condição de responsabilidade do Estado, sendo previsto o acesso universal em todos os níveis de atenção, que tanto a regionalização como a hierarquização dos serviços foram apresentados como princípios de uma nova política da saúde (Juliane; Ciampone 1999).

No que se refere aos níveis de atenção, o nível mais elementar é a chamada atenção básica ou primária, que funciona como porta de entrada do sistema e compreende serviços de baixa ou nenhuma complexidade, ofertados principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) (Costa, 2004).

Por ter sido o SUS concebido a partir de uma proposta de se organizar um modelo de atenção pautado no conceito ampliado de saúde, atribui-se um importante papel para a atenção básica à saúde. A atenção básica ou atenção primária, segundo Starfield (2002, p. 26), é entendida como:

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Na atenção básica, deve ser oferecido um conjunto de ações que abrangem a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo. Considerando a dinâmica social existente no local de atuação, a atenção básica deve ser responsável por responder pelos problemas de maior frequência e relevância da população, orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, da responsabilização e da participação social (Brasil, 2006b).

Deve ser entendido como o nível de contato preferencial do usuário ao sistema. Para que se tenha uma atenção à saúde de qualidade neste nível, é necessária uma mudança das práticas, a fim de que se garanta uma organização dos serviços na perspectiva da integralidade. A integralidade deve estar fortemente considerada neste nível, pois principalmente para o sistema de saúde brasileiro, que segundo Paim e Silva (2006) é profundamente comprometido com a universalidade, não seria interessante que a população tenha apenas acesso universal a um sistema com cuidados fragmentados e descontínuos, mas sim acesso a um sistema com cuidados integrais (Conill, 2004).

É esperado que a atenção básica resolva 80% das demandas dos usuários. Uma melhor organização da atenção básica, gera menos encaminhamentos e contribui para um planejamento dos recursos a serem alocados nos serviços que são necessários a população, promovendo uma maior resolubilidade e um melhor desempenho do sistema como um todo (Franco; Magalhães Jr 2007). Além da organização são necessários profissionais com visão ampliada do processo saúde doença e com qualificação técnica e científica adequada.

Os estabelecimentos que compõem este nível de atenção são responsáveis pelo atendimento imediato, sem burocracias e com maior resolubilidade possível. Porém, caso o problema do usuário não encontre solução neste nível, cabe também à atenção básica o papel de orientar seus usuários para acompanhamento nos demais níveis do sistema (Brasil, 1990).

Por maior que seja a competência da equipe que atua na atenção básica, e por mais qualificada que sejam as ações neste nível de atenção, a integralidade só poderá ser alcançada com a existência de serviços em outros níveis de atenção, que garantem a continuidade da assistência para responder as necessidades da população (Cecilio, 2001).

Por isso, temos a atenção secundária, que é responsável pela oferta de ações mais especializadas e que exigem recursos humanos também especializados e equipamentos mais sofisticados ou de maior complexidade. Este nível de atenção pode ser ofertado em uma unidade de saúde de médio e grande porte, em nível ambulatorial, que abrigue profissionais especialistas e equipamentos pertinentes à oferta dessas especialidades (Costa, 2004).

A clientela deste nível deverá ser mais seletiva, tendo que ser referida pelos postos e centros de saúde ambulatoriais da atenção primária, para os quais deve retornar após a realização da consulta ou tratamento especializado (Cohn; Elias, 2003).

Cecílio (1997), atribui a este nível de atenção mais duas funções: servir como uma espécie de “ambulatório de egressos” para dar cobertura aos pacientes em alta

do hospital e que continuassem necessitando de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, mas passível de ser realizado fora do ambiente hospitalar, e realizar a capacitação das equipes locais, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas no nível da “atenção primária”.

A atenção terciária, ofertada em âmbito hospitalar, diz respeito aos serviços de alta complexidade, tanto no nível de especialização dos recursos humanos, quanto de área física apropriada. Neste nível de atenção, os cuidados geralmente são prestados em hospitais gerais ou centros médicos complexos, que requerem um alto grau de especialização dos recursos propedêuticos, bem como tratamentos sofisticados (Cohn; Elias, 2003; Costa, 2004).

Para responder a amplitude das demandas da população sabemos que apenas as ações intra setor da saúde não são o suficiente, porém são uma parte indispensável para que a população tenha seguramente uma resposta para sua demanda. Entretanto, é necessário que o sistema garanta os serviços nos três níveis de atenção e que estes serviços de diferentes complexidades estejam articulados na perspectiva de uma rede que funcione de forma organizada e harmônica, garantindo-se a integralidade.

A integralidade da atenção numa rede de ações e serviços de saúde pressupõe, ainda, a correspondência entre a escala das unidades de atenção, o território e sua população, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos (Giovanela et al., 2003).

Além disso, essa hierarquização dos serviços, por níveis de complexidade e capacidade resolutiva crescente dos serviços de saúde, tem como premissa, a necessidade de integração das ações de saúde. Evitando-se assim a demanda desigual e duplicidade de serviços, fatores que acabam contribuindo para o desperdício e encarecimento da atenção à saúde (Favero, 1986).

Entende-se então que para a efetivação dos propósitos do SUS, em especial a integralidade da atenção, o funcionamento e a conformação dos serviços de saúde

precisa ocorrer na lógica das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, oferecendo uma condição estruturalmente mais adequada para efetivação destes propósitos (Silva, 2011).

Para isso, também é necessário que se tenha o estabelecimento de uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade. De forma que o paciente possa ser assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Essa comunicação, onde um serviço informa o outro sobre o estado de saúde do paciente, doença e tratamento do indivíduo, só é possível de ocorrer através de um sistema de referência e contrarreferência (Fratini, 2007).

Para Menezes (1998), tanto a densidade tecnológica dos diferentes níveis que credencia com maior ou menor suficiência para a resolução de problemas, como a existência de um mecanismo formal administrativo de referência e de contrarreferência que pressupõe um movimento no mínimo bidirecional de pacientes e informações, são aspectos fundamentais no processo de hierarquização.

No dicionário, encontra-se o significado de referência como sendo o ato ou efeito de referir, ou o que se refere (Ferreira, 1977). Contrarreferência então pode ser entendida como ato de redirecionar, reencaminhar. São poucas as definições mais técnicas em relação ao conceito de referência e contrarreferência, que apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos, quanto na efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não.

Dessa forma, a organização do sistema em pirâmide, representa uma tentativa de racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contrarreferência, trabalhando-se as necessidades de assistências das pessoas nos espaços tecnológicos adequados (Cecílio, 1997). Em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio, são disponibilizados para os usuários, as ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio

de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Quando existe a necessidade de se reconduzir o cidadão para um atendimento em um nível mais básico, utiliza-se o sistema de contrarreferência. (Brasil, 2003).

O Ministério da Saúde, inclusive, define o sistema de referência e contrarreferência, como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (Brasil, 1997).

É de fundamental importância que além da existência de registros escritos, se faça o uso da comunicação pessoal ou por telefone, a fim de repercutir na melhora da qualidade da assistência oferecida ao usuário. Faz-se necessário também que todos os envolvidos nesse processo sejam instruídos, visando promover dessa forma, a integralidade do cuidado. Subentende-se, nessa análise, que a busca de mecanismos facilitadores para o estabelecimento de processos de referência e contrarreferência, pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade (Fratini, 2007).

Podemos dizer que a regionalização e a hierarquização, não são consequências apenas do princípio da integralidade, de certa forma referem-se também a equidade na medida em que os usuários com diferentes necessidades de saúde são igualmente tratados pelo sistema de saúde na medida de suas desigualdades, e de acordo com Cecílio (2001), referem-se também ao princípio da universalidade, pois segundo este autor não é possível que tenhamos integralidade e equidade sem que o acesso universal seja garantido.

Também estão a hierarquização e regionalização ligadas à diretriz da descentralização, pois à medida que temos um sistema composto de diversos níveis de atenção, temos também a possibilidade desses diversos níveis serem administrados por diversas esferas governamentais, o que acaba por redistribuir responsabilidades quanto às ações e os serviços de saúde (Fratini, 2007).

Em um panorama de futuro, onde as chamadas “condições crônicas” deverão representar 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento, serão

exigidos dos sistemas de saúde a ação integrada de diferentes serviços e profissionais de todos os níveis de complexidade do sistema de saúde numa rede efetiva de serviços, com garantia de continuidade dos cuidados, pois o controle destas condições crônicas demandam ações de prevenção, promoção, detecção precoce e controle (tratamento continuado para evitar o agravamento dos casos) (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Por fim é importante citar que nas reformas recentes de sistemas de saúde de alguns países europeus, a coordenação entre a atenção primária e secundária, também denominada por alguns autores como “interface”, vem recebendo ampla atenção com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde. Nesses países, além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, as possíveis formas de interface com a atenção secundária vão desde a consultoria de “curto ou longo prazo” e a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica. Tudo isso visando o fortalecimento da atenção primária à saúde (Chaves et al., 2010).

2.3 A Rede de Serviços de Saúde Bucal no SUS

Segundo Moyses e Goes (2012), historicamente a saúde bucal esteve atrasada em relação à integração e à oferta de serviços se compararmos com outras áreas da saúde. Os indicadores epidemiológicos desfavoráveis comprovavam os resultados desta pouca inserção da saúde bucal no sistema público.

Anteriormente ao SUS, em 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, membros participantes descreveram o modelo de prática e assistência odontológica vigente como ineficaz, ineficiente, descoordenada, mal distribuída, com baixa cobertura e de enfoque curativista, e ressaltaram a importância da participação da odontologia nos serviços básicos de saúde (Brasil, 1980).

Ainda nessa fase, em 1986, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), muito foi debatido a respeito da saúde bucal ser parte integrante da saúde como um todo, o que não evitou que a inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde tenha sido marcada por entraves e incoerências (Zilbovicius, 2005).

Mesmo com a implantação do SUS em 1988, a assistência odontológica continuou contribuindo muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações. De modo geral, continuava predominando a assistência odontológica com os mesmos traços da prática privada, com características iatrogênico-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista individualista e centrada na técnica, reflexo da formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas (Oliveira et al., 1999).

A existência desta prática excludente foi ratificada em 1998 através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde. Ficou constatado nesta pesquisa, que aproximadamente 27,9 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, e que dentre aqueles que recebiam até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório odontológico era nove vezes maior do que entre aqueles que ganhavam mais de vinte salários mínimos (Brasil, 2002).

Os resultados desta pesquisa tiveram como impacto direto, por parte do Ministério da Saúde, o estabelecimento de um incentivo financeiro para a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB), através da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes da ESF. Tal medida tinha como principais objetivos de ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal e diminuir os índices epidemiológicos (Matos, 2004).

Porém, salvo em locais onde há algum tempo se havia experimentado modelos de gestão em saúde mais comprometidos com os avanços sociais necessários, e nestes, particularmente, onde essas gestões foram frutos de administrações democráticas, a atenção básica em saúde bucal se mostrava pouco

resolutiva. Esta ineficiência do sistema, aliada a não existência e/ou indefinição de um sistema de referência para atendimentos a especialidades odontológicas, produzia demandas reprimidas enormes para os demais níveis, dificultando a integralidade do desenvolvimento das atividades em saúde bucal, dado o acesso restrito às ações nos níveis de maior complexidade do sistema (Calado, 2002; Pucca, 2006).

Dados do Levantamento Epidemiológico (SB Brasil 2003), ao demonstrarem que aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos brasileiros usavam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária, aliados a um amadurecimento do processo de gestão em saúde pública no Brasil, reforçaram ainda mais a ideia de que muito ainda teria de ser feito para mudar o panorama epidemiológico da saúde bucal no Brasil (Saliba et al., 2010).

Diante do quadro acima exposto, da relevância da saúde bucal que o país começava a experimentar, das dificuldades vivenciadas até então, e da inexistência de uma política nacional para o setor, o Ministério da Saúde finalmente lança em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com a proposta de resgatar o direito do cidadão à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso até então (Costa, 2006).

Lançada na agenda política brasileira em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Brasil Sorridente, estabelece como principais ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde:

- Ações de Promoção e Proteção de Saúde: que envolvem fluoretação das águas, ações de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor;
- Ações de recuperação: que envolvem o diagnóstico e tratamento de doenças

- Ações de reabilitação: consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

Além disso, a PNSB determinou uma ampliação e qualificação da atenção básica, sendo que para isso estão previstas as seguintes ações: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolatividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na atenção básica e ampliação do acesso (Brasil, 2004).

A PNSB também apresentou dentro de seus pressupostos a expansão da rede de atenção secundária e terciária no setor odontológico. Para isso, entre outras ações, prevê a Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que seriam locais destinados ao tratamento especializado em saúde bucal na rede pública, e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Com a implantação do Brasil Sorridente e dos CEOs, temos um fato inédito na história das políticas de atenção à saúde bucal no Brasil: é a primeira vez que se desenvolve a nível nacional, um conjunto de ações que é maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002, assim como pela primeira vez o governo federal passou a oferecer tratamento odontológico especializado na rede pública (Pucca, 2006).

Os CEOs são estabelecimentos de saúde classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como serviço especializado de Odontologia para realizarem, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (Brasil, 2006a).

Quanto ao funcionamento do sistema, a Atenção Básica fica responsável pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos CEOs dos casos mais complexos. Dessa forma, o tratamento oferecido nos CEOs é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas Equipes de Saúde Bucal. Consequentemente, o acesso do usuário ao CEO depende dos serviços de referência, ou seja, para ser atendido nestes centros é necessário passar anteriormente pela Unidade Básica de Saúde (UBS) para enfim conseguir um agendamento no CEO mais próximo da UBS (Souza, 2009).

Não se espera, no entanto, que este seja um modelo engessado a ser seguido por todos os sistemas locais de saúde bucal, até porque a prática clínica na área de saúde prevê uma série de diferenças regionais que podem influenciar na forma como estes sistemas estão constituídos (Narvai; Frazão, 2008).

Apesar de ter sido lançado em 2004, a definição das ações a serem desenvolvidas nos níveis de atenção só foram devidamente elencadas em 2008, quatro anos da implantação de diversos CEOs, com o lançamento pelo Ministério da Saúde, do Manual de Especialidades em Saúde Bucal. No planejamento inicial, a implantação do Brasil Sorridente se apoiou principalmente nos dados epidemiológicos do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal de 2002-2003, chamado SB Brasil 2002-2003. Outros pontos, como a definição dos municípios a possuir CEOs, a capacitação dos recursos humanos para trabalhar nos referidos centros, a formação de uma rede de atenção básica capaz de atender a necessidade primária em saúde bucal, entre tantos outros pontos, não foram considerados neste planejamento inicial (Souza, 2009).

Espera-se que a implantação do Brasil Sorridente sirva de marco na história das políticas de atenção à saúde bucal no Brasil. O ineditismo dessa política merece congratulações, e se bem executada, espera-se que traga uma melhora considerável nos níveis de saúde da população brasileira para os próximos anos, fato que poderá ser comprovado nos próximos levantamentos epidemiológicos (Souza, 2009).

A saúde bucal, por ser parte integrante da saúde como um todo, não deve estar desvinculada das demais áreas. Dessa forma, é importante ressaltar que não é coerente pensar num modelo somente para a saúde bucal, pois não existe uma integralidade própria da saúde bucal e sim integralidade em saúde na qual está subentendida a sua inclusão (Narvai; Frazão, 2008).

