Universidade De São Paulo
Faculdade De Saúde Pública

Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica:
o efeito silos e os impasses da regionalização da saúde

Joana Danielle Brandão Carneiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2019

Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica: o efeito silos e os
impasses da regionalização da saúde

Joana Danielle Brandão Carneiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

Versão Revisada

São Paulo

2019

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.

Com amor, para Lice, José, Na, Lo, Dan, Elisa, Tuco, Salem e para mim.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por serem o suporte, a crítica e sempre segurarem a minha mão.

Ao orientador, agradecer sempre e toda vez, por tornar o seu saber também o meu e pela generosidade e compromisso de compartilhá-lo comigo. Foi uma honra e um prazer trabalhar com o senhor. Muito obrigada!

À professora Aylene, responsável por “abrir as portas” da Faculdade de Saúde Pública para mim, sempre muito generosa. Muito obrigada!

À professora Sônia, por aceitar fazer parte desta construção coletiva. Muita sorte a minha ter a senhora, da mesma “casa” que eu e da minha terra. Muito obrigada por estar aqui!

Ao professor Luiz Felipe Scabar, por aceitar fazer parte desta banca, já na reta final. Muito obrigada!

Aos professores suplentes, Regina Auxiliadora Marques, Simone Junqueira e Paulo Capel, por se colocaram à disposição.

À professora Arlete, por se colocar no lugar de mãe e orientadora. Sempre muito carinhosa e compreensiva. Dedico também à senhora este trabalho.

Ao pessoal da biblioteca da FSP-USP, sempre muito dispostos, educados e prontos para ajudar.

Ao secretário adjunto do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, Rubens Moriya, pela generosidade e disponibilidade em me ensinar tudo que aprendi sobre sistema de informação.

A todos os amigos, amigas e outros familiares que estiveram mais ou menos próximos, mas sempre torcendo e me incentivando. Guardo cada um e cada uma em minha memória e no meu coração.

À minha escolha, a Odontologia, responsável por minha caminhada profissional, sempre contra-hegemônica. Sou dentista do SUS e isto me orgulha muito!

O mestrado é um processo muito desgastante, seja pelas abdições que precisam ser feitas ou ainda pelas dificuldades de quem escolhe o caminho da pesquisa no Brasil. Mas é também gratificante, especialmente quando se percebe o crescimento e a maturidade que se ganha. Fui econômica nos agradecimentos, mas não menos grata a cada um e cada uma que contribuiu com esta construção e com minha formação, seja pessoal ou profissional. Aos citados e não citados, dedico minha imensa gratidão.

RESUMO

CARNEIRO JDB. Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica: o efeito silos e os impasses da regionalização da saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018.

A estratégia da regionalização da atenção à saúde aconteceu em consonância com as reformas promovidas pelos estados nacionais ocidentais, de cunho neoliberalista, a partir do final da década de 70, pautada tanto pela lógica do esgotamento do estado de bem-estar social quanto pela racionalização de recursos, na área social, incluindo a saúde. No Brasil, ambas iniciativas fazem parte da agenda política do setor saúde de modo concomitante a partir da primeira década do século XXI, propiciando um espaço promissor para explorar as relações entre as características regionais, a oferta de serviços de saúde e o componente relativo à atenção à saúde bucal. Objetivou-se caracterizar, a partir de um estudo de caso, a estrutura e o desempenho de efetividade e eficiência das assistências médica e odontológica em duas regiões de saúde distintas socioeconomicamente e na oferta de serviços, Norte-Barretos e Juazeiro, a fim de elaborar proposições que possam orientar futuros estudos. Os resultados apontaram que os aspectos estruturais e de desempenho da assistência médica e odontológica não assumiram um padrão diretamente favorável à região com melhores indicadores socioeconômicos e de oferta de serviços de saúde. Enquanto a região Norte-Barretos se sobressaiu em relação aos indicadores de estrutura (exceto para cobertura potencial da ESB na ESF) e efetividade, a região Juazeiro se destacou em relação à eficiência, ou seja, embora com menos recursos, a utilização dos serviços foi relativamente mais expressiva. Os aspectos qualitativos apontaram que a regionalização aconteceu em ambos os locais, e foi reconhecida de forma positiva (dimensão política); a distribuição dos serviços não atende à demanda populacional (dimensão organizacional); a capacidade instalada das RAS não estava adequada às necessidades de saúde da população (dimensão estrutural). Os achados permitiram um diálogo entre a realidade atual da regionalização, bem como os seus impasses, e entre o desempenho da assistência odontológica e as forças específicas que buscam romper com o isolamento entre as práticas de saúde (efeito silos).

Palavras-chave: Política de saúde. Regionalização. Assistência odontológica. Integração dos serviços

ABSTRACT

CARNEIRO JDB. Structure and performance of medical and dental care: the silos effect and the impasses of health regionalization [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018. Portuguese.

The strategy of the regionalization of health care happened along with the changes promoted by neo-liberalist west national states, since the end of the 70s, thought by the logic of the well fare exhaustion as much as the rationalization of the resources on the social field, including health. In Brazil, both actions are part of the political agenda on health section since the first decade of the 21th century, providing a promissing space to explore the relations between regional characters, the health service offers and the element of the oral health care. This research aims to organize the structure and performance of efficacy and efficiency, the medical and dental care in two socioeconomic different health regions and the provision of services, Norte-Barretos and Juazeiro, for the clarification and explanatory hypotheses that may guide future studies. The case study was a methodology adopted. The results pointed out that the structural and performance aspects of medical and dental care were not considered compatible with both socioeconomic aand health indicators. While the North-Barretos region excelled in relation to the structure indicators (except for potential ESB coverage in the ESF) and effectiveness, the Juazeiro region stood out in relation to efficiency, that is, although with less resources, the use of the services was relatively more expressive. The qualitative aspects pointed out that regionalization occurred in both places and was positively recognized (political dimension); the distribution of services doesn't meet the population demand (organizational dimension); the installed capacity of RAS was not appropriate to the health needs of the population (structural dimension). The objectives allow a dialogue between the current performance of regionalization, as well as its impasses, and between the performance of dental care and the specific forces they seek, to break with the separation of health practices (silos effect).

Keywords: Health Policy. Regional Health Planning. Dental Care. Integration of services

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO GERAL	22
2.1 Objetivos específicos	22
3. MÉTODO	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Descrição das regiões	28
3.3 Aspectos Qualitativos	34
3.4 Aspectos Quantitativos: Indicadores	34
3.5 Universo empírico	42
3.6 Critérios de inclusão e exclusão	42
3.7 Período de tempo	43
3.8 Fonte dos dados	43
3.9 Análise dos dados	44
3.10 Aspectos éticos	44
3.11 Apoio financeiro	45
4. RESULTADOS	46
4.1 Aspectos Qualitativos	46
4.1.1 Dimensão Política	46
4.1.2 Dimensão Organizacional	48
4.1.3 Dimensão Estrutural	48
4.2 Aspectos Quantitativos	49
4.2.1 Indicadores da oferta de serviços de saúde	49
4.2.2 Indicadores de estrutura da assistência médica e odontológica	51
4.2.3 Indicadores de efetividade da assistência médica e odontológica	56
4.2.4 Indicadores de eficiência da assistência médica e odontológica	60

5. DISCUSSÃO	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7. REFERÊNCIAS	88
8. ANEXOS	100
9. APÊNDICE	102

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Nº de equipamentos de saúde, regiões Norte-Barretos e Juazeiro	32
Tabela 2 – Indicadores demográficos, socioeconômicos e da oferta de serviços, regiões Norte-Barretos e Juazeiro	33
Tabela 3 – Síntese dos resultados de estrutura, desempenho de eficiência e efetividade, regiões Norte-Barretos e Juazeiro, 2007-2014	64

Lista de Mapas

Mapa 1 – Distribuição das Regiões de Saúde no Brasil	27
Mapa 2 – Estado da Bahia por região de saúde	28
Mapa 3 – Estado de São Paulo por região de saúde	30

Lista de Figuras

Figura 1 – Indicador internações de alta complexidade/100mil hab	50
Figura 2 – Indicador da quantidade leitos/mil hab	51
Figura 3 – Ind. nº de médicos que não atendem SUS/10 mil hab	51
Figura 4 – Ind. nº de médicos que atendem SUS/ 10 mil hab	52
Figura 5 – Ind. % de população potencialmente coberta pela ESB /ESF	53
Figura 6 – Ind. nº de CD que não atendem SUS/10 mil hab	54
Figura 7 – Ind. nº de CD que atendem SUS/10 mil hab	55
Figura 8 – Ind. nº de CD que atuam na AB/10 mil hab	55
Figura 9 – Ind. nº de CD que atuam no CEO/10 mil hab	56
Figura 10 – Ind. nº de consultas médicas em AB/100 hab	56
Figura 11 – Ind. cobertura de esc. dental supervisionada: 5-9 e 10-14anos	57
Figura 12 – Ind. cobertura da 1ª consulta odontológica	58
Figura 13 – Ind. nº de procedimentos odontológicos básicos/100 hab	59
Figura 14 – Ind. nº procedimentos odontológicos especializados/100 hab	60
Figura 15 - Ind. razão consultas médicas na AB/médicos da AB-SUS	61
Figura 16 – Ind. razão entre o total de 1ª consulta odontológica/CD que trabalham na AB-SUS	61
Figura 17 – Ind. razão entre a quantidade anual procedimentos odontológicos básicos/CD que trabalham na AB do SUS	62
Figura 18 – Ind. razão entre a quantidade anual de procedimentos odontológicos especializados/CD que trabalham no CEO	63

Siglas Utilizadas

AB	Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Coap	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CRIE	Colegiado Regional Interestadual
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Estratégia Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NB	Norte-Barretos
NHS	National Health Service
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNCCSF	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selante e Flúor
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROADESS	Programa de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALI-SUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Segundo ALMEIDA (2008), “*os sistemas de saúde, tal como são conhecidos hoje – estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde - são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX. Em outras palavras, a política de saúde e o correspondente sistema de saúde traduzem o esforço do Estado para modificar as condições adversas que favorecem o adoecimento dos indivíduos, tentando impedir que isso aconteça, [visando] atenuar o sofrimento das pessoas [e as consequências das enfermidades]. Esse esforço envolve o Estado e suas instituições, o governo, o sistema político e a sociedade como um todo. Nessa perspectiva, as reformas do setor saúde são reformas das políticas de saúde*”. Estas reformas, que introduziram modificações expressivas e significativas nos sistemas de saúde, são também conhecidas como reformas do tipo *big bang* (VIANA et al., 2005).

Almeida (2008) formulou uma síntese sobre as reformas nos estados nacionais no mundo ocidental, em especial na Europa Ocidental, relatando que o século XX foi protagonista de três grandes ‘ondas’ (ou gerações) de reformas no setor saúde, mas também com reflexos na região latino-americana de maneira particular.

A primeira “onda” iniciou-se no final do século XIX, com subsídios estatais e programas específicos para os pobres e trabalhadores de baixa renda; estendeu-se para as primeiras décadas do século XX, antes e depois da Primeira Guerra Mundial, com a extensão de antigos programas, a implementação e a difusão do seguro nacional de saúde, tendo o modelo alemão como referência - bismarckiano. A segunda “onda” aconteceu logo após a Segunda Guerra Mundial, com a consolidação e a universalização de sistemas de serviços de saúde ou a criação de sistemas nacionais de saúde, transformando o direito de acesso aos serviços setoriais em direito de cidadania. O modelo inglês, *beveridgeano*, é a referência (que culminou na criação do Sistema Nacional de Saúde - *National Health Service*). Por fim, a terceira “onda”, mais recente, caracterizou-se por dois momentos distintos, mas que são faces

da mesma moeda: o primeiro ocorreu nos anos 60-70 e se configurou como expansão específica dos serviços de assistência médica; e o segundo momento é o de crise desse modelo e resultou na formulação, nos anos 80, de uma agenda política pós-*Welfare* também para a área da saúde, cuja essência estava no questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então. O modelo do seguro-saúde americano é a referência para este período (ALMEIDA, 2008).

“Para a América do Sul e Caribe, o Seguro Nacional de Saúde alemão também foi referência em alguns países, ainda que implementado de forma incompleta e bem segmentada, e o NHS inglês se converteu na utopia de alguns grupos de esquerda na região. Na terceira ‘onda’, houve grande difusão e aceitação de modelos e ideias neoliberais que foram implementados de forma exemplar na América Latina” (ALMEIDA, 2008).