2.4 As Representações Sociais nas Avaliações dos Serviços de Saúde

O campo de avaliação em serviços de saúde tem se desenvolvido progressivamente no Brasil, passando por um processo de diversificação conceitual e metodológica a fim de se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde. Englobam desde a realização de pesquisas acadêmicas visando à avaliação de serviços de saúde, até as pesquisas avaliativas realizadas pelo Ministério da Saúde que servem de subsídio para a elaboração de políticas e programas setoriais e a divulgação de seus resultados (Novaes, 2000).

Uma dessas maneiras de se fazer avaliação no campo da saúde, consiste em buscar as representações sociais de um grupo em relação a determinados aspectos relacionados ao funcionamento de um sistema de saúde.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 30):

[..] um modo legítimo (não por certo o único) de conceber as representações sociais consiste em entendê-las como a expressão do que pensa ou acha determinada população sobre um determinado tema. Esse pensar, por sua vez, pode se manifestar, dentre outros modos, através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas desta população. Essas pessoas são inquiridas individualmente sobre o tema, por pesquisadores que participam de projetos de pesquisa destinados, no todo ou em parte, a conhecer, de modo sistemático, essas representações.

Na busca por estas representações sociais, os pesquisadores da área da saúde produzem conhecimento sobre determinados fenômenos sociais que afetam o processo saúde doença, e que acabam por repercutir na vida das pessoas que,

mesmo inseridas num determinado grupo social, não deixam de possuir ideias, crenças, concepções, visões de mundo e conhecimentos próprios, de senso comum (Ozaki, 2005).

Nas ciências sociais, as representações sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Émile Durkheim foi quem primeiro tratou deste conceito, mas ele usava o termo “representações coletivas” quando se referia a categorias de pensamento através das quais uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade (Minayo, 2014).

Foi o psicólogo social francês Serge Moscovici, em 1961, que desenvolveu as primeiras bases teóricas sobre a teoria das representações sociais, em sua obra intitulada “A representação social da psicanálise”, título da versão para o português. Nessa obra, o autor procura analisar o que ocorria quando uma nova ciência, no caso a psicanálise, abandona o domínio dos especialistas e ingressa no cotidiano das pessoas, conquista a imaginação delas, torna-se um evento cultural que afeta a vida da sociedade e se dissemina nessa determinada população (Moscovici, 1978).

Para Sá (1995) as representações sociais nada mais são do que os saberes do senso comum que são originados em grande parte pelos saberes científicos, que sofrendo forte influencia do local onde estes profissionais atuam, são apropriadas pelo senso comum e são transformados e repassados através de diversos divulgadores.

A teoria das representações sociais baseia-se no fato de que embora os indivíduos de um mesmo grupo social possam ser bastante diferentes quando analisados em suas personalidades e aspectos psicológicos, podemos notar uma expressiva similaridade na estrutura básica das experiências sociais, pensamentos, ações, padrões de linguagem, racionalizações e hábitos, fato que no entender de Wagner (2003), representam “variações de um padrão comum subjacente, possível dentro de dadas condições sócio-culturais de vida”.

Para Minayo (2014, p. 236), a categoria Representação Social pode ser utilizada de diversas formas na prática de pesquisas qualitativas, tanto para a realização de entrevistas como para a observação de campo. Para esta autora:

[...] As representações sociais se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, ele possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade, como evidenciam diversos autores.

Lefevre et al. (2009) define as representações sociais como esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitir, no seu cotidiano, juízos ou opiniões. Com o intuito de criar uma metodologia que pudesse subtrair as representações sociais através dos depoimentos individuais, o autor agrupa esses discursos por semelhança semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião social.

Dessa forma, através do depoimento de profissionais trabalhadores do SUS e de usuários deste sistema, pode-se subtrair, a partir do relato da experiência e da vivência deles em relação ao sistema de referência e contrarreferência, a percepção destes atores em relação a este aspecto do Sistema Único de Saúde.

2.5 O Sistema de Referência e Contrarreferência como Objeto de Estudo

Desde a década de 70, alguns estudos já apontaram falhas nos sistemas de encaminhamento de pacientes entre diferentes estabelecimentos de saúde. Mais precisamente, no período entre 1972 e 1973, foi conduzido um estudo na Inglaterra entre 100 médicos clínicos, que trabalhavam nas áreas de captação de quatro hospitais, em busca de fatores que comprometessem a comunicação. Neste estudo concluiu-se que a comunicação entre médicos que trabalham em unidades periféricas com os trabalhadores da rede hospitalar, era rara e repleta de falhas (Long; Atkins, 1974).

No Brasil, problemas na organização do sistema de referência e contrarreferência são observados desde a década de 80. Anteriormente à implantação do SUS, Araújo (1988) avaliou o funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência de pacientes em uma rede de serviços básicos em uma microrregião do estado da Bahia coberto pelo Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (PDRI-NE). Ele concluiu que somente a construção de um novo modelo organizativo, onde fossem assegurados os critérios de regionalização, hierarquização, integralização e democratização, poderia superar os obstáculos e desafios existentes para a organização e o desenvolvimento da referência e contrarreferência.

Cecílio (1997) fala da existência de certas “clientelas cativas” nos serviços ambulatoriais especializados, que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas na rede básica. Essa forma que a população, principalmente aqueles que dependem exclusivamente do SUS, utiliza para resolver os seus problemas de saúde, montando o seu “menu” de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita, acaba por prejudicar o atendimento dessa mesma população na medida em que eles tentam furar os bloqueios de todas as formas, acessando aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, visto que o sistema de saúde não se organiza para isto. Em contrapartida, frequentemente os médicos da rede se “livram” dos pacientes, e ao invés de fazer o seguimento no centro de saúde, fazem o encaminhamento destes para os especialistas.

Neto (1997) constatou a necessidade de uma melhor instrumentalização dos serviços de saúde quanto ao atendimento das crianças que frequentavam creches, e também a valorização da ficha de encaminhamento da criança visando à otimização da assistência dada às crianças que eram encaminhadas de creches municipais de São Paulo para os serviços de saúde, a partir da análise do instrumento de referência e contrarreferência.

Juliani e Ciamponi (1999), que verificaram a percepção dos enfermeiros no funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e fatores estruturais do sistema local do SUS no município de Botucatu-SP, apontaram a falta de informação

da população, problemas organizacionais e problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção como os principais entraves para o adequado funcionamento deste sistema. O sistema de referência funcionava de maneira razoavelmente adequada, já a contrarreferência praticamente inexistia, sendo que muitas vezes as informações eram trazidas pelos próprios usuários à Unidade de origem. Além disso, este estudo apontou que muitas vezes o relacionamento interpessoal entre os profissionais envolvidos acaba sendo um fator determinante para o sucesso e agilidade dos encaminhamentos, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente. As internações, por exemplo, dependem essencialmente do vínculo do médico que a requer com as instituições hospitalares do Município, sendo difícil o encaminhamento quando o médico não possui esse vínculo.

No estudo de Pinheiro et al. (2002), a ausência de dinheiro, o horário incompatível, a dificuldade de transporte ou a distância e o atendimento demorado foram os principais motivos da não procura pelos serviços de saúde daqueles que consideravam necessitar do atendimento. Este mesmo estudo evidenciou que uma parte considerável dos usuários atendidos no nível secundário de atenção, não passou pelo profissional da atenção básica. Uma boa parte veio encaminhada da unidade de Pronto Atendimento e para outra parte, a porta de entrada foi o próprio CEO.

Em um estudo conduzido para se verificar a forma de deslocamento dos usuários à unidade de saúde, Ramos e Lima (2003) verificaram que a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde.

Shimizu et al. (2004), em seu estudo, destaca que em diversas regiões do país, são encontradas dificuldades que acabam por dificultar o alcance de alguns dos princípios do SUS, evidenciando a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência entre Centros, Postos de Saúde e ESF. Entre essas dificuldades ele destaca a falta de agilidade no encaminhamento de pacientes para realizar atendimento com especialista, sendo que o sucesso e a agilidade dos

encaminhamentos, na maioria das vezes, dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e informalidade.

Fratini (2007) aponta para a intersetorialidade e a institucionalidade como fatores indispensáveis para a referência e contrarreferência, para isso, avaliou um programa de referência e contrarreferência em um Hospital Geral, localizado na região do Vale de Itajaí, no estado de Santa Catarina. Para o Hospital, o sistema contribui para a agilização das altas médicas, redução de custos hospitalares, rotatividade de leitos e satisfação do usuário. Para o paciente e a família, facilita acesso aos serviços de saúde, o atendimento integral e segurança em seus cuidados, além da redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes. Para a equipe de saúde, fortalece o vínculo e a interdisciplinaridade.

A falta de integração entre os profissionais dos diversos níveis de atenção do sistema foi demonstrada por Medeiros (2007) como um dos fatores que dificulta tanto a atenção integral do usuário quanto o entendimento do processo produtivo de saúde. Quando o único elo entre os diversos profissionais destes níveis se dá exclusivamente pelos encaminhamentos, mantendo a divisão do trabalho em áreas compartimentadas, promove-se a desintegração entre os níveis de atenção, tornando mais difícil a acessibilidade funcional do usuário e contribuindo para o processo de trabalho fragmentado.

Segundo Viorklumds et al. (2007), a falta de resolutividade da Atenção Básica, poucas horas de atendimento dos profissionais de saúde ou de funcionamento das unidades de referência, e também o próprio desconhecimento da organização do sistema por parte dos usuários, também são problemas que promovem a chamada referência imprópria pois se a população não conta com as ferramentas adequadas para resolver os problemas na Atenção Básica, acaba recorrendo aos níveis de maior especialização. Dessa forma a população mostrou que independentemente do nível de atenção, a população procura resolver seus problemas onde lhe for mais oportuno e as barreiras sejam minimizadas.

Lopes (2008) estudando o programa de referência e contrarreferência que vinha sendo desenvolvido na alta hospitalar num hospital de grande porte no município de Blumenau, Santa Catarina, onde o sistema de saúde se organizava sob a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade, concluiu que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde não se limitava apenas ao sistema de saúde propriamente dito, mas dependia, principalmente, de como os profissionais se organizavam e priorizavam as necessidades apresentadas pela população usuária destes serviços.

Figueiredo e Goes (2009) destacam o importante papel do profissional da atenção primária que atuando na porta de entrada do sistema funciona como o elemento desencadeador na determinação da referência. Atuando na porta de entrada do sistema ele desenvolve a função de agente de triagem, estimulando a demanda em termos de identificar os pacientes que se beneficiariam do cuidado especializado, promovendo a referência ao paciente e controlando a demanda imprópria. Ele aponta que as referências impróprias ao cuidado secundário, aquela que chega ao sistema de forma inadequada ou por via externa que contraria a organização vigente no SUS, são custos desnecessários, não obstante o efeito em listas de espera. Nesta situação também fica impossível de ocorrer a contrarreferência, pois esta apenas pode existir se o usuário tiver realmente sido encaminhado através da Atenção Básica, da Unidade de Saúde.

A falta de integração da rede de nível secundário e terciário com as equipes da atenção básica gera uma série de problemas. A subutilização da diversidade de ações ofertadas gera prejuízos para a saúde da população, e por outro lado, a super utilização em relação em algumas ações que poderiam ter sido tomadas na atenção básica, gera prejuízos financeiros para a gestão municipal (Harzeim, 2009).

O estudo de Kantorski et al. (2009) apontou para a questão do acesso aos demais níveis de assistência associado ao longo período de espera pelo exame e a inexistência do acolhimento nos serviços.

Bender et al. (2010) aponta como principais causas de falhas no sistema de referência e contrarreferência desde uma inadequada orientação quanto à realização da consulta, até a comunicação ao usuário sobre o agendamento. Além disso, outros fatores colaboram para a ocorrência destas falhas, como a não compreensão por parte do usuário do endereço da consulta, a grande distância implicada no deslocamento do usuário à unidade de referência e o considerável período de tempo entre a consulta na Atenção Básica e a data agendada para a consulta especializada.

Oliveira (2010) concluiu que a referência e contrarreferência pode ser importante tanto no sentido de vincular e acompanhar o fluxo do usuário no sistema, como também para facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, especialmente nesse momento em que os sistemas de informação estão sendo cada vez mais utilizados no setor saúde. Sugere também que para que este importante meio de comunicação se torne mais eficaz e seja utilizado coerentemente com os preceitos a que se propõe o SUS, sejam desenvolvidos métodos de conscientização e de capacitação dos profissionais que utilizam este sistema.

Chaves et al. (2010), tendo como base o atendimento em um Centro de Especialidades Odontológicas, concluiu que usuários com facilidade de acesso geográfico e mais jovens tiveram mais chance de receber assistência integral. Além disso, detectou que em municípios onde a atenção básica não estava bem estruturada, a atenção secundária acabava por atender a livre demanda de pacientes e executando procedimentos básicos, descumprindo assim o seu papel de atenção secundária e consequentemente ferindo o princípio da integralidade.

Serra e Rodrigues (2010) destacam como principais problemas que interferem no encaminhamento dos pacientes para o nível secundário, a própria inexistência ou precariedade da contrarreferência, limitada oferta de consultas e exames, baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos, precariedade dos sistemas de informação e comunicação, significativa influência política na gestão das unidades, grande diversidade nas denominações das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços e a má organização das atividades de regulação, além das dificuldades de acesso aos serviços por conta dos preços

das passagens. Tais problemas decorrem das deficiências de gestão, como a falta de planejamento da sua oferta e a pequena capacidade de regulação por parte dos gestores.

Para estes autores, tanto a proximidade das unidades dos diferentes níveis de complexidade quanto o dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde, interferem nas condições de acesso da população às ações e serviços de saúde. Para garantir o acesso da população é de fundamental importância que esta tenha direito à informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e as condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados. Para que isto ocorra, faz-se necessária uma denominação clara de cada nível de atenção e das unidades e serviços ofertados a fim de facilitar sua identificação pelos usuários. Tal situação contribuiu para uma menor resolubilidade do programa, provavelmente acarretando o agravamento desnecessário da saúde de diversos pacientes, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS, ficando prejudicado o sistema de referência e contrarreferência, assim como a integralidade e continuidade dos cuidados.

Chaves et al. (2012) observou em seu estudo que mais de 75% dos pacientes levaram a ficha de referência quando encaminhados para a atenção secundária, porém destes, menos de 40% retornaram a atenção básica com a ficha de contrarreferência.

Com relação às faltas de pacientes referenciados aos tratamentos especializados, Borghi et al. (2013) apontam que problemas como, deficiências na sinalização da unidade de referência, centralização dos serviços secundários para bairros mais centrais e pouca informação aos usuários, pelas unidades básicas, sobre a localização da unidade de referência, foram citados como causas para o absenteísmo. Neste estudo também foi apontada a necessidade de que o profissional especialista empenhe-se melhor na contrarreferência e, sobretudo, na informação dos pacientes sobre a importância desse retorno na resolutividade final do caso, uma vez que o não retorno do paciente à unidade de origem constitui-se em um entrave para a integralidade, na medida em que não há continuidade da atenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este estudo tem por objetivo analisar a percepção de profissionais e usuários do SUS a respeito de alguns aspectos relacionados ao modo de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência dentro das unidades envolvidas nesta pesquisa.