A partir dos anos 80, diversos países atravessaram reformas que foram pautadas por forte apelo à tecnologia institucional preconizada pela perspectiva neoliberal, hegemônica naquele período. A elaboração dessas propostas de reforma tem por ponto de partida a crítica da oferta (*supply side*) de serviços e benefícios, com especial ênfase naqueles vinculados à proteção social, isto é, no questionamento do Estado “provedor” ou do Estado de bem-estar keynesiano. Estes questionamentos eram pautados sob a égide, por um lado, da sobrecarga estatal frente às demandas exacerbadas pela crise econômica e pela força dos grupos de interesse (detentores de poderes político e econômico), a partir da construção de narrativas que reforçavam os efeitos danosos da excessiva intervenção estatal (regulação) sobre as economias nacionais, ao interferir nos negócios privados, além dos altos impostos cobrados, necessários para sustentar a política social. Por outro lado, quando o Estado se coloca a favor das reformas de cunho neoliberal, fica evidente que o equilíbrio entre regulação estatal e

regulação de mercado não foi atingido, pois as relações de poder mostram-se concentradas e favoráveis ao lado neoliberal, movidos fundamentalmente por objetivos específicos dos estratos sociais dominantes (ALMEIDA, 1999), a fim de que a mobilidade social seja dificultada ou, até mesmo, impossibilitada, mantendo as castas no seu “lugar privilegiado”.

Estas reformas também atingiram os sistemas de serviços de saúde, uma vez que seus gestores se depararam com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, tendo em vista a redução dos recursos disponíveis para o setor, o aumento incontável das despesas com atenção médica hospitalar, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações e a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público. Além disso, a busca de alternativas que possibilitassem o alcance de maior equidade e proporcionassem serviços de melhor qualidade tornou-se peremptória diante do aumento das desigualdades e da piora das condições de vida e saúde das populações (VIACAVA *et al.*, 2004).

A nova ordem dos Estados nacionais nos últimos anos caracteriza-se pelos movimentos de descentralização e desconcentração, ao lado da multiplicidade de novas experiências e propostas federalistas e da propagação da criação de entidades federais no mundo ocidental. As causas que convergiram para este fenômeno descentralizador podem ser agrupadas segundo critérios distintos de interpretação: sob a perspectiva econômica (reestruturação do modo de produção e do funcionamento da economia, a partir de inovações tecnológicas e da globalização ocasionaram profundas alterações na capacidade dos Estados nacionais de captarem recursos da esfera produtiva e impuseram um padrão de endividamento público crescente); sob a perspectiva política (transição do autoritarismo para democracia, emergência de autoridades administrativas independentes - tais como bancos centrais independentes, mercado financeiro, meios de comunicação de massa e telecomunicações -, aniquilamento dos antigos ícones de identidade nacional com conteúdo político-ideológico,

permanentes desequilíbrios socioeconômicos entre regiões de um mesmo país); sob a perspectiva do Estado, a debilitação do *Welfare State*, pois a busca pela eficiência e equilíbrio financeiro resultou em propostas de descentralização das atividades de regulação, provisão e financiamento de bens e serviços sociais (VIANA *et al.*, 2002).

O debate sobre a reforma do Estado tem certamente na descentralização um de seus pontos centrais. Ao longo dos anos, diferentes correntes de orientação política têm articulado positivamente propostas de descentralização a diversas expectativas de superação de problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais. Passou-se a supor que, por definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disto, fortaleceriam e consolidariam a democracia. Igualmente tal consenso supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população. Assim, reformas do Estado nesta direção seriam desejáveis, dado que viabilizariam a concretização de ideais progressistas, tais como equidade, justiça social, redução do clientelismo e aumento do controle social sobre o Estado (ARRETCHE, 1996). A descentralização destacou-se como uma das principais características dos processos de reforma dos Estados nacionais na Europa e América Latina, em um contexto de crise econômica mundial e redemocratização política (LIMA *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2015). As reformas descentralizadoras assumiram sentidos e significados variados, desde a expressão de tendências democratizantes e participativas até a modernização gerencial da gestão pública com ênfase na eficiência e qualidade (PEREIRA *et al.*, 2015).

Relacionando-se a descentralização e democracia, é importante destacar que as reformas de cunho descentralizador, implementadas por governos socialistas na Itália, França e Espanha, trouxeram impactos para a organização político-territorial desses Estados nos anos 1970 e 1980. No que pesem as diferenças, em geral, houve mudanças nas estruturas

centralizadas de governo a partir da descentralização de poder para estruturas regionais. No caso da Espanha, a descentralização resultou na conformação de um novo nível de governo (as Comunidades Autônomas – CCAA), ou seja, a estrutura do Estado foi transformada, além da mudança de um regime político para outro - de ditadura para democracia - buscando responder à força e às pressões das identidades regionais (ARRETCHE, 1996; PEREIRA *et al.*, 2015).

A experiência internacional sugere que, em países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de regionalização que possibilitaram a organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. De modo geral, foram conferidas atribuições limitadas aos governos locais, enquanto os níveis regionais, vinculados aos entes estaduais ou provinciais nas federações, expandiram suas funções de planejamento e gestão sobre as políticas de saúde (LIMA *et al.*, 2012).

Entretanto, na América Latina, ambos os processos (descentralização e regionalização) foram implementados com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização (VIANA *et al.*, 2010). Os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram efeitos sérios e perturbadores, de longo prazo, na estrutura e financiamento do setor público, além da pouca atenção dedicada à reestruturação administrativa, bem como a inoperância frente a deterioração dos recursos do setor público. A inclusão de uma agenda reformadora no Brasil ocorreu de forma bastante complexa: pela exacerbação dos alarmantes índices de pobreza e agravamento da situação de saúde das populações; pela diminuição dos investimentos públicos na área; pela emergência e/ou visualização de novos atores que vocalizavam demandas sociais; pelas condicionalidades da reestruturação econômica e dos credores internacionais; e pela necessidade de reforma do Estado, onde a mudança setorial figura como prioritária (ALMEIDA, 1999). No Brasil, a descentralização foi introduzida

como parte do processo de redemocratização, já que os governos militares tinham características centralizadora, autoritária e excludente, além de políticas sociais fragmentadas e descoordenadas (PESTANA e MENDES, 2004).

Até os anos 1960, o Brasil era predominantemente rural com baixa desigualdade em decorrência da relativa igualdade na pobreza e ausência de serviços públicos essenciais na grande parte do território (ARRETCHE, 2015). Apesar do espetacular crescimento da economia entre 1960 e 1980, as políticas estatais que impulsionaram o desenvolvimento do Estado brasileiro produziram a fusão de vantagens em uma parcela pequena da população em relação a outra parcela – majoritária, desprovida de acesso a serviços essenciais e rendimentos decentes, com uma clara distinção territorial entre a região Sudeste e as demais regiões, que seria mitigada apenas a partir dos anos 80 com o processo de retomada da democracia (ARRETCHE, 2015). Nesse sentido, as desigualdades socioeconômicas e sanitárias têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas com foco regional, incluindo a saúde. A saúde, pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território. Portanto, para debater-la, é fundamental entender as desigualdades socioespaciais e suas consequências para o bem-estar social (VIANA et al., 2007). No Brasil, pesquisa com dados de 1989, portanto anterior à implantação do SUS, mostrou uma situação de marcadas desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no país. Desigualdades foram também observadas entre as grandes regiões do país. As pessoas residentes nas regiões mais desenvolvidas apresentavam maiores taxas de utilização de serviços do que as residentes nas regiões menos desenvolvidas (TRAVASSOS et al., 2006).

Desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a principal estratégia para sua implantação foi a descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. O Brasil, com mais de 200 milhões de

habitantes, é um país que ousou ofertar à sua população um sistema universal de saúde, além de se constituir por um modelo federativo que permite a descentralização política, administrativa e financeira para o poder local, a partir do estabelecimento de três esferas de poder (união, estados e municípios) (MONTEIRO, 2015). É preciso reconhecer que a municipalização trouxe um padrão mais democrático de governança local (MELLO *et al.*, 2017), a partir da responsabilização deste ente, com significativa ampliação, por exemplo, da atenção primária, entre os anos de 1990 e 2000 (MONTEIRO, 2015). Apesar dos avanços, a descentralização municipalizada trouxe algumas características importantes para o caso brasileiro: não reduziu sensivelmente a desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde, mantendo-se a tradição do critério político na incorporação tecnológica. Para superar esta dificuldade, um dos grandes desafios colocados para o SUS é aprimorar a regionalização, mas esta não pode ser uma ação isolada de prefeitos e nem mesmo de estados. Uma articulação interfederativa é importante para discutir este novo cenário (MONTEIRO, 2015) e fortalecer ativamente as regiões de saúde.

O sistema federativo brasileiro é estruturado em 3 níveis: União, 26 estados, 1 Distrito Federal e 5.570 municípios. Tal arranjo o torna especial no quadro mundial porque, por aqui, os municípios são entes autônomos (política, administrativa e financeiramente) e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas (PESTANA e MENDES, 2004). Este arranjo federativo, fortalecido pela Constituição de 1988, e as relações intergovernamentais são variáveis fundamentais para compreensão de políticas de saúde específicas, particularmente as de implantação descentralizada (LIMA *et al.*, 2015). Sob a perspectiva econômica, a equação descentralização/federalismo apareceu como solução para governar a redução da despesa pública. Mas a descentralização municipalizada (SANTOS e CAMPOS, 2015), a qual deveria ser pautada pela cooperação política (VIANA *et al.*, 2002), acabou por gerar insuficiência financeira nos municípios, decorrente de um sistema de saúde

cada vez mais subfinanciado, com forte dependência dos níveis estaduais e federal num contexto onde parcela importante das transferências financeiras tem sido mais diretamente atrelada à cooperação político-partidária, do que a equidade político-social.

No Brasil, a organização de regiões de saúde e redes assistenciais estão previstas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). No entanto, apenas nos anos 2000 (VIANA *et al.*, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015) a indução da regionalização e conformação das redes de saúde entraram na agenda política podendo se distinguir três momentos.

Uma primeira fase, entre 2001 e 2005 é conhecida como região normativa, caracterizada por redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, sob orientação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, publicada em 2001 e reeditada em 2002. O objetivo foi ampliar o acesso ao SUS, retomando sua coerência sistêmica, organizando fluxos intermunicipais pouco regulados, integrados e negociados, promovendo o papel dos estados no planejamento e coordenação das redes intermunicipais. A segunda fase, entre 2006 e 2010, tem por marco regulatório o Pacto pela Saúde (PORTARIA 399/2006). Trata-se de um processo de regionalização negociada com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantir o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local, diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde, superar os limites do modelo de descentralização municipalista e fortalecer o papel dos estados no planejamento e na coordenação/cooperação intergovernamental. E, por fim, a terceira fase, iniciada a partir de 2011, chamada região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde (RAS), regulamentada através da Portaria 4.279/10 (BRASIL, 2010) e Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011). O objetivo foi compatibilizar e integrar o processo de planejamento dos entes federativos; garantir segurança jurídica para as relações intergovernamentais na região de saúde (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde –

Coap); integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, por meio da conformação das RAS; associar planejamento e orçamento; diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde, superar os limites do modelo de descentralização municipalista da saúde e fortalecer o papel dos estados no planejamento e na coordenação/cooperação intergovernamental (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Os dispositivos mais recentes sobre regionalização incluem a Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017, a qual estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2017); e a Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde (BRASIL, 2018).

A proposta das RAS traz no seu bojo a ideia da região como ‘sanitária’, baseada em sua população-alvo e abrangência espacial que extrapola o recorte das regiões de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015) do ponto de vista da geografia física, afinal o espaço (a região) é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá (SANTOS, 2006). Para a conformação das RAS é muito importante uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, bem estruturada constituindo-se como porta de entrada preferencial. A coordenação é um atributo da APS e funciona como um amálgama, pois potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos do sistema para a integralidade e desburocratiza a função de primeiro contato. Ela reconhece que as diferentes necessidades de saúde e as possibilidades de resolução não podem ser alcançadas apenas pela equipe de APS (SANTOS e GIOVANELLA, 2016). Uma APS bem estruturada significa um investimento na integralidade da atenção ao sujeito. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia, constitui-se como uma estratégia de

reforma incremental (conjunto de modificações no desenho e operação da política) do sistema de saúde no Brasil. Ele trouxe mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (antes, pagamento por serviço prestado, agora, repasse *per capita*), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização (VIANA *et al.*, 2005). A partir da implementação do PSF, a APS assumiu um papel central na organização do sistema de saúde e tem, entre seus objetivos e metas institucionais, políticas e sociais, a integralidade da atenção e do cuidado à família (PIRES *et al.*, 2015; AQUINO *et al.*, 2014).