3.2 Objetivos Específicos

- Subtrair através dos depoimentos de profissionais e usuários, as representações sociais deste grupo em relação oferta de serviços em saúde bucal disponibilizados pelo SUS.
- Subtrair as representações dos profissionais em relação à necessidade de aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência, e à importância da contrarreferência.
- Verificar alguns aspectos do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência nessas unidades e identificar as dificuldades que profissionais e usuários encontram nesse processo.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trata de um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço das relações, que devido a sua profundidade, não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1996).

O estudo toma como objeto, de um lado, as representações de profissionais e usuários em relação a alguns aspectos do sistema de referência e contrarreferência procurando identificar como estes aspectos interferem na dinâmica do fluxo de usuários no sistema de saúde. E de outro lado toma alguns aspectos operacionais dos processos de trabalho nas unidades envolvidas, a fim de contextualizá-los com o discurso proferido pelos profissionais e usuários.

Dessa forma, procurou-se enfatizar algumas dimensões subjetivas e objetivas do processo de encaminhamento de usuários entre os diversos níveis de atenção, com vistas a verificar a consolidação de alguns princípios do SUS, em especial o da integralidade da atenção.

4.2 Cenários do Estudo

A coleta dos dados foi realizada em três unidades de saúde distintas, que trabalham sob diferentes modalidades de atendimento e em dois níveis diferentes de atenção. São elas: a Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba, que atende segundo a Estratégia Saúde da Família, no nível primário de atenção; a Unidade de Saúde de Vila Helena, também do nível primário de atenção, porém atendendo no

modelo tradicional; e o CEO Vila Maria/Vila Guilherme que realiza atendimento especializado, inserido no nível secundário de atenção.

A Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba localiza-se no município de Santo André, faz parte da Gerência de Saúde III e está distante 35 quilômetros do centro da cidade. A região encontra-se em área de mananciais sendo que a Vila de Paranapiacaba (parte baixa) é tombada pelo patrimônio histórico em uma área correspondente a 83,22km². No local há uma creche, uma EMEIF e uma Escola Estadual de Ensino Fundamental II e Médio.

A equipe de saúde da família da USF Paranapiacaba é responsável pelo atendimento de 2.865 pessoas, contando com um médico generalista, uma enfermeira, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde divididos em seis micro áreas, contando ainda com uma encarregada técnica, uma encarregada administrativa e duas recepcionistas.

A Unidade de Saúde Vila Helena, situa-se no município de Santo André, na Região I, considerada centro do município e é responsável por cerca de 33 mil moradores. Possui 1 encarregada técnica, 2 médicos clínicos gerais, 2 pediatras, 2 ginecologistas, 2 cirurgiões-dentistas, 1 auxiliar em saúde bucal, 5 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras e 10 profissionais administrativos atuando na recepção e farmácia.

O CEO Vila Maria/Vila Guilherme compartilha a mesma edificação com uma UBS tradicional (sem serviço odontológico) e um AMA, embora atualmente a edificação esteja passando por uma reforma completa e os profissionais do CEO estejam espalhados por diversas UBS's da região. Esse CEO é referência para 9 UBS's da chamada micro região Vila Maria/Vila Guilherme.

Trata-se de um CEO tipo 2, com 4 cadeiras odontológicas, que oferta serviços de endodontia (3 profissionais), prótese (3 profissionais), cirurgia buco-maxilo-facial (1 profissional), semiologia (1 profissional), periodontia (2 profissionais) e atendimento a pacientes com necessidades especiais (1 profissional). Os

profissionais se revezam em turnos de 4 horas, sendo que o horário de funcionamento é das 7:00 às 19:00.

Além dos profissionais cirurgiões dentistas, a equipe também é composta por 8 ASB's e 2 recepcionistas. Todo o restante da equipe de apoio (hotelaria, farmácia, administrativo, etc...) não é exclusivo do CEO, sendo responsável também pela UBS e AMA, inclusive a gerência dos 3 setores é realizada por um único gestor, sendo que cada um dos setores possui o seu Responsável Técnico.

O CEO está sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional da Região Norte do Município de São Paulo, que é composta de cinco Supervisões Técnicas de Saúde, entre as quais a Vila Maria/Vila Guilherme, que ocupa uma área de 26,4 quilômetros quadrados, correspondendo a 1,75% da área total do município, com população estimada em 297.713 habitantes, constituindo-se em 2,62% da população municipal. Sua densidade demográfica, de 11.277 habitantes por quilômetro quadrado, é superior à média municipal de 7.077 habitantes por quilômetro quadrado.

Além do CEO, a OSS parceira administra outras 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na região, com três AMA (Assistência Médica Ambulatorial), uma AMA-E (Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades); sendo duas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma UBS com Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e com Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), complementando dessa forma, o atendimento prestado pelo Hospital Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria, pioneiro na microrregião.

4.3 Seleção dos Entrevistados

A participação na pesquisa se deu através da abordagem direta aos usuários e profissionais que trabalham nas unidades. Os usuários eram maiores de idade, pertencentes à área de abrangência das unidades e já tinham recebido atendimento assistencial ao menos uma vez e não apenas para vacinação ou retirada de

medicações. Foram também entrevistados os profissionais de níveis fundamental, médio e superior que atuam no atendimento assistencial, como ACS (agente comunitário de saúde), auxiliar de enfermagem, ASB (auxiliar em saúde bucal), enfermeiros, odontólogos (clínicos gerais ou cirurgiões-dentistas que atuam em uma das especialidades atendidas pelo CEO: endodontia, periodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, prótese, semiologia e pacientes especiais) e médicos (clínicos, ginecologistas, pediatras e da família).

O número total de profissionais entrevistados em cada uma das unidades envolvidas encontra-se na tabela 5.1.

Foram incluídos na pesquisa:

- trabalhadores locados nas três unidades de saúde anteriormente citadas, que atuam diretamente na assistência, contratados em regime estatutário, CLT e comissionados, de quaisquer idades, raça e gênero, com formação em nível superior: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas; nível médio: auxiliares de enfermagem, auxiliares em saúde bucal; e nível fundamental: agentes comunitários de saúde
- usuários pertencentes à área de abrangência das unidades de saúde, maiores de idade, de ambos os gêneros, qualquer raça, que já tenham utilizado as unidades de saúde citadas para atendimento assistencial ao menos uma vez.

Foram excluídos da pesquisa indivíduos que, após a abordagem inicial, não tiveram interesse em participar, ou que resolveram abandonar a pesquisa no decorrer dela, e ainda aqueles que estavam impedidos de participar por férias, licenças, afastamentos, aposentadorias, atuação temporária, mudanças de local de trabalho ou moradia na ocasião da aplicação dos questionários. Usuários menores de idade ou não-pertencentes à área de abrangência das unidades também foram excluídos.

4.4 Procedimentos para a Coleta de Dados

Para a coleta dos dados desta pesquisa, utilizou-se como instrumento, um questionário composto por questões abertas e fechadas, que se relacionavam com o tema desta pesquisa, o sistema de referência e contrarreferência. As questões não eram idênticas para todos os participantes, variando de acordo com seu papel na unidade de saúde. Os instrumentos para coleta de dados são apresentados nos apêndices A e B.

Durante a realização das entrevistas os pesquisadores fizeram adaptações às perguntas para melhorar o entendimento dos entrevistados, porém sem modificar o sentido. Todos os questionários foram preenchidos pelos próprios entrevistados sob a supervisão do entrevistador para os devidos esclarecimentos, caso fosse necessário.

4.5 Análise dos Dados

A fim de se facilitar a análise dos dados e consequentemente atingir os objetivos desta pesquisa, as questões foram agrupadas em 4 eixos de análise. O conteúdo de cada um desses eixos de análise será descrito no capítulo a seguir.

Nos três primeiros eixos, por se tratarem de eixos com questões relacionadas à percepção, foi utilizada a técnica do DSC (Discurso do Sujeito Coletivo). No quarto eixo, por se tratarem de questões mais relacionadas à descrição de aspectos operacionais deste sistema, foi feita apenas uma análise descritiva dos resultados, dando-se ênfase alguns discursos com significado mais importante para o contexto da pesquisa.

4.5.1 Análise dos Eixos 1, 2 e 3 (Discurso do Sujeito Coletivo)

Para análise e apresentação dos resultados encontrados nas questões relativas aos três primeiros eixos de análise, utilizou-se a técnica do DSC, tal como foi proposta por Lefèvre e Lefèvre no final da década de 1990 (Lefèvre; Lefèvre, 2003)

O DSC é uma forma de apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa que busca expressar o pensamento de uma coletividade, como se essa coletividade fosse um único sujeito dotado do somatório de ideias, crenças e convicções de todos os indivíduos que compõem essa coletividade. A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-lo em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

Para dar conta desta discursividade, as perguntas utilizadas nesta técnica devem produzir discursos que expressem pensamentos, o que só pode ser feito utilizando-se questões abertas.

O DSC utiliza-se de quatro figuras metodológicas principais que foram criadas com o intuito de facilitar a confecção dos discursos coletivos. São elas:

- Expressões-chave (ECH): são os pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do discurso ou mais precisamente o conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. Basicamente constituem-se do conteúdo das respostas excluindo-se o discurso excludente, que não é relevante para a pesquisa (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

- Ideias centrais (IC): é a expressão linguística que descreve o sentido de cada um dos discursos analisados, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível. Não se trata de interpretação, mas da descrição do sentido do depoimento. Estão

sempre presentes no discurso, sendo que um mesmo discurso pode apresentar várias ideias centrais (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

- Ancoragem (AC): trata-se da manifestação explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa. Ela deve aparecer de forma explícita e concreta no discurso (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

- Discurso do sujeito coletivo (DSC): trata-se do discurso síntese, obtido a partir de todas as ECH que contém as mesmas IC ou AC. Pode ser visto também como um expediente de apresentação de resultados da pesquisa e constitui-se na peça central para a análise dos resultados obtidos (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

A fim de se facilitar a análise de todos os discursos, são construídos os IAD ou Instrumentos de Análise dos Discursos, que são matrizes (tabelas) onde deverão ser colocados os ECH, IC e AC dos discursos de todos participantes da pesquisa, para cada questão da pesquisa. Todos os IADs utilizados para este trabalho encontram-se nos apêndices C,D,E e F.

Numa primeira etapa, todas as questões são analisadas isoladamente, de modo que os conteúdos de todas as respostas sejam copiados integralmente no campo correspondente ao ECH do IAD correspondente à questão em análise.

Numa segunda etapa, deve-se identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, com recursos gráficos distintos, as expressões chaves das ideias centrais ou, quando houver, as expressões chaves das ancoragens. Essas ideias centrais e ancoragens devem ser colocadas nas caselas correspondentes dos IAD.

Numa terceira etapa, agrupam-se as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido ou de sentido equivalente ou complementar, etiquetando-se cada grupamento com letras A, B, C e assim por diante tantas forem os grupamentos. Em seguida, denominamos cada um dos grupamentos por uma expressão que represente da melhor maneira possível, todas as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido.

Por fim, construímos um segundo tipo de IAD para cada um dos grupamentos encontrados. Copiamos no campo correspondente as expressões chave, todas as expressões correspondentes ao mesmo agrupamento, e no campo ao lado construímos o DSC correspondente.

Para a construção do DSC utilizamos todo o material das expressões chave, eliminando-se alguns particularismos de sexo, idade, eventos particulares, etc..., e dando-se coesão e sentido ao discurso que esta sendo construído, através do uso de conectivos e obedecendo-se a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

A partir daí procede-se com a análise de cada um dos DSC construídos para cada grupamento de mesma ideia central ou ancoragem, em cada uma das questões que compõem a pesquisa.

4.5.2 Análise do Eixo 4

Por se tratarem de questões operacionais, neste eixo de análise utilizou-se uma requantificação dos depoimentos através de um mecanismo de categorização. Para isso, os depoimentos foram analisados e dispostos em categorias que agrupavam aqueles depoimentos que possuíam o mesmo significado. A partir daí, procedeu-se com a contagem do número de discursos individuais presentes em cada categoria, quantificando-os e apresentando seus dados em forma de porcentagem ou números absolutos.

Dentro do material discursivo bruto, procurou-se dar destaque a uma ou outra incidência discursiva procurando enquadrá-la dentro de algum referencial teórico, com o intuito de tornar alguns destes discursos, ou categorias de discurso, em ilustrações da teoria, ou mesmo em ilustrações dos resultados que foram encontrados nos outros três eixos de análise.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) em 03/08/2015 sob o número 1.167.924, conforme consta no anexo A.

Além disso, foram expedidas cartas de autorização para a realização da pesquisa para cada uma das unidades envolvidas nesta pesquisa, conforme consta nos anexos B, C e D.

Após receber do pesquisador informações acerca do propósito da pesquisa, o entrevistado foi convidado a participar dela. Em caso afirmativo, o entrevistado leu e assinou o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (apêndice G e H), e uma vez assinado o termo, o pesquisador iniciou a aplicação dos questionários.

Dada a característica da pesquisa de utilização de questionários escritos, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais ou pessoais (no caso de usuários), contornáveis através da escolha do melhor momento por parte do entrevistado para responder ao questionário.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da População

5.1.1 Profissionais

Para este estudo foram entrevistados, entre os meses de setembro e outubro de 2015, 36 profissionais distribuídos entre os três cenários de análise. Do CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram entrevistados 13 profissionais, da UBS Vila Helena foram 12 profissionais e da USF Paranapiacaba foram 11 profissionais.

Do total de profissionais entrevistados 26 eram do sexo feminino (72,0%) e 10 eram do sexo masculino (28,0%). A idade dos participantes variou de 22 a 68 anos, sendo que a média de idade foi de 46,75 anos.

Quanto ao tempo de serviço no SUS, este variou de 3 meses a 31 anos, sendo que a média encontrada foi de 14,30 anos. Os mesmos profissionais apresentaram tempo de trabalho na unidade que variou de 3 meses a 25 anos, sendo a média neste caso de 8,23 anos.

A tabela 5.1 apresenta a distribuição dos profissionais nas unidades de acordo com o cargo exercido.

Tabela 5.1 - Distribuição dos profissionais entrevistados nas unidades participantes de acordo com o cargo exercido. CEO Vila Maria/Vila Guilherme, UBS Vila Helena e USF Paranapiacaba, 2015

CARGO	UNIDADE							
	CEO VM/VG		UBS VH		USF PAR.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS	-	-	-	-	5	100	5	100
ASB	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	100
Aux. de enfermagem	-	-	4	66,6	2	33,4	6	100
Dentista	8	88,8	-	-	1	11,2	9	100
Enfermeiro	-	-	2	66,6	1	33,4	3	100
Médico	-	-	5	83,3	1	16,7	6	100
Total	13	36,1	12	33,3	11	30,6	36	100

5.1.2 Usuários

Em relação aos usuários, foram feitas 44 entrevistas, sendo que deste total, 34 eram do sexo feminino (77,2%) e apenas 10 eram do sexo masculino (22,8%).

No CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram realizadas 13 entrevistas, na UBS Vila Helena foram realizadas 16, e na USF Paranapiacaba foram realizadas 15 entrevistas. As idades dos participantes variaram entre 23 a 83 anos, sendo que a média encontrada foi de 46 anos.

Apenas oito dos entrevistados referiram estar aposentados ou trabalhando em casa (do lar) e apenas três usuários não eram moradores das localidades onde foram realizadas as entrevistas. Esses três eram usuários do CEO que por ser uma unidade de referência da região, atende a muitos usuários que não são necessariamente moradores da localidade onde se encontra a unidade.

Quanto ao tempo em que esses usuários se utilizam dos serviços dessas unidades, apenas quatro referiram que utilizavam a unidade há menos de um ano. Quanto à frequência de utilização dos serviços dessas unidades as respostas variaram muito, desde um usuário que havia utilizado a unidade uma única vez, até um usuário que referiu utilizar os serviços diariamente.

5.2 Análise e Discussão dos Resultados

Os resultados deste estudo estão representados sob a forma do Discurso do Sujeito Coletivo, construídos a partir do somatório qualitativo das respostas dos entrevistados ao questionário aplicado.

Para se facilitar o entendimento, os resultados e a discussão foram divididos em eixos de análise que facilitam na análise final do objetivo principal deste estudo. Serão apresentados a seguir os resultados e análises de cada um desses eixos:

EIXO 1: Subtrair através dos depoimentos de profissionais e usuários, as representações sociais deste grupo em relação oferta de serviços em saúde bucal disponibilizados pelo SUS.

PROFISSIONAIS

Foi perguntado aos profissionais se eles achavam que o SUS estava preparado para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população, e em seguida foi pedida uma justificativa para a resposta. A maior parte dos profissionais entrevistados (58,3%) acredita que o SUS não está preparado para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população. Uma parcela significativa, porém muito menor (25%) acredita que o SUS já oferece o suficiente para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população, e apenas 16,7% dos entrevistados não souberam ou não quiseram responder a esta pergunta.

Dentre os 21 profissionais que responderam negativamente a esta questão, mais da metade (52,4%) justificaram que as necessidades da população não estão sendo plenamente atendidas pelo SUS devido a algum aspecto relacionado ao sistema de referência e contrarreferência.

Dessa forma, a partir dos discursos individuais destes últimos profissionais citados, emergiram três ideias centrais, que deram origem aos seguintes DSC's, apresentados no quadro 5.1:

Quadro 5.1- Discurso do Sujeito Coletivo e Ideia Central dos Profissionais segundo o Eixo de Análise 1

Discurso do Sujeito Coletivo	Ideia Central:
<i>DSC 1 - Precisamos avançar para ampliar os serviços da atenção básica. Tratamento endodôntico de monoradiculares e fase clínica de confecção de pt e ppr estão previstos pela política nacional de saúde bucal para serem realizados na atenção básica, entretanto a realização destes procedimentos raramente ocorre fora dos CEOS no serviço público, por exemplo.</i>	Deve-se ampliar a oferta de serviços na atenção básica
<i>DSC 2 - Existe um número pequeno de profissionais em todas as especialidades, que gera uma lista de espera longa. Existe a necessidade de mais cotas para próteses dentárias para a reabilitação de pacientes, pois a quantidade de prótese total e prótese parcial é muito pouca pela demanda que existe. Devido à demanda, acredito que um tratamento de canal, por exemplo, ou uma prótese demora demais para quem precisa hoje.</i>	O SUS oferece poucas vagas na atenção secundária, gerando uma espera muito grande por uma consulta com especialista.
<i>DSC 3 - Precisamos aumentar os serviços da atenção especializada. Creio que faltam alguns tratamentos específicos como ortodontia, prótese fixa, anestesia para pacientes especiais, implante, entre outros.</i>	O SUS precisa ampliar a oferta de serviços na atenção especializada

USUÁRIOS

Aos usuários também foi feita a mesma pergunta sobre o SUS estar preparado ou não para atender a todas as necessidades de saúde bucal da

população. A exemplo do que ocorreu com os profissionais, a grande maioria dos usuários (63,6%) também acredita que o SUS não está preparado para atender as necessidades de saúde bucal da população. Apenas 27,3% dos usuários entrevistados acreditam que o SUS já oferece o suficiente para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população, e 9,1% dos entrevistados não souberam responder a esta questão.

Dos 63,6% que responderam negativamente a esta pergunta, 11 usuários (39,3%) afirmaram que as necessidades da população não estão sendo plenamente atendidas pelo SUS devido a algum aspecto relacionado ao sistema de referência e contrarreferência.

Da mesma forma como ocorreu com os profissionais, dos discursos deste último grupo de usuários, emergiram três ideias centrais que estão representadas nos DSCs do quadro 5.2:

Quadro 5.2 - Discurso do Sujeito Coletivo e Ideia Central dos Usuários segundo o Eixo de Análise 1

Discurso do Sujeito Coletivo	Ideia Central
<i>DSC 4 - Acho que não tem necessidade de se encaminhar o paciente tantas vezes de um lugar para outro, teria que sair menos da vila para ser atendido, falta continuidade ao tratamento.</i>	As necessidades dos usuários não estão sendo plenamente atendidas porque eles têm que se deslocar muito de um serviço ao outro para concluírem os seus tratamentos.
<i>DSC 5 - O atendimento com especialista demora e deixa a desejar. Precisa de mais especialistas em todas as especialidades. Tratamento de canal, por exemplo, tá muito difícil de conseguir.</i>	As necessidades da população não estão sendo atendidas porque a falta de profissionais acaba gerando uma demora grande para o atendimento com os especialistas
<i>DSC 6 - Faltam especialidades em outras áreas como prótese, aparelho odontológico e um tratamento mais caro. Senti falta de um tratamento menos agressivo, que não fosse preciso arrancar meus dentes para fazer prótese, pois alguns estavam bons.</i>	As necessidades não estão sendo atendidas porque o SUS oferece um número limitado de procedimentos e tratamentos na atenção secundária.

Discussão dos resultados do eixo de análise 1

A ideia de subtrair as representações sociais de profissionais e usuários em relação oferta de serviços em saúde bucal disponibilizados pelo SUS, se justifica pela necessidade de identificar, através da análise dos discursos, categorias de representação que associassem a falta de atendimento às necessidades em saúde bucal da população a algum aspecto do sistema de referência e contrarreferência, constituindo este sistema como um obstáculo ao alcance da integralidade segundo um dos sentidos descritos por Mattos (2001), que considera a integralidade como um princípio do SUS que deve garantir o atendimento das necessidades da população em todos os níveis de atenção, seja primário, secundário ou terciário e que estes funcionem como uma rede

Podemos perceber que as três ideias centrais identificadas tanto nos discursos dos profissionais como no discurso dos usuários, relacionam-se da seguinte forma: o DSC 1 tem uma semelhança ideológica com o que os usuários disseram no DSC 4, o DSC 2 tem semelhança com o 5, e o DSC 3 tem semelhança com o DSC 6. Ou seja, salvo diferenças na linguagem dos discursos proferidos, profissionais e usuários tem exatamente a mesma percepção a respeito dos problemas que impedem que o sistema de referência e contrarreferência funcione de maneira adequada.

O DSC 1, que se formou entre os profissionais que entendem que para melhorar o sistema de referência e contrarreferência deve-se ampliar os serviços oferecidos na atenção básica, exprime usando uma linguagem mais técnica a mesma ideia presente no DSC 4 dos usuários, que afirmaram que o excesso de deslocamentos entre um serviço e outro para concluir um tratamento é um fator que impede que suas necessidades sejam atendidas de maneira plena pelo SUS.

Em termos quantitativos, o DSC 1 foi formado basicamente a partir dos discursos de dois profissionais, e o DSC 4 dos discursos de três usuários. O fato de alguns procedimentos simples poderem ser resolvidos na atenção básica, sem a necessidade de se encaminhar tanto o paciente de um serviço a outro, tem um peso enorme no sentido de poder descongestionar este fluxo de pacientes, demandando menos os serviços oferecidos pela atenção especializada.

Franco e Magalhães Jr (2007) afirmam que para se promover uma maior resolubilidade e um melhor desempenho do sistema como um todo, deve-se organizar melhor a atenção básica, de modo que esta atenda à 80% das necessidades de saúde da população, gerando um menor número de encaminhamentos.

Harzeim (2009) destaca a geração de prejuízos financeiros para a gestão municipal quando da superutilização da atenção secundária em relação a algumas ações que poderiam ter sido tomadas na atenção básica, como um dos problemas decorrentes da falta de integração da rede de nível secundário e terciário com as equipes da atenção básica.

Faz se necessário dizer que a confecção de próteses elementares na atenção básica realmente encontra fundamentação no item 6.3 da PNSB que prevê que a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico, contribuem para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura.

Pelo lado dos usuários, a partir da análise do DSC 4, podemos notar que a ampliação da oferta de serviços na atenção básica iria favorecer muito os usuários, no sentido de diminuir a necessidade de deslocamentos entre os serviços, visto que muitas vezes o CEO se encontra em uma região mais centralizada, distante da residência dos usuários. Este deslocamento, inevitavelmente consome tempo e

dinheiro dos usuários, o que acaba desestimulando os usuários a continuarem o tratamento.

A centralização dos serviços secundários para bairros mais centrais foi um dos fatores citados como causa para o absenteísmo na atenção secundária, segundo Borghi et al. (2013). Essa centralização, segundo Serra e Rodrigues (2010), faz com que muitos usuários tenham que se deslocar até o serviço especializado se utilizando de transporte público, arcando com o preço das passagens, dificultando ainda mais o acesso desses usuários ao serviço especializado.

No estudo de Pinheiro et al. (2002), a ausência de dinheiro, o horário incompatível, a dificuldade de transporte ou a distância foram os principais motivos da não procura pelos serviços de saúde daqueles que consideravam necessitar do atendimento. Ramos e Lima (2003) verificaram que a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde.

Temos então, de um lado profissionais que sofrem com a alta demanda por serviços que poderiam estar sendo realizados na atenção primária, e do outro lado o usuário que muitas vezes tem que percorrer grandes distâncias a fim de acessar os serviços especializados. Tais problemas não são relevantes apenas para o serviço, mas também para o usuário, pois as condições sócio econômicas destes, acabam condicionando e retroalimentando os problemas de saúde da população (Bender et al., 2010).

Já o DSC 2 dos profissionais e o DSC 5 dos usuários apontam para outra direção, no sentido de que a falta de profissionais e vagas na atenção especializada são os fatores que impedem que as necessidades de saúde bucal dos usuários sejam plenamente, pois trazem como consequência uma grande demora entre o encaminhamento e o efetivo atendimento do usuário na atenção secundária.

Em termos quantitativos, o DSC 2 foi formado a partir do discurso individual de 6 profissionais e o DSC 5 formado a partir do discurso individual de 4 usuários,

obtendo portanto uma expressividade numérica superior aos que discursaram em favor da ampliação da atenção básica.

Ao perguntarmos aos usuários sobre o tempo de espera entre o dia em que receberam o encaminhamento na atenção básica e a consulta no especialista, constatamos que dos 22 usuários que responderam a esta questão, 15 deles (68,2%) emitiram respostas que nos levam a concluir que o tempo de espera não foi satisfatório, como “alguns meses”, “muito tempo”, etc. Sendo assim, os DSC 2 e 5 encontra fundamento, pois realmente o elevado tempo de espera é um dos problemas que impedem que suas necessidade em saúde bucal sejam atendidas pelo SUS.

Segundo Connil (2004), para ofertar serviços de qualidade a população, os profissionais devem executar uma série de atividades que exigem uma organização e adequação. Dessa forma, a insuficiência de recursos humanos pode comprometer a realização de certas atividades por sobrecarga da demanda por atenção curativa.

Machado et al. (2011), aponta o déficit quantitativo de profissionais como um dos principais fatores que retardam a efetivação do sistema de referência e contrarreferência, fato que complexifica a continuidade do cuidado, e consequentemente compromete a integralidade.

É inevitável que este déficit de profissionais gere um longo tempo de espera entre a consulta na atenção básica e a consulta como especialista, conforme apontaram Rodrigues (2009), Bender et al. (2010) e Borghi et al. (2013). O prolongado tempo de espera foi o principal motivo das reclamações dos usuários nos estudos de Kloetzel et al. (1998) e Souza (2009).

Outro fator importante a ser considerado é que algumas especialidades apresentam um tempo de espera maior do que outras. Dos 15 usuários que avaliaram negativamente o tempo de espera entre a consulta na atenção básica e a consulta no especialista, 10 deles foram encaminhados ou para a endodontia ou para a prótese, fato que fica explícito nos DSC's 2 e 5, pois tanto os usuários como

os profissionais se referem a dificuldades e falta de vagas tanto na endodontia como na prótese.

Quanto aos DSC's 3 e 6, ambos apontam para uma necessidade de se aumentar a gama de especialidades ofertadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas. Quantitativamente, o DSC 3 foi formado a partir do discurso individual de 6 profissionais e o DSC 6 formado a partir do discurso individual de 4 usuários, obtendo dessa forma, o mesmo peso quantitativo daqueles que discursaram em favor do aumento do número de profissionais.

É válido ressaltar que diante deste quadro, alguns pacientes referem já terem sido orientados por profissionais do SUS a resolverem seus problemas de saúde bucal em outros serviços fora do SUS. Do total de usuários entrevistados, 22,7% deles referem terem recebido esta orientação e os serviços a que foram orientados, foram justamente aqueles que nos DSC mais aparecerem como necessidade não atendida pelo SUS, ou que demoraram para serem atendidas: prótese fixa, implante, endodontia e prótese.

Para Figueiredo e Goes (2009), a pouca oferta de serviços na atenção especializada, constitui-se como um dos fatores que comprometem a eficiência do sistema de referência a contrarreferência em saúde bucal.

Souza (2009), concluiu que torna-se difícil alcançar a integralidade quando certas necessidades de tratamento não estão sendo realizadas em alguns CEO's, permanecendo a população sem ter onde resolver tais problemas no serviço público.

Percebe-se que para a população deste estudo, a oferta de serviços na atenção especializada está limitada às recomendações mínimas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, não sendo atendidas as necessidades da população principalmente em relação à implantodontia, prótese fixa e ortodontia.

EIXO 2: Subtrair as representações dos profissionais em relação à necessidade de aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência.

Metade dos profissionais entrevistados respondeu que o sistema de referência e contrarreferência deveria ser aprimorado, número significativamente grande se considerarmos que apenas 13,8% responderam que esse sistema não deveria ser aprimorado e o restante e 36,2% não responderam ao não souberam responder a esta questão.

Da pequena quantidade de profissionais que afirmou não ser necessário aprimorar o sistema de referência e contrarreferência apenas um justificou sua resposta, afirmando que o entendimento entre ambas as partes (unidade básica e unidade de referência) era muito bom.