Sob o capitalismo, o conceito de necessidade pode ser considerado uma categoria alienada, pois implica uma necessidade da sociedade, ou seja, um sistema de necessidades gerais que incide sobre os indivíduos e suas necessidades pessoais. A teoria das necessidades em Marx é definida em três grupos: naturais ou físicas, sociais e radicais. Necessidades naturais (alimento, vestuário, habitação, etc.) e o modo de satisfazê-las, é um produto histórico que depende em grande parte, do nível de cultura de um país e, sobretudo, entre outras coisas, das condições dos hábitos e das exigências com que se haja formado a classe dos trabalhadores livres. A necessidade social na perspectiva marxista é discutida a partir de quatro acepções, sendo uma delas entendida no sentido de satisfação social como algo “não econômico”, que serve para expressar o fato de que os homens possuem necessidades não só produzidas socialmente, como também suscetíveis de satisfação por meio da criação de instituições sociais (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014). As necessidades radicais não são necessidades de reprodução social, como as duas primeiras. Elas são inerentes ao capitalismo, sem as quais o mesmo não poderia funcionar. São conceituadas como necessidades que efetivam o enriquecimento humano e associam-se aos processos de criatividade e liberdade (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014; Nogueira *et al.*, 2016). As necessidades de saúde relacionam-se com os dois primeiros grupos de necessidades, pois são fundamentais para

manutenção da vida e, por serem socialmente produzidas, exigem a conformação de instituições (de educação, saúde, cultura, por exemplo) para satisfazê-las (NOGUEIRA *et al.*, 2016). Em paralelo a isso, é importante destacar que os sistemas de saúde têm o propósito de promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000), portanto, atuar sobre as necessidades, determinantes e condicionantes de saúde. As diferentes lógicas ou racionalidades subjacentes ao modo como essas repostas se efetivam denominam-se modelos de atenção em saúde.

Um sistema de serviços de saúde abriga os seguintes componentes e funções: infraestrutura, organização, gestão, financiamento e prestação da atenção. Este último aspecto permite a diferenciação entre modelo de atenção e modelo assistencial, assumindo que o termo “modelo” não corresponde a algo estanque, imutável, um padrão, mas sim algo norteador de mudanças a partir da identificação de seus traços principais, seus fundamentos, ou seja, sua razão de ser ou sua racionalidade (PAIM, 2008).

É muito comum encontrar textos científicos que utilizem o termo modelo de atenção e modelo assistencial como sinônimos. Ao se traduzir da língua inglesa o termo “*care*” nem sempre se leva em conta que na língua portuguesa esta palavra pode assumir três significados distintos: atenção, assistência e cuidado. Esta imprecisão pode ter sido motivada, em algum grau, pela noção de modelo de atenção disseminada em documentos técnicos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nos quais é considerada tanto como expressão da prestação de serviços (ou seja, organização dos estabelecimentos de saúde, podendo assumir um formato de rede), como um componente do sistema de serviços de saúde (NARVAI, 1994; PAIM, 2008; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014). DONNANGELO (1975) chamava atenção para esta distinção, utilizando os termos ‘assistência médica’ e ‘Saúde Pública’ para se referir à assistência e atenção, respectivamente. Para a primeira ela dizia que se referia à parte das ações desenvolvidas na área de saúde:

conjunto de ações de diagnóstico e terapêutica dirigidas ao consumidor individual. Em contrapartida, para a Saúde Pública (sinônimo de atenção à saúde), ela referia-se a um conjunto de medidas orientadas coletivamente.

Atenção à saúde designa, portanto, a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população, sendo expressa por meio de políticas intersetoriais, programas e serviços de saúde (MATTA *et al.*, 2009). Significa que um modelo de atenção contempla em sua estrutura a formulação e implementação de políticas inter e transeitoriais que produzam impacto nas condições mais gerais de vida e políticas setoriais que criem condições de mudanças favoráveis nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas. Quando a descrição e a análise se restringem às mudanças sobre o conteúdo das práticas (lógica de prestação de serviço à demanda), na forma de organização do processo de trabalho (combinação entre saberes e técnicas para resolver problemas e atender necessidades de saúde) nos estabelecimentos de saúde nos diversos níveis de complexidade, e também na forma de organização das redes de serviços (ambulatorial, hospitalar), elas dizem respeito aos modelos assistenciais de saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A partir de exaustivas leituras no que tange à definição de assistência e atenção à saúde (bucal), esta mestranda assume a mesma linha de pensamento descrita por NARVAI (1994), a qual diz respeito à diferença semântica entre assistência à saúde bucal e atenção à saúde bucal. O mesmo afirma que assistência à saúde bucal “*refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não*”. Por outro lado, a atenção em saúde bucal também se refere à assistência, mas não se esgota nela, pois busca “*atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal*”. Tais ações podem ser alcançadas, desencadeadas tanto através de

articulações intrasetoriais quanto intersetoriais, pois a atenção em saúde bucal deve atuar sobre todos os determinantes sociais do processo saúde-doença bucal.

Do exposto, resulta que a comparação da estrutura e desempenho dos sistemas de serviços de saúde permite capturar mais a lógica do modelo assistencial ofertado do que do modelo de atenção adotado.

A reflexão sobre a problemática do que hoje denominamos “modelos de atenção à saúde”, remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária (PAIM, 2001; TEIXEIRA e SOLLA, 2006). No caso brasileiro, desde sua origem nos anos vinte, a resposta sanitária se estruturou de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária e liberal, de outro. Nos anos sessenta, um movimento de reforma do ensino médico a partir dos Estados Unidos exerceu importante influência na busca por modelos de prática voltados às populações tradicionalmente excluídas da medicina privada e cujas necessidades não eram satisfeitas pelas práticas de saúde pública. Com efeito, o movimento da Medicina Comunitária pautava-se pelo princípio da integralidade da atenção, associado a propostas racionalizadoras tais como regionalização e hierarquização de serviços, tecnologias simplificadas, utilização de pessoal auxiliar, participação da comunidade, etc. Muitos dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e dos programas especiais voltados para grupos populacionais e específicos, implantados no Brasil nos anos setenta, foram influenciados pelo corpo doutrinário da medicina comunitária e respaldados, posteriormente, pela Declaração de Alma Ata e pela proposta de Saúde para Todos no ano 2000 (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Apesar dos avanços na concepção teórica dos modelos de atenção na Saúde Pública brasileira, cabe destacar que o modelo liberal-privatista é hegemônico, caracterizando-se em linhas gerais, por uma concepção biomédica

fortemente marcada por aspectos biológicos e individuais do processo saúde-doença que se traduz numa resposta por meio do mercado de prestação de serviços de saúde. Nessas condições, as necessidades de saúde são determinadas por meio da procura dos indivíduos sintomáticos que geram uma “demanda espontânea” (PAIM, 2003). Assim, o indivíduo é considerado o receptor do cuidado (paciente expropriado do controle sobre sua natureza), ao passo que o profissional de saúde assume a função de estabelecer a terapêutica biológica apropriada (ANDRADE *et al.*, 2013) sem uma responsabilização do cuidado ou inclusão de outros determinantes, para além da saúde biológica.

De modo similar à prática médica, a prática odontológica se organizou historicamente enquanto prática privada sob um ideário liberal articulada à expansão do mercado de prestação de serviços, com predomínio da oferta de serviços assistenciais objetivando o tratamento das lesões e a recuperação da funcionalidade dentária (modelo liberal-privatista), privando a população dos cuidados de prevenção e promoção (PIMENTEL *et al.*, 2010; VIANNA e PAIM, 2016). Pelo forte caráter econômico que se traduz no valor moral “só tem acesso à saúde bucal quem pode pagar”, as condições dentárias são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Assim, é preciso considerar que, no conjunto das demandas sociais, a saúde bucal representa uma dimensão, entre muitas outras, das necessidades sociais. Ao se dar voz a quem não tem voz, ou seja, à população excluída, pode-se confirmar o significado social tanto da dentição natural quanto da dentadura artificial para o convívio e o relacionamento humanos e sua condição de necessidade básica (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

A defesa da expansão dos serviços públicos odontológicos como uma proposta de agenda política ganhou voz no Brasil no período de 24 a 28 de março de 1980, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, a partir do subtema número 7: Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde, discutido pelo grupo 15, mediado por Sérgio Pereira e João Audifax César

de Albuquerque. Na época, o grupo concluiu que existia “*entre a atual forma de prática e organização do modelo assistencial odontológico e os princípios que orientam a filosofia de atenção primária um abismo muito grande*”. O modelo de prática e assistência odontológica caracterizava-se, em traços gerais, pela: ineficácia (não responde aos problemas de saúde bucal da população), ineficiência (alto custo e baixíssimo rendimento), descoordenação (multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto a nível normativo quanto operacional), má distribuição (localizada nos polos de desenvolvimento, deixando áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros descobertas), baixa cobertura (não consegue dar assistência significativa à demanda), alta complexidade (faz uso de tecnologia complexa e sofisticada), enfoque curativo (centrado na doença), caráter mercantilista (saúde como um bem de troca sujeita às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública), caráter monopolista (resistência à transferência de conhecimentos e à sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos), inadequação no preparo dos recursos humanos (nível superior formado de maneira desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionados para as especialidades).

Dentre as recomendações do grupo, destacaram-se aspectos relacionados à racionalização de recursos, importante para aqueles que acreditam que o desempenho dos sistemas de saúde pode se dar pela maior eficiência, através de menores gastos e o emprego de equipamentos apropriados às reais possibilidades do país, estimulando a capacidade criativa nacional na busca de recursos tecnológicos mais de acordo com necessidades e possibilidades do país; e de acordo com as necessidades de saúde da população e não a partir de uma lógica de mercado na qual predomine a utilização de equipamentos de alta densidade tecnológica por parte dos serviços públicos (BRASIL, 1980). Em 1988, o Estado brasileiro criou o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selante e Flúor (PNCCSF), como uma forma de resposta às necessidades de saúde bucal. No entanto, este

Programa tinha um caráter vertical e centralizado em um momento que se reivindicava descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, incluindo os odontológicos. Neste contexto, em 1989, o governo define a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mas ainda com caráter centralizado e vertical (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Uma nova perspectiva para a PNSB foi aberta apenas em 2000, com a edição da portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo “incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF)”. Cabe destacar que a edição desta portaria só ocorreu após um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, Conselhos de Saúde e profissionais da saúde desde o final de 1994 (NARVAI e FRAZÃO, 2008) (ano de implementação do PSF, restrito a profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Em 2002, com a eleição do primeiro governo de esquerda no país, após a redemocratização, pretendia-se colocar “em outro patamar” o processo de reforma sanitária e de construção do SUS e, no seu interior, redefinir a PNSB. Nesse sentido, em janeiro de 2004 são lançadas as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, chamada de “Brasil Sorridente”, cujo objetivo principal foi ampliar o acesso à atenção em saúde bucal. Estas diretrizes buscavam articular as ações de saúde bucal ao modelo de atenção integral à saúde onde devem prevalecer ações de promoção, prevenção e proteção em detrimento às de recuperação, além da necessidade de educação permanente aos trabalhadores da saúde bucal, seja a nível técnico, de graduação e pós-graduação centrada nas necessidades e princípios do SUS (deficiência identificada desde 1980). Definiam ainda uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004; NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Verificar se a resposta dos sistemas de saúde está de acordo com as necessidades da população é importante, especialmente neste momento em que os mesmos estão em crise no mundo inteiro. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar os gastos públicos (e consequentemente os gastos com a saúde), do outro, nos dão a sensação de o sistema de saúde não corresponder mais às necessidades da população, de sua viabilidade estar comprometida, impondo propostas de reformulação. Para tanto, é imperioso que as decisões, tanto dos gestores e planejadores como dos clínicos, se baseiem em conhecimentos científicos sólidos (CONTRADIOPOULOS, 2006). Mas analisar, seja por estratégias avaliativas ou não, o desempenho dos sistemas de saúde, ou seja, o grau de alcance dos objetivos destes sistemas, bem como sua estrutura que reflete o compromisso com sua condução e o volume de recursos financeiros que lhe sustenta (VIACAVA *et al.*, 2004), não é uma estratégia simples. Nenhuma avaliação é politicamente neutra. Avaliar é um ato político e, portanto, toda avaliação está circunscrita a um referencial político e seu produto (relatórios etc.) está marcado, igualmente, pela postura e expectativa política de quem participa e faz a avaliação (NARVAI e FRAZÃO, 2017). Após o exposto, destaca-se que o desempenho dos serviços de saúde está fortemente associado à estrutura do sistema, na qual a arquitetura e o funcionamento deveriam ser capazes de garantir o atendimento das necessidades de saúde, decorrentes, em grande parte, de determinantes sociais, políticos e econômicos. Nesse modelo, tanto o arcabouço político, social e econômico como a conformação do sistema são condicionantes fundamentais que permeiam todo o seu funcionamento e adquirem caráter contextual no processo de avaliação do desempenho (VIACAVA *et al.*, 2012).

Segundo a metodologia proposta pelo Programa de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) mantido pelo Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para analisar a dimensão Estrutura dos sistemas de saúde, são utilizados indicadores que se enquadram nas subdimensões “recursos” e “financiamento”. Quando se pretende analisar o desempenho destes sistemas, os indicadores utilizados estão divididos em oito categorias: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. Cabe destacar que a equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões, uma vez que “os sistemas universais devem buscar a equidade como princípio orientador para que se atinja um melhor estado de saúde possível de uma população” (TELES *et al.*, 2016). Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando variáveis e indicadores mais apropriados a cada um (VIACAVA *et al.*, 2004; VIACAVA *et al.*, 2012).

Analisar ações, serviços e programas de saúde constitui desafio permanente aos profissionais desta área, administradores e gestores de vários níveis, tanto no setor privado quanto no setor público. No interior do setor saúde, são raras as iniciativas voltadas a analisar a resposta que é dada aos problemas de saúde bucal de interesse em saúde pública (NARVAI e FRAZÃO, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, para que seja reconhecida a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do PMAQ, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica¹ e também especializada. A saúde bucal foi incluída nesta estratégia, a partir da utilização do instrumento de avaliação PMAQ para Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica 2º ciclo (PMAQ ESB-

¹ No Brasil, a política oficial de Atenção Primária à Saúde (APS) é nomeada como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assim como suas unidades de APS assumem o nome Unidades Básicas de Saúde (UBS).

AB) e também do PMAQ Centro de Especialidades Odontológicas 1º ciclo (PMAQ CEO), para o nível especializado da atenção (BRASIL, 2013).

Ao se buscar estudos que analisem o desempenho e/ou a estrutura do sistema de saúde brasileiro, na perspectiva regional da assistência em saúde bucal, o que se verifica são publicações que alcancem dimensões estruturais estadual e/ou municipal. Destacam-se estudos descritivos de indicadores de atenção primária e secundária em saúde bucal no estado do Pará (SILVA *et al.*, 2013), de avaliação da demanda atendida por equipes de saúde bucal em um município do Rio Grande do Sul (TEIXEIRA *et al.*, 2011), e de análise da expansão de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco (SILVA *et al.*, 2011). Estes estudos podem ser categorizados na dimensão “recursos” da estrutura dos sistemas de saúde. CONILL *et al.* (2011) discute o desempenho do sistema de saúde, a partir da dimensão acesso, apresentando a problemática dos tempos de espera no Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol, aspectos relacionados à gestão e às práticas locais. Nesse sentido, a produção de informações científicas sobre a atenção à saúde bucal numa perspectiva regional para verificar se aspectos estruturais e de desempenho da assistência à saúde bucal apresentam um padrão igual ou diferente ao das suas respectivas regiões é relevante porque a regionalização da saúde é um fenômeno de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde, além de ser uma estratégia da descentralização da saúde no Brasil para melhor conformação das RAS, maior equidade na distribuição dos equipamentos de saúde nos territórios regionais, haja vista que se propõe uma regionalização solidária com todos os atores sociais que fazem a saúde acontecer nos territórios, dialogando e construindo juntos. É através da regionalização também que se busca uma maior e melhor distribuição democrática

do poder e financiamento da saúde, em um país continental que guarda características de um federalismo muito particular.

O alcance desses objetivos depende da estrutura e desempenho do sistema de saúde, bem como de aspectos relacionados aos impasses da implementação da política de regionalização, nos territórios. São eles: a criação de redes de saúde baseadas em negociação, não em planejamento prévio; responsabilidades amplas para um nível de governo com capacidade limitada; lacunas no exercício de competências para o desenvolvimento das RAS nos territórios; falta de clareza nas regras para implementação das RAS (VARGAS *et al.*, 2014).

Além disso, alguns autores chamam atenção para o fenômeno da separação entre a assistência médico-sanitária e a assistência odontológica (HUMMEL *et al.*, 2015), um fato histórico e ao mesmo tempo um fator de dependência de trajetória política que muitos países experimentaram, incluindo o Brasil, e que poderia exercer importante influência sobre o grau com que ambos os serviços estabelecem ou não linhas de conexão e integração no processo de regionalização da saúde. Internacionalmente, esta separação assume o nome de “efeito silos” (HUMMEL *et al.*, 2015). Esta separação foi incorporada às culturas da medicina e odontologia, seja através da condução da formação acadêmica, dos programas de saúde propostos, divisão nos espaços de trabalho, tendo como consequência uma falta de colaboração interprofissional (HUMMEL *et al.*, 2015). Este isolamento particular de cada uma das práticas de saúde, limita a ação de políticas que visem reduzir ou eliminar as desigualdades nas condições de acesso a esta necessidade. Nos Estados Unidos, por exemplo, este isolamento fez da saúde bucal a maior necessidade não atendida em crianças (MERTZ, 2016). A integração dos cuidados bucais em sistemas de saúde que norteiem sua condução a partir do princípio da integralidade tende a minimizar a demanda por esta necessidade, seja

por uma melhor identificação do risco/condução, coordenação dos cuidados, tornando-o mais eficiente, além de diminuir os custos gerais com saúde.

Por fim, a compreensão das dimensões estrutura e desempenho do sistema de saúde, a partir da assistência odontológica, pode fornecer subsídios para o campo de planejamento, gestão e implementação de políticas tanto a nível regional, quanto nacional e apontar como o sistema de saúde tem configurado sua resposta às necessidades da população em relação à saúde bucal, negligenciada ao longo da história pelo Estado brasileiro, tendo em vista que a responsabilidade desta resposta esteve mais fortemente vinculada ao mercado de prestação de serviços de saúde, excluindo parcela significativa da população de garantia deste direito.

2. OBJETIVO GERAL

Comparar a estrutura e o desempenho da assistência odontológica de duas regiões de saúde distintas socioeconomicamente e na oferta de serviços a fim de identificar possíveis hipóteses explicativas que possam orientar futuros estudos.

2.1 Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura da assistência médica e da assistência odontológica na rede pública da atenção básica e especializada e na rede particular em duas regiões de saúde;
- b) Descrever o desempenho da assistência médica e odontológica, através de indicadores de efetividade e eficiência, na rede pública da atenção básica e especializada;
- c) Relacionar os resultados elaborando proposições que possam operar como hipóteses explicativas plausíveis.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo:

Para análise aprofundada do objeto de pesquisa, optou-se pelo estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa, uma vez que esta metodologia contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2001). Além disso, o estudo de caso garante que a situação a ser estudada não seja isolada do seu contexto e promova uma análise crítica dos processos envolvidos no fenômeno em estudo, considerando-se que o interesse do pesquisador deve ser com respeito à relação fenômeno-contexto (PEREIRA *et al.*, 2009). O estudo de caso se presta a muitas finalidades, entre as quais, a de explorar como e por que uma dada situação foi observada examinando uma ou mais proposições que possam operar como possíveis hipóteses teóricas.

O componente quantitativo da pesquisa referiu-se à busca de informações nos bancos de dados públicos mantidos pelo Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), e produzidos pelo Sistema de Informação em Saúde, disponíveis publicamente (DATASUS, CNES, PMAQ ESB AB). Para a abordagem qualitativa, dados contidos nos dossiês construídos para as regiões pretendidas, disponíveis no site do Região e Redes foram utilizados.

3.2 Local do Estudo:

As regiões escolhidas para investigar o objeto de estudo foram selecionadas tendo-se como ponto de partida a tipologia proposta para as 438 regiões de saúde do país, pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”. Nela foram utilizadas fontes de dados provenientes do Censo Demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); dos bancos de dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no DATASUS; da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS,

disponibilizado anualmente pelo Ministério do Trabalho e o Sistema de Contas Regionais – IBGE. As unidades de análise para esta tipologia foram as regiões de saúde, a partir da agregação de dados municipais e microdados do Censo Demográfico 2010. Estas unidades foram as regiões de saúde, sendo consideradas as 438 que englobam os 5.565 municípios do Brasil. A identificação das dimensões e dos grupos que compõem a tipologia foi realizada por meio das técnicas estatísticas: análise fatorial e análise de agrupamentos/*clusters*.

Os componentes do escore fatorial foram padronizados com média igual a 0 e variância igual a 1. A variância explicada pelo modelo de análise fatorial foi 74,3%. A operacionalização das duas dimensões – situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços da saúde – pela análise fatorial podem ser descritas como: (a) situação socioeconômica: relacionada ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às regiões; (b) oferta e complexidade dos serviços de saúde: relacionada à complexidade dos serviços ofertados nas regiões.

Na construção da tipologia, os dois fatores foram classificados em três categorias, definidas relativamente ao conjunto dos dados, através de Z score: situação socioeconômica: baixa (-1,707 a -0,3515), média (-0,3514 a e 0,8509) e alta (0,8510 a 3,5070); oferta e complexidade dos serviços de saúde: baixa (-1,2133 a -0,1250), média (-0,1249 a 0,9140) e alta (0,9141 a 2,3751).

Posteriormente, para cada agrupamento foram identificadas as principais características sociodemográficas e o perfil de oferta e cobertura de serviços de saúde. Além disso, buscou-se verificar o tipo de prestador predominante na região tanto para a produção ambulatorial quanto para a internação. Para tanto, considerou-se a razão entre o total da produção ambulatorial do prestador público na região de saúde no ano de 2013 e o total da produção ambulatorial em 2013; procedimento semelhante foi realizado para as internações. A partir da distribuição desses valores foram definidos pontos de corte e estabelecidos dois

grupos para a produção ambulatorial e três para as internações. As regiões nas quais a razão da produção ambulatorial foi igual ou maior a 90,0% foram classificadas como de prestador predominantemente público, e aquelas com razões menores foram consideradas mistas. Quanto ao perfil de internação, as regiões com razões iguais ou maiores a 77% foram consideradas predominantemente públicas, enquanto as com menos de 50% predominantemente privadas e a restante de padrão misto (VIANA *et al.*, 2015).

De acordo com a situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços da saúde, as regiões foram distribuídas em 5 grupos (Mapa 1):

1 - baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 175 regiões com 2.151 municípios que englobavam 22,5% da população do Brasil localizados predominantemente na região Nordeste;

2 - médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população do Brasil, sendo que a maioria dessas regiões se localizava nas macrorregiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte;

3 - médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 129 regiões e 1.891 municípios que agregam 20,3% da população do Brasil. Essas regiões localizavam-se predominantemente nas macrorregiões Sudeste e Sul;

4 - alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul. Em 2016, incluía 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população do Brasil, localizadas em sua grande maioria, na macrorregião Sudeste;

5 - alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços: inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul. Em 2016, agregava 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, localizadas predominantemente nas macrorregiões Sudeste e Sul.