Dos discursos dos profissionais que afirmaram que o sistema deveria ser aprimorado, surgiram duas ideias centrais, que estão apresentadas no quadro 5.3:

Quadro 5.3 - Discurso do Sujeito Coletivo e Ideia Central dos Profissionais segundo o Eixo de Análise 2

Discurso do Sujeito Coletivo	Ideia Central
<i>DSC 7 - Deveria aumentar o número de profissionais para não haver tanta demora no atendimento, tanto na referência como na contrarreferência. Além disso deveria ter maior oferta de serviços (implante, próteses), maior quantidade de postos específicos, clínicas, equipamentos mais modernos.</i>	Deveria se dar mais agilidade ao processo aumentando-se o número de profissionais e disponibilizando-se algumas especialidades que ainda não são oferecidas
<i>DSC 8 - Deveria ter uma melhoria da relação entre unidade básica e unidade referência para uma maior interação e entendimento do processo, divulgando mais e esclarecendo melhor os protocolos de nossos serviços, esclarecendo seus fluxos, prazos e objetivos. Capacitar os profissionais na utilização dos formulários adequadamente e preenchimento do máximo de informações ou incluir no sistema o que foi feito e quando foi feito para que a gente tivesse esse controle, que nem sempre ficamos sabendo. Percebi, pelo relato da recepcionista, que o sistema da Unidade e o da referência são diferentes, deveriam ser atualizados. Além disso a contrarreferência praticamente não existe.</i>	Deveria ser aprimorada a comunicação e o fluxo de informações entre os diversos níveis de atenção

Discussão dos resultados do eixo de análise 2

Pela análise das representações dos profissionais neste eixo de análise, podemos afirmar que os problemas no sistema de referência e contrarreferência afetam tanto os usuários que sofrem com a falta ou a demora no atendimento, como os profissionais que muitas vezes sofre com a falta de informações mais claras e precisas a respeito do paciente que lhe foi encaminhado, ou que muitas vezes nem deveria ser encaminhado a ele.

O DSC 7 retoma a ideia central existente nos DSCs 2, 3, 5 e 6, visto que nele está implícita a ideia de que a falta de vagas e de procedimentos na atenção especializada se constitui em um problema que impede o bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, enquanto que nos DSCs 2, 3, 5 e 6 está implícito que essa mesma ideia é o que impede o SUS de atender a todas as necessidades de saúde bucal da população.

Sendo assim, devido ao fato de ambos os discursos guardarem entre si a mesma ideia central, toda a discussão feita anteriormente a respeito dos DSCs 2, 3, 5 e 7 se aplicaria aqui para uma análise do DSC 7.

Já em relação ao DSC 8, este traz para a discussão a forma como os profissionais estão realizando o encaminhamento dos pacientes de um serviço a outro, visto que este é um processo que envolve diversos atores, desde o profissional que encaminha, o profissional que trabalha no agendamento/regulação, o profissional que recebe o paciente no serviço ao qual o paciente foi encaminhado, e o próprio paciente. Sendo assim, a comunicação entre estes diversos atores é de extrema importância para que o processo ocorra de forma harmônica, fato que nem sempre é possível de ocorrer, pois a ideia central presente neste DSC é justamente de que a comunicação e o fluxo de informações entre os diversos níveis de atenção apresenta falhas, por isso deveria ser aprimorada.

Com relação ao DSC 8 verifica-se uma queixa dos profissionais em relação a qualidade da comunicação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e

o Centro de Especialidades Odontológicas que acaba gerando encaminhamentos desnecessários ou não cumprimento do protocolo de encaminhamento, e a inexistência da contrarreferência.

Na busca por mecanismos facilitadores para o estabelecimento de processos de referência e contrarreferência, Fratini (2007) destaca que apenas o uso de registros escritos não é o suficiente. É de fundamental importância que se faça também o uso da comunicação pessoal ou por telefone, a fim de repercutir na melhora da qualidade da assistência oferecida ao usuário, além da instrução de todos os envolvidos nesse processo, com vistas a promover dessa forma a integralidade do cuidado.

Segundo Juliani e Ciampione (1999), a qualidade da comunicação entre os profissionais dos diversos níveis está intimamente ligada às relações interpessoais que os dentistas mantêm entre si. Tais relacionamentos colaboram muito mais para o sucesso e agilidade do processo de encaminhamento de um paciente do que um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, nos quais as vias de acesso formais, muitas vezes, não funcionam adequadamente.

Dessa forma, segundo Franco (2006), os trabalhadores de saúde quando desejam, operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, com outras unidades de saúde e com os usuários, fazendo com que o cuidado seja produzido na nova rede que se formou e não na estrutura rígida que se alicerça na norma.

Independentemente do relacionamento pessoal entre os dentistas da AB e do CEO interferirem ou não na qualidade dos encaminhamentos alguns autores como Neto (1997) e Serra e Rodrigues (2010) defendem uma melhor instrumentalização dos serviços de saúde quanto ao uso de sistemas de informação, visando a otimização no atendimento.

De acordo com Souza (2009), a falta de comunicação entre os dentistas da AB e do CEO é um dos fatores que mais levam usuários a chegarem aos Centros de Especialidade Odontológicas sem o tratamento básico realizado. Para resolverem

este problema, muitas vezes o dentistas do CEO encaminham de volta o paciente para a UBS para concluir o tratamento ou acabam atendendo o paciente no próprio CEO o que acarreta na utilização do tempo que seria dedicado ao atendimento especializado daqueles que realmente necessitam deste nível de atenção. Neste trabalho foi constatado que 25,8% dos dentistas dos CEOs não estabelecem nenhum tipo de contato com os profissionais da Atenção Básica e o restante afirma que este contato, quando ocorre, se dá por meio das fichas de referência.

Tal distanciamento entre os dentistas da AB e os do CEO, segundo Medeiros (2007), acaba mantendo a divisão do trabalho compartimentalizada, o que dificulta tanto a atenção integral do usuário quanto o entendimento do processo produtivo de saúde. Para este autor, a desintegração entre os níveis de atenção torna mais difícil a acessibilidade funcional do usuário e contribui para o processo de trabalho fragmentado.

Esta fragmentação do processo de trabalho é, segundo Costa et al. (2013), um entrave a consolidação das propostas de formação de redes no SUS, visto que a formação dessas redes pressupõe a vinculação e o acompanhamento dos usuários nos diferentes níveis de atenção. Neste mesmo trabalho, a autora também cita a inexistência quase total da contrarreferência segundo o relato dos profissionais de seu estudo, fato que também está explícito no DSC 8.

Juliani e Ciamponi (1999), Serra e Rodrigues (2010), entre outros autores, demonstraram que um dos pontos mais frágeis do SUS, é justamente a falta da contrarreferência, que acaba deixando uma lacuna nas Unidades de origem que encaminham seus usuários e acabam ficando sem informação alguma sobre o atendimento.

Para Oliveira (2010), muitas vezes o motivo que leva os profissionais a não realizarem a contrarreferência se dá justamente devido à falta de organização do trabalho, fato que nos faz refletir sobre até que ponto esses profissionais estão bem orientados quanto ao trabalho que executam e sua importância para se estabelecer os princípios propostos com a institucionalização do SUS.

Nesta mesma linha de raciocínio, Souza (2009), destaca a pouca clareza sobre o papel da Atenção Básica e do centro de especialidades, como um dos motivos que levam os profissionais a não realizarem a contrarreferência de seus pacientes. Segundo este autor, é papel do dentista do CEO analisar a situação do usuário, responsabilizando-se por dar uma resposta ao seu problema, e dentro do funcionamento do sistema de saúde, informar ao usuário da importância do acompanhamento com o dentista da UBS, tendo em vista a proximidade da residência, a produção de vínculo, a atenção aos demais membros da família, numa concepção de orientação.

Sendo assim, pode-se afirmar que o empenho pessoal do profissional do CEO em realizar a contrarreferência, sobretudo na informação dos pacientes sobre a importância desse retorno na resolutividade e acompanhamento final do caso, é de extrema importância para que ocorra um correto funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (Rodrigues, 2009; Borghi et al., 2013).

EIXO 3: Subtrair as representações dos profissionais em relação à importância da contrarreferência.

Quando perguntados sobre a importância da contrarreferência para a continuidade do cuidado e acompanhamento, 61,1% dos profissionais responderam que a contrarreferência era importante, um profissional (2,7%) respondeu que a contrarreferência não era importante, e o restante (36,2%) não responderam ou não souberam responder a pergunta.

Ao serem questionados a dar uma justificativa sobre a resposta da pergunta anterior surgiram dos discursos dos profissionais duas ideias centrais, apresentadas a seguir no quadro 5.4:

Quadro 5.4 - Discurso do Sujeito Coletivo e Ideia Central dos Profissionais segundo o Eixo de Análise 3

Discurso do Sujeito Coletivo	Ideia Central
<i>DSC 9 - A contrarreferência é importante justamente para dar continuidade ao atendimento e finalizar o tratamento do paciente. Podemos encaminhar o paciente quantas vezes forem necessárias, tentando-se assim, suprir todas as necessidades e retornando a sua uba de origem, pode-se fazer o acompanhamento periódico do paciente</i>	A contrarreferência é um processo importante para o acompanhamento ou conclusão do tratamento
<i>DSC 10 - A contrarreferência é importante porque o profissional que fez a referência tem que saber o que foi realizado com o paciente e a conduta a ser seguida para preservação, ficamos sabendo se foi resolvido a necessidade do paciente e temos a ciência do caso realizado, seu histórico.</i>	A contrarreferência é importante porque é uma maneira de trazer informações importantes para a continuidade do tratamento pelo profissional da atenção básica

Discussão dos resultados do eixo de análise 3

Em termos quantitativos, o DSC 9 foi formado a partir do discurso individual de 12 profissionais enquanto que o DSC10 foi formado pelo discurso individual de 8 profissionais.

Os profissionais entrevistados entenderam o termo “contrarreferência” de duas maneiras: como a volta do paciente para o acompanhamento pelo profissional da atenção básica, ou como o “formulário” que é preenchido pelos profissionais da atenção especializada com informações importantes sobre o que foi realizado na por eles.

O fato de que uma boa parte dos usuários (56,5%) afirmou ter sido orientado pelo profissional especialista a retornarem a unidade de origem para conclusão ou acompanhamento, inclusive tendo recebido um formulário específico para isto, pode até reforçar um pouco desta percepção destes profissionais quanto a importância deste processo, mas uma porcentagem significativa de usuários deste estudo (26,1%) afirmaram que não foram orientados a retornar a unidade de origem.

Corroboram com os achados deste estudo, o trabalho de Rodrigues (2009), que coloca como surpreendente o fato de que 2,3% dos entrevistados em seu estudo afirmarem não achar importante a contrarreferência para o acompanhamento e/ou continuidade do tratamento na atenção básica.

Para Franco e Magalhães Jr (2007), a garantia de um efetivo processo de contrarreferência, deve ser parte de um grande acordo assistencial na construção das linhas de cuidado, pois ela garante o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob os cuidados da rede assistencial.

Quanto da importância da contrarreferência como um importante veículo de transmissão de informações do paciente entre os profissionais dos diversos níveis de atendimento, Juliani e Ciampone (1999) consideram essencial o preenchimento destas informações pelo profissional no formulário de contrarreferência, pois quando as informações dependem do relato do cliente, este as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, portanto muitas das informações acabam sendo perdidas.

Chaves et al. (2012) observou em seu estudo que mais de 75% dos pacientes levaram a ficha de referência quando encaminhados para a atenção secundária, porém destes, menos de 40% retornaram a atenção básica com a ficha de contrarreferência.

EIXO 4: Verificar alguns aspectos do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência nessas unidades e identificar as dificuldades que profissionais e usuários encontram nesse processo.

As perguntas neste eixo de análise servem para entendermos melhor como profissionais e usuários vivenciam o processo de referenciar ou contrarreferenciar, ou de serem referenciados ou contrarreferenciados, para juntamente com as análises dos DSC's produzidos, dar destaque a alguns discursos procurando enquadrá-los dentro de algum referencial teórico, com o intuito de tornar alguns destes discursos, em ilustrações da teoria, ou mesmo em ilustrações dos resultados que foram encontrados nos outros três eixos de análise.

1. Como esta sendo realizada a referência/contrarreferência dos pacientes através do relato dos profissionais e usuários

Uma das perguntas feitas aos profissionais referiu-se a forma como eles realizavam a referência/contrarreferência de seus pacientes. A partir das respostas para esta pergunta, podemos concluir que o encaminhamento de pacientes de um serviço a outro é realizado basicamente da mesma forma pelos profissionais que participaram deste estudo.

No caso dos profissionais da atenção básica, que realizam apenas a referência, observamos pela análise dos discursos, que esta é na maioria das vezes realizada em formulário próprio que é entregue diretamente ao paciente. Importante destacar que dos 8 profissionais da atenção básica que responderam a esta pergunta, 2 tiveram um discurso um pouco diferente dos demais:

(4) - *“Ligamos para o plantão regulador ou outro canal para conseguir atendimento”*

(5) - *“Através de encaminhamento pela regulação do município/estado”*

Aparentemente, pelo discurso desses profissionais, parece haver um empenho maior por parte deles no sentido de se conseguir uma vaga para atendimento no serviço especializado, pois é feito um contato via regulação para o agendamento destes pacientes. Os demais profissionais não deixaram explícito em seus discursos se realizam também este empenho, e se limitaram a dizer que apenas entregam o formulário aos pacientes, sendo que um destes profissionais afirmou que além disso, também orienta os pacientes verbalmente.

Para o grupo dos usuários que já haviam sido encaminhados, foi perguntado como foi realizado o agendamento para o especialista. Dos 13 usuários que responderam a esta pergunta, 8 afirmaram que tiveram que aguardar uma ligação da regulação para receberem o comunicado do agendamento, pois iriam para uma fila de espera, enquanto apenas três destes usuários afirmaram que já saíram da UBS com suas consultas já agendadas na atenção especializada.

Essa inclusão de pacientes em fila de espera constitui-se segundo Bender et al. (2010) como uma das causas do absenteísmo na atenção secundária, e o fato desta lista de espera não ser conhecida pode levar a um possível descrédito do Sistema.

O discurso de outros dois usuários, demonstram outras formas de acesso à atenção especializada, que não pelo encaminhamento do profissional da atenção básica. O primeiro discurso a ser citado, é de um usuário que também era trabalhador do SUS e por isso mesmo conseguiu agendamento sem necessidade de formulário próprio ou agendamento na regulação. Trata-se daquilo que alguns autores chamam de referência imprópria, e está bem configurado neste discurso que se segue:

(38) "...o encaminhamento foi feito verbalmente, pois sou funcionária da unidade, porém não agendei pois precisava de uma extração de urgência."

O segundo discurso revela outra forma de acesso à atenção secundária que é o encaminhamento realizado na Campanha de Vacinação da Gripe, onde se realizam exames bucais em busca de lesões com indicação de biopsia ou acompanhamento. Dessa forma, detectada uma lesão, o paciente informa alguns dados ao cirurgião dentista que o examinou, e em poucos dias recebe uma ligação para agendar uma consulta com o semiologista do CEO. Neste caso, se o problema detectado estiver relacionado à prótese mal adaptada o paciente será encaminhado para fazer uma nova prótese. Segue a transcrição deste discurso:

(36) "...foi feito através da campanha de vacinação da gripe, estava com uma bolinha no lábio, passei para tirar a bolinha e a dentista me encaminhou para a prótese."

Aos profissionais que trabalham no CEO, foi perguntado como eles realizavam a contrarreferência de seus pacientes. A partir das respostas dadas a esta pergunta, assim como acontece com os profissionais da atenção básica, percebemos que o profissional se limita a entregar o formulário, supostamente bem preenchido por ele, e pede ao usuário que procure o próprio dentista que o encaminhou na UBS de origem, ou então pede a ele que se encaminhe a central de

regulação para o agendamento. Pelo lado dos usuários 36,7% relataram que não receberam qualquer tipo de documento ou formulário para ser entregue ao dentista na unidade básica, supõe-se portanto que estes tenham sido contrarreferenciados apenas verbalmente.

Boa parte dos profissionais entrevistados se limita a entregar o formulário de referência ao paciente, preenchido com informações suficientes para o profissional da atenção especializada realizar o atendimento do paciente a ele encaminhado, embora o DSC 8 tenha nos demonstrado que nem sempre os profissionais consideram que essa informação no formulário esteja corretamente preenchida. Além disso, a maioria dos profissionais parece não se empenhar o suficiente na comunicação com o paciente a respeito de informações quanto a realização da consulta.

Esta falta de empenho no momento de se realizar a referência dos pacientes, esta relatada no estudo de Juliani e Ciampone (1999). Neste estudo, muitos dos encaminhamentos por eles analisados não foram nem considerados uma referência propriamente dita porque só constava a especialidade solicitada, sem maiores esclarecimentos. Foi observado também que o preenchimento é mais freqüente quando existe relacionamento pessoal entre os profissionais envolvidos.

Estas “falhas” na comunicação estabelecida com o usuário, segundo Bender et al. (2010), são uma das principais causas de absenteísmo na atenção secundária. Em contraponto, Martins (2013), afirma que quando o paciente foi bem orientado e realmente seguiu as orientações do profissional o resultado foi satisfatório.

Dessa forma um empenho maior do profissional, no momento do encaminhamento, é segundo Figueiredo e Goes (2009), o elemento desencadeador na determinação do sucesso da referência. O profissional da atenção primária, deveria atuar na porta de entrada do sistema, desenvolvendo função de agente de triagem, estimulando a demanda em termos de identificar os pacientes que se beneficiariam do cuidado especializado, promovendo a referência ao paciente e controlando a demanda imprópria. Por demanda imprópria entenda-se aquela que chega ao sistema de forma inadequada ou por via externa que contraria a

organização vigente no SUS. Tais referências impróprias ao cuidado secundário são custos desnecessários, não obstante o efeito em listas de espera. É essencial, conseqüentemente, que somente aqueles pacientes cujas referências sejam apropriadas sejam referenciados para o cuidado secundário.

Embora neste estudo, a referência imprópria fique evidente apenas no discurso do usuário 38, esta é uma situação extremamente indesejável ao bom funcionamento do sistema. As relações de amizade entre os diversos profissionais das unidades, são muitas vezes as desencadeadoras destas referências impróprias. A demora em se conseguir atendimento na atenção especializada, aliada ao alto custo de um procedimento especializado na rede privada, e a necessidade muitas vezes urgente de atendimento, faz com que muitos trabalhadores destas unidades montem o seu próprio menu de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita tal como afirma Cecílio (1997).

A referência imprópria também foi citada nos estudos de Pinheiro et al. (2002), que evidenciou que para uma parte considerável dos usuários atendidos no nível secundário de atenção a porta de entrada foi o próprio CEO, e de Viorklumds et al. (2007), que elencou a falta de resolutividade da Atenção Básica, poucas horas de atendimento dos profissionais de saúde ou de funcionamento das unidades de referência, e também o próprio desconhecimento da organização do sistema por parte dos usuários, como promotores desta referência imprópria.

2. Verificar como é feito o controle deste processo

Quando perguntado aos profissionais da atenção básica se existia algum tipo de controle que permitia a ele saber se o paciente que ele havia referenciado para um especialista foi de fato atendido pelo profissional indicado, 39,1% relataram que existe esse tipo de controle, enquanto que 26,1% afirmaram não existir esse controle e 34,8% afirmaram não saber se existe este controle.

Em relação a existir algum tipo de controle que permita ao profissional da referência saber se o paciente procurou de fato a atenção básica para a conclusão

do tratamento, apenas 14,3% responderam que existe esse controle, 50% afirmaram não haver nenhum tipo de controle, e 35,7% não sabem da existência desse controle ou não responderam à questão.

Em seguida, no caso de haver esse controle, foi perguntado como este controle era realizado. Pelos números acima, nota-se que esse controle é muito menor em se tratando da contrarreferência. O único profissional que referiu haver este controle, fez a seguinte descrição do processo:

(34) *“Enviamos a contra ref à ubi de origem em mãos pelo próprio paciente, e também cópia carbonada, via carga (sistema de entrega de documentos, internamente, entre ubi’s e serviços, adm, etc...) a mesma ubi origem, para arquivamento no prontuário do paciente em questão.”*

Já entre os profissionais que trabalham na atenção básica, parece que o controle dos pacientes que são referenciados para a atenção secundária é um pouco mais efetivo. Segundo o discurso destes profissionais, este controle ocorre basicamente de maneiras.

Para alguns profissionais ocorre um fluxo sistematizado que está bem descrito no discurso do profissional abaixo:

(21) – *“A contrarreferência é encaminhada para a unidade após a realização do procedimento, e aí fazemos a anotação em livro ou caderno próprio dentro do consultório com a data do término.”*

Ou então este controle é feito pelas ACS ou outros profissionais durante as visitas domiciliares, como descrito no discurso abaixo:

(26) – *“Nas visitas mensais ao paciente o ACS sempre pergunta sobre as consultas e exames agendados se ele compareceu. Se não, qual é o motivo”*

Desta forma, fica claro que na contrarreferência praticamente todo o controle do processo fica sob a responsabilidade do paciente que pode ou não comparecer a

unidade de origem para agendar e dar continuidade no tratamento. Mesmo não havendo esse controle, a maioria dos pacientes que recebeu orientação para retornar a unidade de origem, acabou de fato retornando, e os que não retornaram, desistiram devido principalmente a demora no processo, o que os fez concluir o tratamento na rede privada.

Quanto ao controle da referência, fica muito clara a distinção deste controle de acordo com a modalidade de assistência. No caso da unidade que trabalhava pela Estratégia Saúde da Família o controle parece ser muito mais efetivo, pois as visitas domiciliares e o contato mais próximo dos usuários com os profissionais permite que se faça este controle de forma ativa. Por outro lado, em se tratando do modelo tradicional de atenção, este controle não é tão efetivo, visto que o fluxo desta informação quase sempre está condicionada à ida do paciente ao CEO.

Souza (2009) destaca a importância da existência, por parte do dentista da atenção básica, de um controle sobre os encaminhamentos ao CEO e sobre a realização dos procedimentos especializados propostos, e sugere que o profissional sempre recomende ao usuário que retorne a unidade após a conclusão do tratamento na atenção especializada.

Quanto à questão de haver um maior controle na modalidade ESF, Machado et al. (2011), destaca que a partir da implantação do sistema de referência e contra-referência sistematizados na rotina dos serviços, é muito importante que se discuta a formação, capacitação e educação permanente dos ACS, especialmente por não terem formação específica no campo da saúde e necessitarem atender demandas de diversas ordens. Neste contexto, visualiza-se a atuação do ACS como articulador no processo de cuidar, pois são os principais elos entre as unidades básicas de saúde e suas comunidades, sendo responsáveis por facilitar o acesso a consultas, exames, medicamentos, dentre outras ações.

Para piorar ainda mais esta situação, podemos concluir através do discurso que predominou entre os profissionais da atenção básica, que o usuário ao ser recebido na unidade de origem, retornando do tratamento com o especialista, não tem o seu atendimento priorizado. Sendo que muitas vezes este paciente ou vai

para uma nova fila de espera ou concorre com os pacientes que estão iniciando o tratamento. Ratifica esta situação o discurso dos profissionais do CEO que em sua maioria afirmaram encaminhar os seus pacientes a unidade de origem sem a garantia de prioridade na vaga.

Ter o controle deste processo é essencial para se garantir a integralidade da atenção. Para isso, é importante que todos se sintam responsáveis pelo controle do encaminhamento dos pacientes, para que esse fluxo do paciente não se torne, segundo Cecílio (1997), uma verdadeira batalha individual de cada paciente.

6 CONCLUSÕES

Os avanços e conquistas em relação à assistência na saúde bucal nos últimos anos são inegáveis. Uma boa parte destes avanços e conquistas se deve principalmente ao advento da Política Nacional de Saúde Bucal, que trouxe inúmeros ganhos na qualidade e na oferta de serviços prestados à população, e facilitou o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção, mediante a construção de uma rede de serviços hierarquizados, buscando a efetivação dos princípios do SUS.

A percepção dos profissionais e usuários entrevistados neste estudo revelou que, embora tenha se avançado muito em relação ao tipo de assistência que era prestada no período anterior à PNSB, o sistema de referência e contrarreferência se constitui como um dos nós críticos que impedem a efetivação destes princípios, em especial o da integralidade da atenção.

Profissionais e usuários compartilharam da mesma percepção, e embora tenham proferido discursos diferentes para exprimirem suas representações, as conclusões a que podemos chegar a partir da análise destes discursos é a mesma: o fluxo de pacientes de um nível para outro, quando é possível de ocorrer, é quase sempre demorado e algumas vezes desnecessário.

Este fluxo é “possível de não ocorrer”, pois nem sempre existe o serviço necessário para dar resposta à necessidade de saúde daquele usuário, fato que exige uma reestruturação no serviço e revela que as necessidades de saúde da população não são levadas em consideração na estruturação de um sistema de saúde, embora o serviço atenda a algumas dessas necessidades de outra forma, como ocorre por exemplo quando ao invés de disponibilizar um implante, o serviço disponibiliza uma prótese.

Este fluxo quase sempre é demorado, pois existe um déficit quantitativo de profissionais enorme em relação à população a ser atendida. Este fato acaba forçando o sistema a criar “soluções” como listas de espera e outros meios que

acabam adiando o atendimento do paciente que dependendo da especialidade, pode chegar a mais de um ano. Seria interessante levantar quais as especialidades que apresentam uma demanda maior e contratar profissionais especificamente para estas áreas. No caso deste estudo as especialidades que apresentaram maior demanda foram endodontia e prótese.

Este fluxo é algumas vezes desnecessário, pois muitas das necessidades destes pacientes poderiam estar sendo resolvidas numa unidade básica próxima a sua residência, bastando para isso que algumas das diretrizes da PNSB em relação à ampliação dos serviços na atenção básica estivessem sendo cumpridas, ainda que fossem necessárias mudanças na rede de serviços odontológicos, com uma definição e reformulação clara do papel de cada um dos níveis de atenção.

Neste ponto, as especialidades mais demandadas são justamente aquelas que apareceram nos discursos como serem possíveis de serem realizadas na atenção básica, no caso a instalação de próteses elementares e tratamento endodôntico de monoradiculares, embora a PNSB não faça menção à inclusão de procedimentos endodônticos na atenção básica.

A necessidade de melhoria da comunicação entre a atenção básica e atenção especializada também ficou evidente neste trabalho. Normalmente, o único meio utilizado para a referência e contrarreferência é através do formulário de papel. Pode-se sugerir como melhoria a implantação de prontuário eletrônico, ou um canal de comunicação mais simples entre os profissionais da atenção básica com os do CEO, como um telefone ou mesmo o uso de computadores em rede.

Embora a percepção dos profissionais tenha revelado que eles acham importante a contrarreferência era importante ensiná-los o verdadeiro papel deste sistema. Poucos profissionais se empenham o suficiente tanto na referência como na contrarreferência, e este fato aliado ao um controle frouxo do processo faz com que muitos pacientes não procurem a atenção especializada ou não retornem a atenção básica para acompanhamento por não terem sido orientados a respeito da importância do processo. Faz se necessário que os profissionais tenham aprendizado através da proposta de educação permanente e informem ao paciente

sobre a importância do acompanhamento na atenção básica, tendo em vista a proximidade da residência e a produção de vínculo. Deveriam ser criados mecanismos que garantissem o controle do fluxo destes pacientes, principalmente na contrarreferência.

O conhecimento da percepção de profissionais e usuários sobre o sistema de referência e contrarreferência, nos leva à conclusão de que ele deva ser aprimorado no sentido de facilitar tanto a vida tanto de usuários como o trabalho dos profissionais envolvidos, a fim de que o sucesso dos encaminhamentos não dependa tanto do empenho do profissional ou do esforço pessoal de cada um dos pacientes encaminhados.

REFERÊNCIAS¹

Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos sanitários: concepção e organização. (Coleção Saúde e Cidadania, livro 1). São Paulo: Editora Fundação Petrópolis Ltda; 1998.

Araújo EC. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1988.

Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas Implicações na Atenção Básica. Rev Espaço Saúde. 2010 jun;11(2): 56-65.

Borghi GN, Vasquez FDL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. RFO UPF. 2013 maio-ago;18(2):154-9.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília; 1980.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília,DF: CONASS; 2007.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Planejamento Local. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde,1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

¹ De acordo com estilo Vancouver

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Camargo KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, (organizadores). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005. Capítulo 2, p. 35-43.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Rio de Janeiro: Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(2):569 - 84.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997 jul-set;13(3):469-78.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ ABRASCO; 2001. Capítulo 4, p. 113 – 26.

Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saude Pública;2010,44(6):1005-13.

Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(11):3115-24.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5° ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1417-23.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):705-11.

Costa ICC. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. p. 287-300.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. In: Técnica. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Carlos Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. Rev APS. 2013 jul/set;16(3):287-93.

Favero N. Estudo do processo de referência e contra-referência de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública; 1986.

Ferreira ABH. Minidicionário da língua portuguesa 1° ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. Referência; 407.

Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(2):259-67.

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO; 2006. p. 459-74.

Franco TF, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, et al., (organizadores). O trabalho em Saúde:

olhando e experienciando o SUS no cotidiano, 2º ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 296p.

Fratini JRG. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Vale do Itajaí, Centro de Ciências e Saúde; 2007.

Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EMDA. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. Saúde Debate. 2003;26(60):37-61.

Harzheim E. Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enf USP. 1999;33(4):323-33.

Kantorski LP, Jardim VMDR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MMD. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Porto Alegre: Rev Gaúcha de Enf. 2009 dez;30 (4):594-601.

Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde – a satisfação do usuário. Cad Saúde Pública. 1998;14(3):623-8.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCAS; 2003. 256 p.

Long A, Atkins JB. Communications between general practitioners and consultants. Bri Med J. 1974;4(5492):456.

Lopes WO. Integralidade na perspectiva da referência e contra-referência com famílias e pacientes após a alta hospitalar [dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2008.

Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrareferência: Um desafio a ser enfrentado. Rev Enf UFMS. 2011;1(1):31-40

Martins LGT. Análise da eficiência do sistema de referência e contra-referência na odontologia pública municipal sul catarinense [monografia]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2013.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2001. p. 39- 64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-16.

Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública; 2004. 20(6): 1538-1544.

Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da Atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

Menezes CS. A unidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo [mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.

Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14º ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.

Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.

Moyses SJ, Goes PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. IN: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. Capítulo 1, p. 15 -32.

Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV, (organizador). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 28-42.

Narvai PC, Frazão P. Modelos de atenção à saúde bucal. In: Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.89 -128.

Neto FF. Referência e contra-referência de crianças entre creches e serviços de saúde na região Santana-Tucuruvi, município de São Paulo, 1997 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1997.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública. 2000;34(5):547-5.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999;2(1):9-14.