Além disso, conforme o tipo de prestador, as regiões foram classificadas em prestador predominantemente público - 122 regiões; situação intermediária - 185 regiões; predominantemente privado - 129 regiões (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Das 438 regiões de saúde constituídas no território brasileiro, foram escolhidas duas para a presente investigação, em consonância com a escolha realizada no âmbito da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”. Para se chegar a escolha destas regiões, o Região e Redes explorou um conjunto diversificado de fonte de dados. A estratégia analítica foi identificar os vários tipos de situações sociais e de condições de saúde existentes na região, por meio do cruzamento das dimensões *Situação Socioeconômica* e *Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde*. A identificação das dimensões e dos grupos - que compõem a tipologia – foi realizada por meio das técnicas estatísticas: análise fatorial e análise de agrupamentos. Assim, são regiões cujas características representam quase a totalidade das regiões de saúde brasileiras. A escolha das regiões em cada Grupo se deu de forma intencional a partir da combinação dos seguintes fatores: localização nas diversas macrorregiões brasileiras; perfil de prestador predominante na região (público, privado e misto); hierarquia e complexidade urbana (capital, Região Metropolitana e Região Integrada de Desenvolvimento Econômico; densidade demográfica); presença de municípios contemplados no Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede); presença de municípios de faixa de fronteira internacional; presença de municípios nas fronteiras interestaduais; presença de faculdades de medicina.

As duas regiões escolhidas foram Juazeiro e Norte-Barretos porque apresentaram características socioeconômicas e na oferta de serviços opostas entre si, o que permitiu classificá-las nos extremos do grupo, ou seja, no grupo 1 e grupo 5, respectivamente (Mapa 1). Segundo a tipologia apresentada, a região Juazeiro está inserida no grupo de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (grupo 1), além de

predominância de prestador privado. A região Norte-Barretos faz parte do grupo com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (grupo 5), com um perfil de prestador predominantemente privado (Albuquerque *et al.*, 2015; Albuquerque *et al.*, 2017).

Mapa 1² - Distribuição das Regiões de Saúde no Brasil, segundo a tipologia

Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

²Fonte: Projeto de Pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”

3.2 Descrição das Regiões:

Mapa 2³ – Estado da Bahia por região de saúde

Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

O município de Juazeiro (BA) em conjunto com o vizinho, município de Petrolina (PE), formam o maior aglomerado urbano do semiárido.

Localizada no semiárido nordestino, a região de Juazeiro é composta por 10 municípios no estado da Bahia. Sua população é de aproximadamente 544.737 mil habitantes (IBGE, 2016). Está inserida totalmente na bacia hidrográfica do Rio São Francisco.

A região possui 61.617 Km² no estado da Bahia (10,9% do estado) e é formada pelos seguintes municípios: Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá. Juazeiro é a cidade mais populosa

³Fonte: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=29&indicador=grupo_socio

(220.253 habitantes) e Canudos a menos populosa (17.222 habitantes), segundo dados do IBGE (2016).

De acordo com a tipologia da pesquisa “Região e Redes” (2016), a região de Juazeiro faz parte do grupo com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (grupo 1), com leve predominância de prestador privado (63,5%) (Mapa 2).

Segundo dados do IBGE, em 2013, o Produto Interno Bruto (PIB + Impostos) foi de R\$ 4,17 bilhões na região de Juazeiro (2,3% da Bahia), tendo como maiores contribuintes, respectivamente nesta ordem, o setor de Comércio e Serviços, a Administração Pública e o setor Industrial⁴. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para a região pode ser classificado como baixo, uma vez que apenas 3 municípios apresentaram este índice superior a 0,600, os quais não representavam a maioria populacional. São eles: Juazeiro (0,677), Sobradinho (0,631) e Uauá (0,605).

A partir de dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2016, esta região apresenta a seguinte estrutura em relação aos equipamentos de saúde bucal: concentra 121 UBS e, destas, 86 possuem ESB, modalidade 1. Além disto, existem 2 CEO na região, ambos tipo II. Os profissionais especializados que atendem nestes CEO são: Endodontista, Protesista, Periodontista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Especialista em Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) e Odontopediatra.

Para o PMAQ ESB-AB 2º ciclo, aderiram 73 UBS com ESB. Já para o PMAQ-CEO 2º ciclo, todos os 2 CEO aderiram.

Em relação aos estabelecimentos de saúde bucal cuja natureza jurídica é empresarial (privada), a região Juazeiro possuía 33 estabelecimentos cadastrados (CNES), distribuídos pelas cidades de Casa Nova, Juazeiro e Uauá.

⁴ Dossiê Região e Redes: região PEBA <http://www.resbr.net.br/relatorios-campo/#.Wax-nciGPIU>

O Departamento de Saúde de Barretos está situado na região norte do Estado de São Paulo e é composto por 2 regiões de saúde: Norte-Barretos e Sul-Barretos. No total são 18 municípios.

Mapa 3⁵ – Estado de São Paulo por região de saúde

Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

De acordo com a tipologia estabelecida pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (2016), Norte-Barretos faz parte do grupo com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (grupo 5), com um perfil de prestador predominantemente privado (Mapa 3).

A região Norte-Barretos é composta por 10 municípios: Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Olímpia e Severínia. Segundo dados do IBGE (2016), Barretos é a cidade mais populosa (119.948 habitantes) e Altair a menos populosa (4.085 habitantes).

⁵Fonte: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=35&indicador=grupo_socio

Os municípios de Barretos, Guaíra e Olímpia respondem por 65% do PIB desta região, com destaque para o município de Barretos (PIB = 29% da região). Os setores que mais contribuem são, nesta ordem, o Comércio e Serviços, a Indústria, a Administração Pública e a Agropecuária. Cabe destacar que para os municípios de Altair e Jaborandi, a ordem de contribuição assume a seguinte posição: Agropecuária, Comércio e Serviços, Administração Pública e Indústria. Historicamente, a economia regional esteve fortemente vinculada à pecuária bovina e a um setor industrial que, até recentemente, esteve representado por um número reduzido de empresas. Nas últimas décadas, tanto a agropecuária como o setor industrial apresentaram fortes mudanças. O setor de serviços também passou a desempenhar um papel extremamente relevante na geração de renda e emprego⁶. O IDH da região pode ser classificado como elevado, uma vez que todos os municípios apresentam o índice superior a 0,700. Destaque para os municípios de Olímpia e Colina que apresentam um IDH muito elevado: 0,815 e 0,824, respectivamente.

A partir de dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2016, esta região apresenta a seguinte estrutura em relação aos equipamentos de saúde bucal: concentra 82 unidades básicas de saúde (UBS) e, destas, 33 possuem a equipe de saúde bucal (ESB), modalidade 1, inserida. Além disto, existem 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na região, todos cadastrados como tipo II (4-6 cadeiras), localizados nos municípios de Barretos (CEO sem cadastro no CNES), Olímpia e Guaíra. Os profissionais especializados que atendem nestes CEO são: Endodontista, Clínico Geral, Periodontista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Especialista em Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), Radiologista, além de técnico em prótese dentária (TPD). Não foi possível colher informações a respeito dos profissionais que atuam no CEO Barretos, pois este não está cadastrado no CNES.

⁶ Dossiê Região e Redes: região Norte e Sul Barretos <http://www.resbr.net.br/relatorios-campo/#.Wax-nciGPIU>

Para o PMAQ ESB-AB 2º ciclo, aderiram 23 UBS com ESB e para o PMAQ-CEO 2º ciclo, todos os 3 Centros aderiram.

Em relação aos estabelecimentos de saúde bucal cuja natureza jurídica foi registrada como empresarial, a região Norte-Barretos possuía 74 estabelecimentos cadastrados (CNES), concentrados nas cidades de Barretos, Colômbia, Guaíra e Severínia. Por ser encontrado usualmente na literatura, será adotado o termo “privado” para indicar esse conjunto de estabelecimentos de saúde.

A Tabela 1 apresenta a oferta dos serviços de saúde das regiões Norte-Barretos e Juazeiro, para o ano de 2016.

A Tabela 2 apresenta os principais aspectos demográficos, socioeconômicos e dos serviços de saúde, das regiões comparadas, entre 2000 e 2013.

Tabela 1 - Número de equipamentos de saúde, regiões Norte-Barretos e Juazeiro - 2015

Região/Equipamento de saúde	Norte-Barretos*	Juazeiro**
CAPS	3	10
CPN	-	1
Hospital Geral	4	14
Hospital Especializado	8	3
Hospital dia	-	3
Polo de academia da saúde	6	4
UBS	86	121
UPA/PA	6	1
SADT	1	18
Unidade SAMU	14	17
Equipamento diagnóstico por imagem	-	106
Ambulatório saúde do idoso	2	-
Centro de testagem e aconselhamento	3	-
Centro de reabilitação	7	-

Fonte: CNES, 2016.

Tabela 2 – Indicadores demográficos, socioeconômicos e da oferta de serviços de saúde, regiões Norte-Barretos e Juazeiro – 2000 a 2015.

Indicadores	Região de Saúde	
	Norte-Barretos	Juazeiro
Demográficos e Socioeconômicos		
População total (2014)	283.993	537.115
Número municípios	10	10
IDH (variação)	0,687-0,824	0,506 a 0,677
% população com 10 anos e mais com pelo menos o ensino fundamental (2010)	52,88	33,59
% população com 10 anos e mais com pelo menos ensino médio (2010)	34,7	19,73
PIB <i>per capita</i> (R\$)		
2010	23.013,01	6.884,75
2011	24.657,75	7.250,13
2012	27.138,05	7.591,44
2013	28.550,02	8.461,60
Renda domiciliar <i>per capita</i> (R\$)		
2000	657,97	235,07
2010	805,72	331,9
Serviços de Saúde (2015)		
UBS	82	121
UBS com ESB mod I	33	86
UPA/PA	6	1
CEO	3	2
CAPS	3	10
SAMU	14	17
Hospital Geral	4	14

Fonte: IBGE, DataSUS/CNES

3.3 Aspectos Qualitativos

Os aspectos qualitativos envolveram a análise documental (dossiê das respectivas regiões), na qual se agregaram três dimensões que puderam explicar pelo menos parte do processo de regionalização: a política, estrutura e organização. Os dossiês foram construídos a partir de pesquisa em campo utilizando o instrumento da entrevista semiestruturadas, com diversos atores (gestores e prestadores estaduais, regionais e municipais, além de representantes da sociedade através dos conselhos municipais de saúde).

3.4 Aspectos Quantitativos: Indicadores

Para avaliar a dimensão *estrutura* da rede de serviços foram selecionados os seguintes indicadores:

- a) número de médicos cadastrados em estabelecimentos privados (não atendem SUS) por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais médicos disponíveis em estabelecimentos privados – fonte CNES-DataSus. Para ambas regiões, foi estabelecida uma média para os anos analisados (2007-2014). Em consonância com discussão abordada em trabalho de CASTRO *et al.* (2015)
- b) número de médicos que atendem no SUS por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais médicos cadastrados no serviço público, independente da complexidade – fonte CNES-DataSus. Para ambas regiões, foi estabelecida uma média para os anos analisados (2007-2014). Em consonância com discussão abordada em trabalho de GIRARDI *et al.* (2010);
- c) porcentagem da população total potencialmente coberta pela ESB na Estratégia de Saúde da Família: indica a porcentagem de pessoas sob responsabilidade da ESB em determinada população - fonte SIA/SUS. Indicador em consonância com o estabelecido por JACCOTTET *et al.* (2012) para avaliar, no estudo, o potencial produtivo da rede básica de saúde bucal. Este também foi um indicador utilizado pelo Pacto pela Saúde, como pré-

requisito de cumprimento para repasse de recursos financeiros. Tal pactuação entrou em vigor em 2006 e se manteve até 2012, quando foi destituída a sua obrigatoriedade de cumprimento. Para a região Norte-Barretos, o município de Guaíra não apresentou registros para os anos 2007, 2008, 2009 e 2014 e, em 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 o município de Olímpia não registrou informações. Desta forma, os resultados apresentados a frente não contemplaram estes municípios nos anos especificados;

d) cursos de formação do cirurgião-dentista obtidos após a graduação: dados relativos aos indicadores estratégicos do instrumento de avaliação externa do módulo VI do PMAQ ESB-AB 2º ciclo (anexo 1), contidos nos blocos “Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB” - indicadores VI 3.2/1/2/4/5/7/8/10/11. Em consonância com a discussão abordada por OLIVEIRA *et al.* (2015);

e) vínculo empregatício do cirurgião dentista: dados relativos aos indicadores estratégicos do instrumento de avaliação externa do módulo VI do PMAQ ESB-AB 2º ciclo (anexo 1), contidos no bloco “Vínculo” – indicador VI 4.2. Em consonância com a discussão abordada por GIRARDI *et al.* (2010), LENZI *et al.* (2010) e OLIVEIRA *et al.* (2015);

f) número de cirurgiões-dentistas (CD) cadastrados em estabelecimentos privados (não atendem SUS) por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais de saúde bucal (nível superior) disponíveis em estabelecimentos privados - fonte CNES-DataSus. CASCAES *et al.* (2018) também utilizaram esta fonte para analisar as tendências na força de trabalho dos cirurgiões-dentistas. O DataSus apresentou resultados para o ano 2007 a partir de agosto. Desta forma, foi adotada uma padronização para todo o período temporal (2007-2014) que consistiu em estabelecer uma média dos resultados apresentados entre agosto a dezembro de cada ano;

g) número de cirurgiões-dentistas que atendem no SUS por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais dentistas cadastrados no serviço público, independente da

complexidade – fonte CNES-DataSus. Para ambas regiões, foi estabelecida uma média para os anos analisados (2007-2014). Em consonância com discussão abordada por BLEICHER (2011) e CASCAES *et al.* (2018);

h) número de CD que atuam na Atenção Básica por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais dentistas cadastrados na Atenção Básica do SUS – fonte CNES-DataSus. Para este indicador, foi necessário filtrar, no Tabnet, as seguintes especialidades para AB: CD Clínico Geral, CD Epidemiologista, CD Saúde da Família, CD Saúde Coletiva. Em consonância com discussão abordada por BLEICHER (2011);

i) número de CD que atuam na Atenção Especializada (CEO) por 10 mil habitantes: indica a quantidade de profissionais dentistas que atuam na Média Complexidade do SUS – fonte CNES-DataSus. Para ambas regiões, foram extraídas apenas as especialidades cadastradas nos CEO das respectivas regiões. Em consonância com discussão abordada por OLIVEIRA *et al.* (2015);

Em relação ao nível técnico de saúde bucal que não atende SUS, o DataSus registrou, para a região Norte-Barretos, apenas no município Barretos, um único profissional, nos períodos: outubro, novembro e dezembro de 2008 e janeiro de 2009. Para a região Juazeiro, há registro apenas de um único profissional para o município de Casa Nova, nos períodos: junho a dezembro de 2012 e abril a dezembro de 2014. Desta maneira, a mestrandu optou por não construir o indicador, tendo em vista que o valor seria infinitamente baixo e, muito possivelmente, incompatível com a realidade.

Para avaliar a dimensão *desempenho* foram selecionados indicadores de efetividade e de eficiência. Os primeiros dizem respeito ao grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados; e os segundos tratam da relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. Os indicadores de **efetividade** selecionados foram:

j) número de consultas médicas na AB por 100 habitantes: indica a quantidade de consultas médicas realizadas a nível da AB em determinada população, entre 2008-2014 – fonte SIA/SUS. Indicador em consonância com o estabelecido por CASTRO *et al.* (2015). Para região Juazeiro, não apresentaram registros: Campo Alegre de Lourdes (ago-set/08), Canudos (jan/08), Juazeiro (set/09), Pilão Arcado (fev a maio/09; maio a set/10), Remanso (dez/10), Sento Sé (fev, julho e dez/13; mar e junho/14), Sobradinho (ago e dez/08), Uauá (março a maio e julho a out/09). Para NB, não apresentaram registros: Cajobi (ago a nov/11; maio/12), Colômbia (dez/11; fev, março e maio/14); Guaraci (jan, fev, junho a dez/08; jan a março/09; fev/13), Jaborandi (maio/08; abr e julho/09; ano 2010; julho a dez/11), Olímpia (nov-dez/14), Severínia (abril/08; março a nov/09). Foi utilizado o método de identificação de *outliers* para os anos 2008 (Colina - região Norte-Barretos) e 2009 (Juazeiro), 2010 (Sobradinho), 2011 (Juazeiro), 2013 (Curaçá) e 2014 (Campo Alegre de Lourdes), todos na região Juazeiro;

k) cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada para a população de 5 a 14 anos: percentual de pessoas, com idades de 5 a 14 anos, que realizaram a ação coletiva de escovação dental supervisionada, entre 2008-2014, pois houve mudança na tabela de procedimentos do SUS, gerando descontinuidade nos anos anteriores – fonte SIA/SUS. Indicador utilizado por FERNANDES *et al.* (2016) para avaliar se houve associação entre a condição socioeconômica de diferentes unidades federativas (UF) do Brasil com os indicadores de saúde bucal em favor da equidade. O DataSus apresentou dados populacionais para esta faixa etária, apenas até o ano de 2012. Sendo assim, foi realizada uma estimativa para esta população, para os anos 2013 e 2014, de acordo com a informação do ano 2012. Para Juazeiro, esta faixa etária correspondia a 20,11% da população. Norte-Barretos, 14,11%. O método de identificação de *outliers* também foi adotado neste indicador, pois o município de Juazeiro apresentou uma anomalia nas informações registradas para o ano 2010;

- l) cobertura da primeira consulta odontológica programática: percentual de pessoas que receberam uma 1ª consulta odontológica no SUS, no período de sete anos (2007-2014) – fonte SIA/SUS. Indicador utilizado por FERNANDES *et al.* (2016). O DataSus apresentou informações disponíveis a partir de 2008 pois, neste ano, houve mudança na tabela de procedimentos do SUS, então ocorreu uma descontinuidade referente aos anos anteriores. O município de Cajobi apresentou uma anomalia na informação registrada, para o ano de 2011, gerando um efeito desproporcional sobre os resultados. O município de Sobradinho, em 2008, também apresentou uma anomalia. Desta forma, foi preciso adotar o método de identificação de *outliers*. O gráfico apresentado a frente foi construído de acordo com o método citado;
- m) procedimentos realizados pela ESB na UBS: dados relativos ao indicador estratégico de efetividade do instrumento de avaliação externa do PMAQ ESB-AB 2º ciclo, contidos no bloco “Oferta e resolubilidade das ações da equipe de saúde bucal” – indicador VI 16.5 (anexo 3). O método de análise das respostas adotado foi: este bloco possui 18 indicadores, cujas respostas são “sim” ou “não”. Para a região Juazeiro, 73 UBS com ESB aderiram ao PMAQ, mas 18 delas não responderam este bloco. Sendo assim, foram analisadas 55 respostas e o “sim” para todas as perguntas significa uma pontuação de 990 (18 perguntas x 55 UBS). Para a região Norte-Barretos, 30 UBS com ESB aderiram ao PMAQ, portanto, o “sim” para todas as perguntas significa uma pontuação de 540 (18 perguntas x 30 UBS);
- n) número de ESB que agendam a consulta especializada: dados relativos ao indicador estratégico de efetividade do instrumento de avaliação externa do módulo VI PMAQ ESB-AB 2º ciclo, contidos no bloco “ESB da AB como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde” – indicador VI 14.2 (anexo 5). As respostas foram analisadas a partir da seguinte interpretação: para a pergunta referente ao indicador VI 14.1, 28 ESB da região Norte-Barretos responderam “sim” e 2 ESB responderam “não” (o que as exclui das perguntas contidas no bloco do indicador 14.2, conforme orienta o instrumento). Para a região Juazeiro,

43 ESB responderam “sim” à pergunta do indicador VI 14.1, 12 responderam “não” e 18 não responderam. Sendo assim, foram analisadas 43 respostas para a região Juazeiro. As respostas foram interpretadas da seguinte maneira: as ESB que responderam “sim” para a pergunta VI 14.1, deveriam, obrigatoriamente, responderem à pergunta VI 14.2, com apenas uma possibilidade de resposta, de sete possíveis, conforme orientação do instrumento de avaliação externa do PMAQ ESB-AB 2º ciclo. As respostas afirmativas para as respostas VI 14.2.1 ou VI 14.2.2 indicam ESB que estão atuando em consonância com a função de coordenadora do cuidado da APS;

o) número de procedimentos odontológicos básicos individuais por 100 habitantes: indica a quantidade de procedimentos odontológicos básicos realizados pela ESB no SUS, em determinada população, entre 2008-2014 – fonte SIA/SUS. Na construção deste indicador, foram identificadas 2 anomalias nas informações registradas, para o município de Olímpia, nos anos 2010 e 2011. Em junho/2014 e dezembro/2014 os municípios de Juazeiro e Remanso, respectivamente, também registraram anomalia nas informações. Desta forma, o método de identificação de *outliers* foi adotado para construção do gráfico;

p) número de procedimentos odontológicos especializados individuais por 100 habitantes: indica a quantidade de procedimentos odontológicos especializados realizados pela ESB no SUS em determinada população, entre 2008-2014 – fonte SIA/SUS;

Os indicadores “k” e “l”, ainda que abordem a dimensão acesso, se olhados isoladamente, foram abordados neste trabalho para se referirem à efetividade do acesso, ou seja, ao grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem o resultado esperado, neste caso, a assistência em saúde bucal. Em consonância com o utilizado por COLUSSI e CALVO (2011), em trabalho cujo objetivo era apresentar um modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal, utilizando o indicador de “efetividade de acesso ao serviço de saúde bucal”.

Os indicadores “m”, “o” e “p” estão em acordo com a discussão abordada por BALDANI *et al.* (2009), a respeito da equidade na provisão dos serviços odontológicos.

Quanto aos indicadores de **eficiência**, foram empregados:

- q) razão entre consultas médicas na AB/médicos que atendem na AB do SUS, no período de 6 anos (2008-2014) – fonte CNES/DataSus. Para este indicador, foram selecionadas as seguintes especialidades para AB: médico Clínico e Clínico Geral, médico da ESF, médico de Família e Comunidade, médico Comunitário, médico de Saúde da Família, médico de Família, médico Generalista e médico Geral Comunitário. O município de Jaborandi (região NB) não apresentou registros entre fev/09 a set/2010. Em consonância com indicadores utilizados por CASTRO *et al.* (2015);
- r) razão entre o total dos procedimentos de 1ª consulta odontológica programática dividida pela quantidade de CD que trabalham na AB do SUS, no período de 6 anos (2008-2014) – fonte CNES/DataSus. Foi adotado o método de identificação de *outliers*, para a região Juazeiro, mas a diferença do ano 2008 em relação aos demais, persistiu. Isto ocorreu porque, neste ano, o município de Juazeiro apresentou um fator aberrante em relação aos outros anos, com média de procedimentos, para 2008, igual a 7889. Nos anos seguintes, os registros de média foram: 3725, 4691, 3451, 2425, 1787 e 2324 procedimentos de 1ª consulta odontológica programática;
- s) razão entre a quantidade de procedimentos odontológicos básicos/CD que trabalham na AB do SUS, no período de 6 anos (2008-2014) – fonte CNES/DataSus. Para este indicador, foram selecionadas as seguintes especialidades para AB: CD Clínico Geral, CD Epidemiologista, CD Saúde da Família, CD Saúde Coletiva;
- t) razão entre a quantidade de procedimentos odontológicos especializados/CD que trabalham no CEO, no período de 6 anos (2008-2014) – fonte CNES/DataSus. Foram selecionadas as especialidades cadastradas nos CEO das respectivas regiões de estudo;

Os indicadores de eficiência seguem a linha de discussão sobre a capacidade de oferta dos serviços assistenciais em consonância com a capacidade de recursos, abordada por ARRETCHE (2002).

Os indicadores presentes nos módulos de avaliação externa são expressos na forma de uma pergunta direta, com opções múltiplas de resposta. A depender do indicador, o próprio instrumento orienta se é possível escolher mais de uma resposta.

Para fins de comparação entre as regiões, alguns indicadores relativos aos serviços de saúde geral também foram utilizados. Foram eles: relação entre internações de alta complexidade/100 mil habitantes, quantidade de leitos por 1.000 habitantes (CNES), quantidade de médicos que não atendem SUS por 1.000 habitantes (CNES) e quantidade de médicos que atendem SUS por mil habitantes (CNES), todos em consonância com o projeto “Região e Redes”.