Oliveira C. A importância das guias de referência e contra-referência para usuários e sistema de saúde. Saúde e Beleza [citado 20 jan 2016] 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com>.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: OMS; 2003.

Osaki LMTR. A (con) vivência da mulher grávida com a vacina contra a rubéola [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Paim JS, Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. IN: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Capítulo 3, p.91 – 107.

Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde. 2010;12(2):109-14.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. Capítulo 3, p.65-112.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707.

Pucca GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):243-6.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.

Rodrigues LBB. Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG [dissertação]. Alfenas: Universidade José do Rosário Velano; 2009.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP, organizadores. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 19-45.

Saliba NA, Moimaz SA, Fadel CB, Bino LS. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Brasil Central*. 2010;18(48):62-6.

Santos L. Saúde: conceito e as atribuições do sistema único de saúde [Internet]. Portal do Ministério Público do Rio Grande do Sul; 2005 [citado 20 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id387.htm>.

Serra CG, Rodrigues PHDA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3579-86.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(1):80-91.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.

Siqueira MP, Bussinger ECA. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. *Rev Dir Garantias Fundament*. 2010;(8):253-309.

Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Rev Latino-Am Enf*. 2004;12(5):713-20.

Souza GCA. Centro de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. Saúde em debate. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p.531-62.

Viorklumds CM, Gambaro FM, Hurtado JF, Alvarado CM. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? Rev Ped Elec. 2007;4(2):3-10.

Wagner W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 149-86.

Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2005.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Pesquisador: Fernando de Castro Percebo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45479615.3.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.167.924

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizará o método de análise do discurso para levantar informações sobre a percepção de gestores, profissionais e usuários acerca de questões relacionadas à interdisciplinaridade, acesso e referência e contrarreferência em três unidades de saúde. Para isso serão aplicados questionários por meio de abordagem direta durante o período de funcionamento dessas unidades. A amostra será composta por 4 gestores, 43 profissionais e 47 usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar e analisar a percepção dos profissionais, usuários e gestores referente às dimensões: acesso, interdisciplinaridade, referência e contrarreferência.

Objetivo secundário: Avaliar e analisar segundo a percepção dos atores envolvidos: 1. Se a oferta de serviços disponibilizados nas três unidades de saúde é suficiente para atender a demanda; 2. Elementos de interdisciplinaridade que estão, ou não, presentes nos serviços; 3. Como se dá a relação do sistema de referência e contrarreferência e a efetiva integração entre os diversos níveis de atenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Dada a característica da pesquisa de utilização de questionários escritos, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais ou pessoais (no caso de usuários), contornáveis através da escolha do melhor momento por parte do entrevistado para responder ao questionário.

Benefícios: Os resultados da pesquisa poderão subsidiar ações que aprimorem a qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e poderá contribuir na melhora do atendimento prestado pelas unidades de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados pelo pesquisador estão adequados: Folha de Rosto; TCLE-Usuários; TCLE- Profissionais e Gestores; Cartas de autorização para realização da pesquisa nas três unidade de saúde; Questionário-Usuário; Questionário-Profissionais e Gestores; Projeto Detalhado.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter

Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 03 de
Agosto de 2015

Assinado por:

Maria Gabriela Haye Biazovic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

UF: SP

Município:

CEP: 05.508-900

SAO PAULO

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO B – Carta de Concordância US Vila Helena

1/1

Carta de Concordância

Eu, Dra. Noêmia Conceição Gil diretora do Departamento de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Santo André, autorizo Elisa Prezotto Giordani dentista na US Vila Helena e aluna do Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo a realizar a seguinte pesquisa: **Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade na unidade de saúde US Vila Helena**

Noêmia Conceição Gil

Diretora do DAB da Prefeitura Municipal de Santo André

ANEXO C – Carta de Concordância US Paranapiacaba

1/1

Carta de Concordância

Eu, Dra. Noêmia Conceição Gil diretora do Departamento de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Santo André, autorizo Fabio Luís Giordani dentista na USF Paranapiacaba e aluno do Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo a realizar a seguinte pesquisa: **Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade na unidade de saúde USF Paranapiacaba.**

Noêmia Conceição Gil

Diretora do DAB da Prefeitura Municipal de Santo André

ANEXO D – Carta de Concordância CEO Vila Guilherme

MICRORREGIÃO VILA MARIA / VILA GUILHERME
OSS/SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

1/1

Ofício 191/14

São Paulo, 10 de dezembro de 2014.

À Universidade de São Paulo

Prezados,

Em resposta a solicitação de carta de concordância para realização da pesquisa **"Avaliação da percepção de gestores, profissionais e usuários sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranaipacaba (Santo André), US Vila Helena (Santo André) e CEO Vila Guilherme (São Paulo)"** estudo realizado por Elisa Prezotto Giordani, Fábio Luis Giordani e Fernando de Castro Percebo Cirurgiões Dentistas e alunos de pós-graduação do Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – USP, Departamento de Odontologia Social, informamos estar de acordo com a supracitada pesquisa, desde que submetidos aos devidos comitês de ética e suas aprovações; e devolutiva dos resultados no local que se constituiu como campo de pesquisa.

Sem mais.

Atenciosamente.

João Ladislau Rosa
Superintendente
OSS/SPDM – Microrregião Vila Maria/Vila Guilherme

APÊNDICE A – Questionário – Profissionais

Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.

Questionário – Profissionais

Nome	
Unidade de Saúde	Data nasc. ____/____/____
Profissão / Cargo	Vínculo:

Referência e contrarreferência – Profissionais			
Em sua opinião o SUS atende a todas as necessidades de saúde da população?	Sim	Não	Não sei
Em sua opinião o SUS atende a todas as necessidades de saúde bucal da população?	Sim	Não	Não sei
Comente sobre alguma necessidade, em saúde bucal, que você acha que não esta sendo atendida pelo SUS. _____ _____ _____ _____			
Você acha que o sistema de referência e contrarreferência em odontologia deve ser aprimorado?	Sim	Não	Não sei
Em que sentido você acha que poderia ser aprimorado? _____ _____ _____ _____			
Como você realiza a referência e/ou contrarreferência de seus pacientes? _____ _____ _____			
A contrarreferência é importante para a continuidade e/ou acompanhamento do paciente?	Sim	Não	Não sei

APÊNDICE B – Questionário – Usuários

Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.

Questionário – Usuários

Nome:	Profissão:		
Unidade de Saúde:	Data nasc. ____/____/____		

Referência e contrarreferência			
Você acha que o SUS está preparado para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população?	Sim	Não	Não sei
Quais necessidades, em sua opinião, não estão sendo atendidas? _____			

Algum dentista da rede pública já o orientou a procurar um serviço particular, pois não era possível resolver seu problema pelo SUS?	Sim	Não	Não sei
Qual o tipo de serviço você foi orientado a procurar fora do SUS? _____			

Você recebeu um encaminhamento para ser atendido por um especialista em odontologia?	Sim	Não	Não sei
Qual Especialidade?			
Quanto tempo demorou a consulta no especialista? _____			
Como foi realizado o agendamento para o especialista? _____			

Após a conclusão do tratamento com o especialista, você foi orientado a retornar a sua unidade de origem para a conclusão do	Sim	Não	Não sei

APÊNDICE C – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 1

QUESTÃO 1. Comente sobre alguma necessidade, em saúde bucal, que você acha que não esta sendo atendida pelo SUS. (Profissionais)

IAD 1

EXPPRESSÕES CHAVE (ECH)	IDEIAS CENTRAIS (IC)	ANCORAGEM (AC)
(16) Falar em todas as necessidades sendo atendidas é uma utopia. Tratamento endodôntico de monoradiculares e fase clínica de confecção de pt e ppr estão previstos pela política nacional de saúde bucal para serem realizados na atenção básica, entretanto <u>a realização destes procedimentos raramente ocorre fora dos CEOS no serviço público</u> , por exemplo	Ampliação da atenção básica - A	<u>a realização destes procedimentos (endodontia de monoradiculares e pt e ppr) raramente ocorre fora dos CEOS no serviço público</u>
(1) <i>Necessidade de prótese, pois a demanda é muito grande. Há necessidade de ter mais profissionais e <u>mais vagas para que a espera não seja tão longa</u></i>	Faltam profissionais e vagas - B	<u>Demora no atendimento</u>
(3) <i><u>As especialidades lista de espera longa</u></i>	Demora - B	<u>Demora no atendimento</u>
(36) <i>Ortodontia, número pequeno de profissionais em todas as especialidades.</i>	Falta ortodontia- C	
	Faltam profissionais - B	
(29) <i>Alguns casos de prótese fixa, anestesia para pacientes especiais, outros.</i>	Falta prótese e anestesia para pacientes especiais - C	
(23) <i>Devido à demanda, acredito que <u>um tratamento de canal</u>, por exemplo, ou <u>uma prótese demora demais</u> para quem precisa hoje.</i>	Faltam vagas para endodontia e prótese - B	<u>Demora no atendimento</u>

(21) Por estar há apenas três meses no serviço, ainda não	Faltam vagas para prótese - B	
senti muitas dificuldades sobre as necessidades. Observei porém, a necessidade de <i>mais cotas para próteses dentárias</i> para a reabilitação de pacientes		
(12) A parte de <i>ortodontia não é oferecida, quantidade de prótese total e prótese parcial é muito pouca pela demanda</i> que existe.	Falta ortodontia C	
	Faltam vagas de prótese B	
(5) <i>Prótese , implante</i>	Falta prótese, implante C	
(32) <i>necessidade de implantodontia.</i>	Falta implantodontia C	
(34) Muito já se avançou neste setor, desde a constituição de 1988, em como o advento do programa “Brasil sorridente” (federal), mas precisamos avançar para <i>ampliar serviços “vertical e horizontalmente” para uma demanda ainda muito grande e desassistida; aumentar os serviços da atenção básica bem como da atenção especializada.</i>	Ampliação da atenção básica - A	
	Aumentar os serviços da atenção especializada - C	

IAD 2

A – Deve-se ampliar a oferta de serviços na atenção básica

Expressões chave	DSC
(16) Falar em todas as necessidades sendo atendidas é uma utopia. Tratamento endodôntico de monoradiculares e fase clínica de confecção de pt e ppr estão previstos pela política nacional de saúde bucal para serem realizados na atenção básica, entretanto <u>a realização</u>	<i>Precisamos avançar para ampliar os serviços da atenção básica. Tratamento endodôntico de monoradiculares e fase clínica de confecção de pt e ppr estão previstos pela política nacional de saúde bucal para serem realizados na atenção básica, entretanto a realização destes procedimentos raramente ocorre fora dos</i>

<p><u>destes procedimentos raramente ocorre fora dos CEOS no serviço público</u>, por exemplo (34) ...precisamos avançar para ampliar serviços “vertical e horizontalmente” para uma demanda ainda muito grande e desassistida; aumentar os serviços da atenção básica bem como da atenção especializada.</p>	<p>CEOS no serviço público, por exemplo</p>
--	---

B- O SUS oferece poucas vagas na atenção secundária, e isso gera uma demora muito grande

Expressões chave	DSC
<p>(1) <u>Necessidade de prótese, pois a demanda é muito grande. Há necessidade de ter mais profissionais e mais vagas para que a espera não seja tão longa</u></p> <p>(3) As especialidades lista de espera longa</p> <p>(36) número pequeno de profissionais em todas as especialidades</p> <p>(23) Devido à demanda, acredito que um tratamento de canal, por exemplo, ou uma prótese demora demais para quem precisa hoje.</p> <p>(21) Por estar há apenas três meses no serviço, ainda não senti muitas dificuldades sobre as necessidades. Observei porém, a necessidade de <i>mais cotas para próteses dentárias</i> para a reabilitação de pacientes</p> <p>(12) quantidade de prótese total e prótese parcial é muito pouca pela demanda que existe.</p>	<p>Existe um número pequeno de profissionais em todas as especialidades, que gera uma lista de espera longa. Existe a necessidade de mais cotas para próteses dentárias para a reabilitação de pacientes, pois a quantidade de prótese total e prótese parcial é muito pouca pela demanda que existe. Devido à demanda, acredito que um tratamento de canal, por exemplo, ou uma prótese demora demais para quem precisa hoje.</p>

C- O SUS precisa ofertar outras especialidades além das que já oferece

Expressões chave	DSC
<p>(36) Ortodontia (29) Alguns casos de prótese fixa, anestesia para pacientes especiais, outros. (12) ortodontia não é oferecida... (5) Prótese, implante (32) necessidade de implantodontia (34) precisamos avançar para <i>ampliar serviços “vertical e horizontalmente” para uma demanda ainda muito grande e desassistida; aumentar os serviços da atenção básica bem como da atenção especializada.</i></p>	<p><i>Precisamos aumentar os serviços da atenção especializada. Creio que faltam alguns tratamentos específicos como ortodontia, prótese fixa, anestesia para pacientes especiais, implante, entre outros.</i></p>

APÊNDICE D – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 2

QUESTÃO 2. Se você acha que o SUS não está preparado para atender a todas as necessidades de saúde bucal da população, quais necessidades não estão sendo atendidas? (Usuários)

IAD 1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
(38) <i>Dar continuidade ao tratamento, por exemplo uma extração quando há necessidade</i>	Faltam serviços na atenção básica A	
(41) <i>Senti falta de um tratamento menos agressivo, que não fosse preciso arrancar meus dentes para fazer prótese, pois alguns estavam bons</i>	Faltam outros serviços C	
(35) <i>Acho que não tem necessidade de se encaminhar o paciente tantas vezes de um lugar para outro</i>	Faltam serviços na atenção básica A	
(42) <i>mais especialistas em todas as especialidades</i>	Faltam profissionais especialistas B	
(37) <i>Prótese</i>	Falta prótese C	
(24) <i>o atendimento especializado deixa a desejar</i>	Atendimento ruim B	
(28) <i>Especialistas em outras áreas</i>	Faltam outros serviços C	
(20) <i>sair menos da vila para ser atendido</i>	Faltam serviços na atenção básica A	
(31) <i>o atendimento com especialista demora</i>	Demora B	
(5) <i>Aparelho odontológico e um tratamento mais caro</i>	Falta ortodontia e outros serviços C	
(33) <i>Tá muito difícil conseguir tratamento de canal</i>	Faltam vagas B	

IAD 2

A- As necessidades não estão sendo atendidas porque se deslocam muito de um serviço ao outro para concluírem o tratamento.

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
(38) Dar continuidade ao tratamento, por exemplo uma extração quando há necessidade (35) Acho que não tem necessidade de se encaminhar o paciente tantas vezes de um lugar para outro (20) sair menos da vila para ser atendido	<i>Acho que não tem necessidade de se encaminhar o paciente tantas vezes de um lugar para outro, teria que sair menos da vila para ser atendido, falta continuidade ao tratamento.</i>

B- As necessidades da população não estão sendo atendidas porque a falta de profissionais acaba gerando uma demora grande

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
(42) mais especialistas em todas as especialidades (33) Tá muito difícil conseguir tratamento de canal (24) o atendimento especializado deixa a desejar (31) o atendimento com especialista demora	<i>O atendimento com especialista demora e deixa a desejar. Precisa de mais especialistas em todas as especialidades. Tratamento de canal, por exemplo, tá muito difícil de conseguir.</i>

C- As necessidades não estão sendo atendidas porque o SUS oferece um número limitado de procedimentos e tratamentos na atenção secundária.