Para conseguir extrair as informações dos indicadores selecionados, utilizou-se o sistema DataSUS, do Ministério da Saúde, acessando o endereço datasus.saude.gov.br – Acesso à Informação – Informações de Saúde (TABNET) – opção desejada (Assistência à Saúde, Rede Assistencial, Demografia, entre outros). Alguns indicadores apresentam informações disponíveis a partir de 2008 porque, neste ano, houve mudança na tabela de procedimentos do SUS, então ocorreu uma descontinuidade referente aos anos anteriores.

No DataSus, ao realizar o filtro da “Região de Saúde”, utilizou-se na opção ‘linha’ o filtro ‘município’ para que cada cidade pertencente às respectivas regiões pudesse ser analisada separadamente, a fim de identificar problemas referentes ao registro das informações.

Para os resultados referentes aos indicadores cuja fonte de dados era o PMAQ ESB-AB 2º ciclo foram acessadas as planilhas públicas disponíveis no site do Portal da Saúde e

analisados os indicadores selecionados para este estudo, a partir das regiões de saúde estudadas (Juazeiro e Norte-Barretos).

Os instrumentos de avaliação do PMAQ ESB-AB 2º ciclo utilizados para consulta e análise, bem como o passo-a-passo para construção dos indicadores relatados estão disponíveis, em detalhe, no anexo e apêndice, respectivamente, desta dissertação.

3.5 Universo empírico

As informações abrangeram todos os equipamentos da assistência médica e odontológica registrados no DataSus, das regiões Norte-Barretos e Juazeiro: equipes de saúde bucal na ESF, CEO, estabelecimentos privados de saúde bucal e profissionais cadastrados nos estabelecimentos privados de saúde bucal. Para complementação dos dados de estabelecimentos privados de saúde bucal, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) também foi consultado, no entanto, sem sucesso.

3.6 Critérios de inclusão e exclusão

Foram consideradas como UBS aquelas unidades que estavam cadastradas no CNES como “Estratégia de Saúde da Família”, “Unidade de Saúde da Família” e “Postos de Saúde”. Para este último, foram apenas consideradas as unidades que possuíam médicos da ESF e enfermeiros da ESF, além dos profissionais de nível médio e técnico. As unidades de saúde indígena que possuíam equipes cadastradas também foram consideradas como UBS. Unidades que possuíam Cirurgião-Dentista, mas sem cadastro enquanto Equipe de Saúde Bucal, não foram consideradas como UBS com ESB.

O CEO Barretos não estava cadastrado no CNES, no entanto, ele consta nos arquivos do site do ‘portal da saúde’⁷ de adesão ao PMAQ-CEO 2º Ciclo e, por conta disto, foi incluído no estudo.

⁷ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Indicadores relacionados à “Prótese Dentária” (II 15), presente no módulo II de avaliação externa, não foram incluídos porque nem todos os CEO das regiões possuíam esta especialidade odontológica. Além disto, foram selecionados para comparação nesta pesquisa, os indicadores estratégicos do PMAQ, por serem os que se relacionavam às políticas/programas estratégicos e também por serem os que mais pesam no processo de certificação.

3.7 Período de tempo

Com relação ao período de tempo pesquisado, 2007 a 2014, foram fases que marcaram o segundo e terceiro processos de regionalização, orientados pelo Pacto pela Saúde e Contratualização, respectivamente. Além disto, os sete anos analisados nesta pesquisa atravessaram mais de uma gestão municipal em diferentes conjunturas políticas a fim de permitir a proposição de hipóteses explicativas de caráter mais estrutural.

3.8 Fonte dos dados

O estudo se deu através de consulta ao site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de levantar os dados gerais de cada região. Os filtros utilizados para tal foram: gestão = municipal; natureza jurídica = administração pública ou gestão = municipal; natureza jurídica = entidades empresariais. Para a coleta de instrumentos e resultados do PMAQ ESB-AB 2º ciclo, o site do ‘portal da saúde’² também foi consultado. O mesmo portal foi utilizado para acesso ao sistema de informação do SUS, a fim de fornecer dados que permitissem calcular os demais indicadores. O Ministério da Saúde foi consultado, através do número 136, quando os dados disponíveis no sistema de informação público (CNES, DATASUS) não foram suficientes para compreensão ou quando algum problema técnico, especialmente no CNES, foi identificado. Além disto, o CFO também foi acionado, via correspondência eletrônica, como mais uma fonte de informação de força de

trabalho e serviços odontológicos. Para consulta de dados demográficos brasileiros, utilizou-se o site do IBGE⁸.

Com relação aos dados históricos e sócio-econômico-epidemiológicos das regiões comparadas, foi consultado o dossiê das respectivas regiões⁹.

3.9 Análise dos dados

A interpretação dos dados se deu com o auxílio de planilhas criadas pelo programa Excel, além dos dados históricos e sócio-econômico-epidemiológicos das regiões comparadas, a fim de que o objeto-contexto fosse considerado e os resultados encontrados pudessem ganhar historicidade e relevância científica.

3.10 Aspectos éticos:

Este estudo fez uso de dados secundários, disponíveis publicamente, nos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e DATASUS, portanto, sem necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Isso significa, perante à comunidade científica que, apesar das possíveis contribuições deste trabalho para o avanço e disseminação dos conhecimentos científicos, não serão desrespeitados os tratados e convenções vigentes, ainda que, para obtenção dos resultados, não seja necessária a intervenção direta com seres vivos. Serão garantidas as características do princípalismo ético: beneficência, não maleficência, o respeito à autonomia e à justiça (Rego *et al.*, 2009).

A pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Região e Redes), a qual deu origem aos dossiês que são objeto de estudo (aspectos qualitativos) desta pesquisa, foi financiada com recursos provenientes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013. Este estudo foi submetido ao Comitê

⁸ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

⁹ Disponível em: <http://www.resbr.net.br/>

de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com número de processo 071/15.

3.11 Apoio financeiro

Esta pesquisa teve o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de uma bolsa de estudo discente, por um período de 24 meses.

4. RESULTADOS

Conforme a análise dos documentos e das informações disponíveis no DataSus, IBGE, foi possível construir os resultados a partir dos aspectos qualitativos e quantitativos, de maneira comparativa, das regiões Norte-Barretos (NB) e Juazeiro.

Os aspectos qualitativos foram caracterizados nas dimensões política, organizacional e estrutural das regiões; enquanto os quantitativos foram separados em indicadores da oferta de serviços de saúde, da estrutura da assistência médica e odontológica, e indicadores de desempenho relacionados à efetividade e à eficiência da assistência médica e odontológica.

4.1 Aspectos Qualitativos

Foram abordados aspectos qualitativos referentes à dimensão política, estrutural e organizacional das duas regiões de estudo.

4.1.1 Dimensão Política

O órgão de maior importância para decisões sobre saúde na região Norte-Barretos é a Estrutura Regional da Secretaria Estadual de Saúde (Departamento Regional de Saúde – DRS). A região Juazeiro toma decisões de maneira compartilhada com a região Petrolina, uma experiência inovadora, através do Colegiado Regional Interestadual (CRIE), cuja finalidade é discutir e pactuar decisões que envolvam a Rede de Saúde Pernambuco/Bahia. Em ambas regiões, a Comissão Intergestores Regionais tem caráter deliberativo.

Para a tomada de decisões são relevantes, em Norte-Barretos: Departamento Regional de Saúde, Ministério Público, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Em Juazeiro, no processo de tomada de decisão, são os mais importantes, nesta ordem: órgãos públicos (SES), conselhos participativos e poder Legislativo (COSEMS), organização da sociedade civil (mídia) e prestadores de serviços de saúde (mídia e alta complexidade).

Em Norte-Barretos, os conflitos para tomadas de decisões em saúde na região ocorrem com maior frequência entre municípios e instância regional e municípios da região e

governo estadual. A relação entre o município e a região é conflituosa, principalmente entre o município polo e os demais em se tratando de recursos, critérios de acesso e organização das redes, além de ser uma relação de complementaridade para reconfiguração espacial dos serviços e ações visando expansão e garantia de acesso e cobertura. Para Juazeiro, os conflitos na tomada de decisões regionais ocorrem mais entre municípios da região e governo estadual, seguidos de municípios da região e instância regional e municípios da região e governo federal.

Em ambas regiões, a regionalização é vista como um processo positivo por contribuir com a integração de ações e serviços de saúde, ampliação do acesso nos níveis secundário e terciário, regulação assistencial e conformação das redes.

Em relação à Atenção Básica, em Norte-Barretos, o DRS é o principal órgão para tomada de decisões, neste caso para assuntos sobre APS. Foi seguido do Ministério da Saúde, secretarias municipais de saúde da região e nível central. Os conflitos, quando existentes nas decisões de APS, ocorrem entre os municípios da região e o DRS; entre o gestor público e os profissionais de saúde; e entre os médicos especialistas e outros profissionais de saúde. Em Juazeiro, o principal órgão na tomada de decisão sobre a Atenção Básica é o Ministério da Saúde, seguido pela Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bibartite. As secretarias municipais de saúde e a instância regional da Secretaria Estadual de Saúde (SES) possuem importância relativa. Quando existem conflitos nas decisões sobre a AB, os envolvidos são, nesta ordem: gestor público e profissionais de saúde, municípios da região e instância regional da SES, médicos especialistas e outros profissionais e médicos do Programa Mais Médicos e outros profissionais.

4.1.2 Dimensão Organizacional

Para ambas regiões, a distribuição dos serviços de saúde não atende à distribuição territorial da população e há concentração de serviços em municípios, especialmente o município polo.

Em Norte-Barretos, o principal parâmetro para conformação das redes é a distribuição territorial da população. Outros parâmetros importantes nesta construção foram: condições de acesso (barreiras geográficas, meios de transporte), disponibilidade de serviços de saúde e recursos humanos, incentivos financeiros e existência de colegiados de gestão regional. Em Juazeiro, os parâmetros mais importantes avaliados para conformação das redes foram: incentivos financeiros, análise de risco e situações de vulnerabilidade, disponibilidade de serviços de saúde e existência de colegiado de gestão regional.

Para ambas regiões, a porta de entrada para RAS deve ser a UBS; a gestão da APS tem garantido melhorias aos usuários (definição de fluxos, integração dos serviços). Além disso, o acesso do usuário à atenção especializada depende do encaminhamento ou referenciamento do profissional da APS, no entanto, a “peregrinação” do mesmo pela rede de serviços especializados permanece uma constante.

4.1.3 Dimensão Estrutural

Para ambas regiões, a capacidade instalada da RAS não está adequada às necessidades de saúde da população. Elas contam com central de regulação de leitos, central de marcação de consultas especializadas (em Juazeiro, não é integrada), transporte sanitário e telessaúde.

O financiamento da RAS tem protagonismo maior dos municípios, para Norte-Barretos. Para Juazeiro, a União assume esta posição.

4.2 Aspectos Quantitativos

Foram analisados indicadores da oferta de serviços das regiões de estudo, em conformidade com o projeto “Região e Redes”. Além disto, foram analisados indicadores de estrutura e desempenho de efetividade e eficiência da assistência médica e odontológica.

Os aspectos socioeconômicos das regiões comparadas apresentaram melhores resultados para Norte-Barretos, seja em relação ao PIB *per capita* (2010 a 2013), Renda domiciliar *per capita* (2000 e 2010) ou escolaridade (2010). O maior valor do PIB *per capita* da região Juazeiro (R\$ 8,5 mil reais em 2013) representava um terço do menor valor da região Norte-Barretos (R\$ 23 mil reais em 2010). Cabe destacar que entre 2010 e 2013 o valor do PIB aumentou, em ambas regiões. Em relação à Renda domiciliar *per capita*, a região Norte-Barretos não apresentou municípios com valores de renda domiciliar menores que o salário mínimo (para o ano 2010, o IBGE informou que o valor de referência para o salário mínimo, era quinhentos e dez - 510 – reais). O menor valor foi registrado pelo município de Jaborandi (R\$ 545) e o maior valor, pelo município de Barretos (R\$ 906). A região Juazeiro não apresentou municípios com valores de renda domiciliar maiores ou iguais ao salário mínimo. O menor valor foi registrado pelo município de Pilão Arcado (R\$ 193) e o maior valor, pelo município de Juazeiro (R\$ 457). Os indicadores de escolaridade apontaram que a região Norte-Barretos possuía melhores índices, em relação à Juazeiro, tanto para o ensino fundamental (52,88% contra 34,7%) quanto para o ensino médio (33,59% contra 19,73%).