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
(41) Senti falta de um tratamento menos agressivo, que não fosse preciso arrancar meus dentes para fazer prótese, pois alguns estavam bons (37) Prótese (5) Aparelho odontológico e um tratamento mais caro (28) Especialistas em outras áreas	<i>Faltam especialidades em outras áreas como prótese, aparelho odontológico e um tratamento mais caro. Senti falta de um tratamento menos agressivo, que não fosse preciso arrancar meus dentes para fazer prótese, pois alguns estavam bons.</i>

APÊNDICE E – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 3

QUESTÃO 3 - Em que sentido você acha que o sistema de referência e contrarreferência poderia ser aprimorado. (Profissionais)

IAD – 1

EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
(3) <i>Melhoria da relação entre unidade básica e unidade referência</i>	Precisa melhorar a relação entre UBS e CEO - A	
(5) <i><u>Maior oferta de serviços</u> (implante, próteses)</i>	Precisa aumentar oferta de serviços - B	<u>Aumentar a oferta de serviços</u>
(12) <i>Deveria ter no sistema o que foi feito e quando foi feito para que a gente tivesse esse controle, que nem sempre ficamos sabendo</i>	As informações sobre os procedimentos realizados no paciente nem sempre são adequadas - A	
(15) <i>Capacitar os profissionais na utilização dos formulários adequadamente e preenchimento o máximo de informações</i>	As informações sobre os procedimentos realizados no paciente nem sempre são adequadas - A	
(17) <i>Maior rapidez</i>	Precisa aumentar oferta de serviços - B	<u>Demora no atendimento</u>
(18) <i>Número em necessidade é maior que a cota permitida</i>	Precisa aumentar oferta de serviços - B	<u>Aumentar a oferta de serviços</u>
(20) <i>Tendo realmente a contra referência dentro do serviço</i>	Não existe a contrarreferência - A	
(21) <i>Atualização do sistema na unidade. Percebi, pelo relato da recepcionista, que o da Unidade e o da referência são diferentes</i>	Melhorar a comunicação entre as unidades - A	
(23) <i>Maior quantidade de postos específicos, clínicas, equipamentos mais modernos</i>	Precisa aumentar oferta de serviços - B	<u>Aumentar a oferta de serviços</u>
(25) <i>Ser chamado mais rapidamente para o tratamento</i>	Agilizar o atendimento - B	<u>Demora no atendimento</u>
(26) <i>Aumento do número de profissionais para não</i>	Aumento do número de profissionais - B	<u>Demora no atendimento</u>

haver tanta demora no atendimento		
(27) <i>A contrareferência deveria ser um pouco mais rápida, porque as vezes os pacientes não podem esperar tanto.</i> Ex: aumentar o número de profissionais para um atendimento mais agilizado	Aumentar o número de profissionais - B	<u>Demora no atendimento</u>
(34) <i>Divulgando mais e esclarecendo melhor os protocolos de nossos serviços, esclarecendo seus fluxos, prazos, objetivos, bem como também suas fontes de financiamento e controle social, tudo isto para colegas do sistema (rede), gestores e também usuários</i>	Melhorar a comunicação - A	
(36) <i>Uma maior interação e entendimento do processo</i>	Melhorar a comunicação - A	

IAD 2

1. Deveria se dar mais agilidade ao processo aumentando-se o número de profissionais e disponibilizando-se algumas especialidades que ainda não são oferecidas.

Expressões chave	DSC
(5) Maior oferta de serviços (implante, próteses) (17) Maior rapidez (18) Número em necessidade é maior que a cota permitida (23) Maior quantidade de postos específicos, clínicas, equipamentos mais modernos (25) Ser chamado mais rapidamente para o tratamento (26) Aumento do número de profissionais para não haver tanta demora no atendimento (27) A contrareferência deveria ser um	<i>Deveria aumentar o número de profissionais para não haver tanta demora no atendimento, tanto na referência como na contrareferência. Além disso deveria ter maior oferta de serviços (implante, próteses), maior quantidade de postos específicos, clínicas, equipamentos mais modernos.</i>

pouco mais rápida, porque as vezes os pacientes não podem esperar tanto. Ex: aumentar o número de profissionais para um atendimento mais agilizado

2. Deveria ser aprimorada a comunicação e o fluxo de informações entre os diversos níveis de atenção

Expressões chave	DSC
<p>(3) Melhoria da relação entre unidade básica e unidade referência</p> <p>(12) Deveria ter no sistema o que foi feito e quando foi feito para que a gente tivesse esse controle, que nem sempre ficamos sabendo</p> <p>(15) Capacitar os profissionais na utilização dos formulários adequadamente e preenchimento o máximo de informações</p> <p>(21) Atualização do sistema na unidade. Percebi, pelo relato da recepcionista, que o da Unidade e o da referência são diferentes</p> <p>(34) Divulgando mais e esclarecendo melhor os protocolos de nossos serviços, esclarecendo seus fluxos, prazos, objetivos, bem como também suas fontes de financiamento e controle social, tudo isto para colegas do sistema (rede), gestores e também usuários</p> <p>(36) Uma maior interação e entendimento do processo</p> <p>(20) Tendo realmente a contra referência dentro do serviço</p>	<p><i>Deveria ter uma melhoria da relação entre unidade básica e unidade referência para uma maior interação e entendimento do processo, divulgando mais e esclarecendo melhor os protocolos de nossos serviços, esclarecendo seus fluxos, prazos e objetivos. Capacitar os profissionais na utilização dos formulários adequadamente e preenchimento o máximo de informações ou incluir no sistema o que foi feito e quando foi feito para que a gente tivesse esse controle, que nem sempre ficamos sabendo. Percebi, pelo relato da recepcionista, que o sistema da Unidade e o da referência são diferentes, deveriam ser atualizados. Além disso a contrarreferência praticamente não existe.</i></p>

APÊNDICE F – Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 – Questão 4

QUESTÃO – Porque você acha que a contrarreferência é importante para a continuidade e/ou acompanhamento do paciente?

IAD -1

EXPRESSÕES CHAVE	IDEIA CENTRAL	ANCORAGEM
(1) Através da referência/contrareferência podemos encaminhar o paciente quantas vezes forem necessárias, tentando-se assim, suprir todas as necessidades e retornando a sua uba de origem, <i>pode-se fazer o acompanhamento periódico do paciente</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
(2) possibilita o conhecimento da unidade de básica, <i>das necessidades de acompanhamento do paciente</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
(4) Você <i>acompanha</i> o <i>tratamento</i> até o fim	Para o acompanhamento do paciente - A	
(10) Para incentivar o conhecimento e garantir o atendimento no serviço de saúde <i>cumprindo todas as fases do cuidado, desde a recepção até o atendimento final</i>	Garantir a integralidade do atendimento - A	
(11) Para o <i>acompanhamento adequado do paciente</i> quando o mesmo retorna aos meus cuidados	Para o acompanhamento do paciente - A	
(12) <i>Ficamos sabendo se foi resolvido a necessidade do paciente</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	
(16) A contrarreferência é importante para a efetiva resolubilidade da atenção á saúde do usuário, <i>Mesmo com o encaminhamento para os demais níveis de atenção, o profissional da atenção básica permanece responsável pelo acompanhamento longitudinal</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	

<i>do usuário, e este, sendo co-responsável pela sua saúde, deve procurar novamente a atenção básica com a contrareferência</i>		
<i>(17) Justamente para dar continuidade ao atendimento e finalizar o tratamento do paciente</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
<i>(18) Porque guardamos em seu prontuário e temos a ciência do caso realizado, seu histórico</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	
<i>(19) Para conhecimento do caso de cada paciente, até, se possível, a melhor conduta de acompanhamento</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	
<i>(20) Para podermos dar continuidade no tratamento do paciente e saber que tipo de procedimentos foram realizados na referência</i>	Para o acompanhamento do paciente - A Informação sobre o tratamento realizado - B	
<i>(21) Os profissionais da APS precisam ter conhecimento da conclusão do processo de referência para tomar outra conduta encaminhando para outros serviços ou atuando diretamente se for o caso.</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	
<i>(25) Para dar continuidade ao tratamento</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
<i>(26) Para dar continuidade ao tratamento</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
<i>(27) Para dar continuidade ao tratamento. Ex: existem exames/procedimentos e outros que não são feitos na US, portanto os pacientes/clientes são encaminhado ao centro de especialidades</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
<i>(28) É importante para ter um acompanhamento completo e sem interrupções</i>	Para o acompanhamento do paciente - A	
<i>(29) assim fica ciente do acompanhamento</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	
<i>(34) com certeza... a atenção básica nos pede algum serviço de especialidade(odonto), quando já executados ,</i>	Informação sobre o tratamento realizado - B	

<p><i>retornam a ela, com informações feedback e orientações a serem seguidas. Por ex.: resultados de biópsias (semio), ou com exodontia dentes inclusos, ou endo concluída que pede que se conclua o caso c/ restauração do elemento dentário, ou quanto perio, com recomendações quanto ao controle de placa bacteriana e reenvios (a perio) com determinada periodicidade, ou quando prótese total ou p.p.r.= preservação do s.e. etc...</i></p>		
<p><i>(35) O profissional que fez a referência tem que saber o que foi realizado com o paciente e a conduta a ser seguida para preservação</i></p>	<p>Informação sobre o tratamento realizado - B</p>	
<p><i>(36) Para se saber a conclusão do tratamento a fim de que possa se solucionar o mais rápido possível qualquer problema</i></p>	<p>Para o acompanhamento do paciente - A</p>	

IAD 2

1. Porque a contrarreferência é um processo essencial para se garantir o atendimento integral do paciente

Expressões chave	DSC
<p>(1) Através da referência/contrarreferência podemos encaminhar o paciente quantas vezes forem necessárias, tentando-se assim, suprir todas as necessidades e retornando a sua ubi de origem, <i>pode-se fazer o acompanhamento periódico do paciente</i></p> <p>(2) possibilita o conhecimento da unidade de básica, <i>das necessidades de acompanhamento do paciente</i></p> <p>(4) Você acompanha o tratamento até o</p>	<p><i>A contrarreferência é importante justamente para dar continuidade ao atendimento e finalizar o tratamento do paciente. Podemos encaminhar o paciente quantas vezes forem necessárias, tentando-se assim, suprir todas as necessidades e retornando a sua ubi de origem, pode-se fazer o acompanhamento periódico do paciente</i></p>

<p>fim</p> <p>(10) Para incentivar o conhecimento e garantir o atendimento no serviço de saúde <i>cumprindo todas as fases do cuidado, desde a recepção até o atendimento final</i></p> <p>(11) Para o <i>acompanhamento adequado do paciente</i> quando o mesmo retorna aos meus cuidados (16) A contrareferência é importante para a efetiva resolubilidade da atenção á saúde do usuário, <i>Mesmo com o encaminhamento para os demais níveis de atenção, o profissional da atenção básica permanece responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário, e este, sendo co-responsável pela sua saúde,</i> deve procurar novamente a atenção básica com a contrareferência</p> <p>(17) <i>Justamente para dar continuidade ao atendimento e finalizar o tratamento do paciente</i></p> <p>(20) Para podermos dar <i>continuidade no tratamento do paciente</i></p> <p>(25) <i>Para dar continuidade ao tratamento</i></p> <p>(26) <i>Para dar continuidade ao tratamento</i></p> <p>(27) <i>Para dar continuidade ao tratamento.</i> Ex: existem exames/procedimentos e outros que não são feitos na US, portanto os pacientes/clientes são encaminhado ao centro de especialidades</p> <p>(28) <i>É importante para ter um acompanhamento completo e sem interrupções</i></p> <p>(36) <i>Para se saber a conclusão do tratamento</i> a fim de que possa se solucionar o mais rápido possível qualquer problema</p>	
--	--

2. A contrarreferência é importante porque é uma maneira de trazer informações importantes para a continuidade do tratamento pelo profissional da atenção básica

Expressões chave	DSC
(12) <i>Ficamos sabendo se foi resolvido a necessidade do paciente</i>	<i>A contrarreferência é importante porque o profissional que fez a referência tem que</i>

<p>(18) Porque guardamos em seu prontuário e temos a ciência do caso realizado, seu histórico</p> <p>(19) Para conhecimento do caso de cada paciente, até, se possível, a melhor conduta de acompanhamento</p> <p>(20) Para podermos dar continuidade no tratamento do paciente e saber que tipo de procedimentos foram realizados na referência</p> <p>(21) Os profissionais da APS precisam ter conhecimento da conclusão do processo de referência para tomar outra conduta encaminhando para outros serviços ou atuando diretamente se for o caso.</p> <p>(29) assim fica ciente do acompanhamento</p> <p>(34) com certeza... a atenção básica nos pede algum serviço de especialidade(odonto), quando já executados , retornam a ela, com informações feedback e orientações a serem seguidas. Por ex.: resultados de biópsias (semio), ou com exodontia dentes inclusos, ou endo concluída que pede que se conclua o caso c/ restauração do elemento dentário, ou quanto perio, com recomendações quanto ao controle de placa bacteriana e reenvios (a perio) com determinada periodicidade, ou quando prótese total ou p.p.r.= preservação do s.e. etc...</p> <p>(35) O profissional que fez a referência tem que saber o que foi realizado com o paciente e a conduta a ser seguida para preservação</p>	<p>saber o que foi realizado com o paciente e a conduta a ser seguida para preservação, ficamos sabendo se foi resolvido a necessidade do paciente e temos a ciência do caso realizado, seu histórico.</p>
--	--

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

1/1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani convidamos você _____ a participar deste estudo, que faz parte do Mestrado Profissional Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, USP.

O objetivo é avaliar o nível de percepção sobre os temas: INTERDISCIPLINARIDADE, ACESSO e SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, e o quanto estão presentes na rotina desta unidade de saúde, buscando identificar os pontos que podem ser melhorados, podendo estas informações, servirem de subsídio para melhorar a qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa esta sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012.

Você deverá responder a um questionário, com tempo estimado em 30 minutos. Você não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou apresentações em congressos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização. Além disso, fica acordado que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento, ou em local a ser escolhido por você em comum acordo com o pesquisador. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** - Av. Prof. Lineu Prestes 2227, 05508-000 - São Paulo, telefone (11)30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8 às 17h exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado _____
CPF/RG: _____

Assinatura do entrevistado _____
Em ____ de _____ de 2015

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

-Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

-Fabio Luís Giordani, fgiordani@usp.br, cel: 989591037

-Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fábio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

1/1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani, alunos de um curso de pós-graduação, pedimos sua colaboração para participar de uma pesquisa onde se verificará se você recebe atendimento por mais de um profissional quando procura a unidade de saúde, como e o que tem que fazer para conseguir esse atendimento, e se você é encaminhado a outro tipo de serviço quando necessita. Estas informações, poderão ajudar na melhoria da qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades pessoais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa esta sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012.

Você deverá responder a um questionário, por cerca de 30 minutos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização, e de que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou congressos.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** - Av. Prof. Lineu Prestes 2227, 05508-000 - São Paulo, telefone (11)30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8 às 17h exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

CPF/RG: _____

Em ____ de _____ de 2015

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

-Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

-Fabio Luís Giordani, flgiordani@usp.br, cel: 989591037

-Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fábio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255