4.2.1 Indicadores da oferta de serviços de saúde

Internações de alta complexidade por 100 mil habitantes – a região Norte-Barretos (NB) apresentou maior relação entre o número de internações por 100 mil habitantes em detrimento da região Juazeiro (J). A média temporal para NB foi 217,6, com mínima de 164 (2008) e máxima de 260 (2014) internações de alta complexidade por mil habitantes. Juazeiro apresentou média temporal de 3, com mínima de 0,2 (2009) e

máxima de 7,4 (2014) internações de alta complexidade por 100 mil habitantes. Houve crescimento do número ao longo dos anos analisados, para ambas as regiões (Figura 1).

Fonte: elaboração própria

Quantidade de leitos por mil habitantes - a região Norte-Barretos apresentou, na série histórica analisada, quantidade de leitos por mil habitantes duas vezes superior à Juazeiro. NB teve média temporal de 3,4, com mínima de 3,1 (2010) e máxima de 4,0 (2007) leitos por mil habitantes. Juazeiro apresentou média temporal de 1,93, com mínima de 1,7 (2014) e máxima de 2,3 (2010) leitos por mil habitantes. Para ambas regiões, houve decréscimo neste número. Para a região Norte-Barretos, Altair, Severínia e Guaraci não registraram informações no sistema DataSus e Barretos foi o município com maior quantidade de leitos registrados. Em relação à região Juazeiro, os municípios de Juazeiro e Remanso foram os responsáveis pela maior quantidade de leitos registrados, apesar de todos os municípios da região terem apresentado informações (Figura 2).

Figura 2 - Indicador de quantidade leitos mil/habitantes, regiões Norte-Barretos e Juazeiro, 2007-2014.

Fonte: elaboração própria

4.2.2 Indicadores de estrutura da assistência médica e odontológica

a) **Número de médicos cadastrados em estabelecimentos privados (não atendem SUS) por 10 mil habitantes** - a região Norte-Barretos apresentou maior cobertura de médicos que não atendem no SUS por 10 mil habitantes quando comparada à Juazeiro, cerca de duas vezes maior ao longo do período. Enquanto em Juazeiro a variação foi pequena (0,4 para 0,6 por 10 mil), na região Norte-Barretos os valores se distribuíram entre 1,0 e 1,6 por 10 mil habitantes (Figura 3). A diferença absoluta entre as regiões aumentou de 0,7 (2007) para 1 (2014).

Figura 3 - Indicador do número de médicos cadastrados em estabelecimentos privados (não atendem SUS) por 10 mil habitantes, regiões Norte-Barretos e Juazeiro, 2007-2014.

Fonte: elaboração própria

b) Número de médicos que atendem no SUS por 10 mil habitantes - para este indicador, a região Norte-Barretos mostrou-se consideravelmente melhor que Juazeiro. A razão em Norte-Barretos passou de 15 em 2007, para 25 médicos SUS/10 mil habitantes, em 2014. É preciso pontuar que durante toda a série histórica analisada, o valor da cobertura foi sempre crescente. Juazeiro também apresentou crescimento na cobertura de médicos SUS/10 mil habitantes, com decréscimos e aumentos ao longo da série histórica. Em 2007, a cobertura era 6,1, cai em 2008 (5,8) e volta a crescer no ano seguinte (6,1). Esta oscilação persiste nos anos seguintes, mas, em 2014, atingiu sua maior cobertura, 8,6 médicos SUS/10 mil habitantes. Cabe destacar que a diferença absoluta aumentou de forma importante entre as regiões: em 2007, NB e Juazeiro apresentavam uma relação de 15,2 e 6,1, respectivamente; em 2014, a relação é 24,7 e 8,6 para NB e Juazeiro, respectivamente (Figura 4).

Fonte: elaboração própria

c) Porcentagem de população total potencialmente coberta pela ESB na ESF - os resultados mostraram-se favoráveis à região Juazeiro, apontando esta como a região com maior percentagem de cobertura potencial pela Equipe de Saúde Bucal, para o período que se inicia em 2007 e se estende até 2014. Norte-Barretos apresentou média de cobertura da ESB 34,9%, com mínima de 29,6% (2010) e máxima de 41,4% (2009). Juazeiro teve como média

de cobertura da ESB, 50,7%, com mínima de 38,1% (2007) e máxima de 57,8% (2011 e 2012). Foi realizado o ajuste/ano para a região Norte-Barretos, com a redução das populações correspondentes aos municípios sem informação. Abaixo, segue o gráfico ajustado (Figura 5).

Fonte: elaboração própria

d) Cursos de formação do Cirurgiões-dentistas (CD) obtidos após a graduação - a região Norte-Barretos apresentou dados mais satisfatórios: 36,6% (n=11) dos Cirurgiões-dentistas respondentes possuíam especialização em Saúde da Família/ Saúde Coletiva/Saúde Pública concluída e 3,3% (n=1) possuíam mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva concluído. Nenhum CD possuía alguma pós-graduação em curso. Para a região Juazeiro, os resultados apresentados mostraram que 19,8% (n=15) do total de CDs possuíam ou especialização ou residência ou mestrado em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva, com maior representatividade para especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva. Por outro lado, 9,3% (n=7) dos CDs possuíam alguma pós-graduação em curso, seja a nível de especialização ou mestrado em Saúde da Família/ Saúde Pública/Saúde Coletiva.

e) Vínculo empregatício do cirurgião dentista: os resultados mostraram que na região Norte-Barretos 66,6% (n=20) dos seus profissionais atuantes na ESB eram servidores públicos; 13,3% eram empregados públicos CLT; 13,3% eram contratados CLT; 3,3% eram contratados temporários pela administração pública; 3,3% outros vínculos. Para Juazeiro,

34,2% eram servidores públicos; 23,3% eram contratados temporariamente por prestação de serviços; 12,3% eram contratados temporariamente pela administração pública; 1,3% eram contratados CLT; 1,3% outros vínculos.

f) Número de CD cadastrados em estabelecimentos privados (não atendem SUS) por 10 mil habitantes - a região Norte-Barretos mostrou uma estrutura quase três vezes superior à Juazeiro. Para ambas regiões, houve um crescimento no indicador, ao longo dos anos. Entre 2007-2008, o indicador não se altera para Juazeiro, assim como entre 2011 e 2012. Cabe destacar que nesta região a proporção não alcança 1 profissional/10 mil habitantes (Figura 6).

Fonte: elaboração própria

g) Número de Cirurgiões-dentistas que atendem no SUS/10 mil habitantes - Norte-Barretos apresentou melhor estrutura. A depender do ano, a estrutura alcança níveis 6 vezes superior à Juazeiro (2007 e 2008). Em Norte-Barretos, o indicador aumentou até 2010 (6,9) e decresceu a partir de 2011 (6,4), voltando a aumentar em 2014 (6,6). Juazeiro registrou crescimento ao longo dos anos, atingindo sua melhor estrutura em 2011 (2,4) (Figura 7).

Fonte: elaboração própria

h) Número de CD que atuam na AB/10 mil habitantes - a região Norte-Barretos apresentou estrutura cinco vezes superior à região Juazeiro (Figura 8). Norte-Barretos apresentou estabilidade no indicador ao longo dos anos (variação entre 5,5 e 5,6), enquanto para Juazeiro, a variação foi entre 1,6 e 1,8.

Fonte: elaboração própria

i) Número de CD que atuam na Atenção Especializada (CEO)/10mil habitantes - Norte-Barretos possuía mais profissionais cadastrados e, como era de se esperar, melhor cobertura quando comparada à região Juazeiro (Figura 9). Em Norte-Barretos, a cobertura variou entre 5 a 5,7 profissionais especializados por 10 mil habitantes, de maneira decrescente (em 2007 atinge 5,7 e, em 2014, o valor é 5,3). Para Juazeiro, a cobertura variou entre 0,1 a

0,3 profissionais especializados por 10 mil habitantes. Os melhores índices para esta região foram nos anos 2010 e 2011 (0,3 e 0,32, respectivamente). O ano de 2014 (0,2) mostrou-se melhor que 2007 (0,14).

Fonte: elaboração própria

4.2.3 Indicadores de efetividade da assistência médica e odontológica

j) **Número de consultas médicas na AB por 100 habitantes** - os resultados apontaram que a região NB mostrou melhor desempenho de efetividade que Juazeiro (Figura 10). Para NB, o indicador variou entre 12,4 (2014) a 14,5 (2009). Em Juazeiro, variou entre 2,4 (2009) a 7,3 (2011). A diferença absoluta entre as regiões diminuiu de 8 para 6.

Fonte: elaboração própria

k) Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada para a população de 5 a 14 anos - a região Norte-Barretos mostrou melhor desempenho para os valores de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, no entanto, houve um decréscimo ao longo do período: inicia-se em 38,2%, em 2008, e, em 2014, o valor é 23,7% de cobertura. O valor médio foi 24%, variando entre 14,5% (2009) a 38,2% (2007). Para a região Juazeiro, o valor médio foi 5%, oscilando entre 6,2% e 1,8% (Figura 11).

Fonte: elaboração própria

l) Cobertura da primeira consulta odontológica programática - para as duas regiões, houve uma redução significativa deste indicador: Juazeiro, em 2008, apresentava uma cobertura de 26,7% e, em 2014, este valor reduziu a menos da metade, 8,7%. A média para a região foi 13,8%. Norte-Barretos, em 2008, apresentava uma cobertura de 15% e, em 2014, este valor era 10,4%, com média de 13,5% (Figura 12).

Fonte: elaboração própria

m) Procedimentos realizados pela ESB na UBS - a análise deste bloco de indicadores permitiu concluir que as regiões apresentaram valores muito semelhantes. Norte-Barretos teve um percentual de 74,4% (402) para as respostas positivas, enquanto que, em Juazeiro, este valor foi igual a 71% (703). Em relação à Norte-Barretos, as respostas negativas que mais contribuíram para uma menor integralidade da atenção (menos de 50% das UBS responderam ‘sim’) foram “remoção de dentes impactados”, “frenectomia”, “remoção de cistos” e “outros”. Para Juazeiro, as respostas que contribuíram para menor integralidade da atenção foram “frenectomia”, “remoção de cistos”, “cimentação de próteses” e “outros”.

n) Número de ESB que agendam a consulta especializada - Para Norte-Barretos, 10 ESB responderam “sim” para a pergunta 14.2.1 (“O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada?”) e 16 responderam “sim” para a pergunta 14.2.2 (“A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente?”). Da possibilidade de 28 afirmativas para esta resposta, 26 (86,6%) mostraram-se positivas para atuação enquanto coordenadora dos cuidados na RAS. Em relação à Juazeiro, 16 ESB responderam “sim” para a pergunta 14.2.1 e 24 responderam “sim” para a pergunta 14.2.2. Assim, foram 40 afirmativas positivas (93%), da possibilidade de 43, para esta região. Pode-se concluir que no

questo referente ao agendamento da consulta especializada, Juazeiro apresentou melhor desempenho.

o) Número de procedimentos odontológicos básicos individuais por 100 habitantes – a região Norte-Barretos mostrou-se mais efetiva na cobertura de procedimentos odontológicos básicos, com média de 47,8, mínima de 41,6 (2014) e máxima de 52,6 (2010). Esta também foi a região que apresentou a maior quantidade de registros no DataSus. Norte-Barretos atingiu melhor cobertura no ano de 2010 (52,6) e sua pior cobertura foi o ano 2014 (41,6). Juazeiro apresentou melhor cobertura no ano de 2007 (37,6) e a pior, no ano 2013 (11,8), com média de 23 procedimentos odontológicos básicos por 100 habitantes (Figura 13).

Fonte: elaboração própria

p) Número de procedimentos odontológicos especializados individuais por 100 habitantes – a região Norte-Barretos apresentou um desempenho de efetividade superior à Juazeiro, apesar de a população ser metade desta região. Norte-Barretos apresentou média de 20 procedimentos/100 habitantes, entre 2008-2014. O melhor registro foi no ano de 2012 (25,5) e o pior, em 2008 (15,1). Juazeiro registrou média de 6,7 procedimentos especializados/100 habitantes, entre 2008-2014. O melhor desempenho esteve no ano 2010 (10,5) e o pior, em 2009 (3,3) (Figura 14). Este achado condiz com o indicador que aponta a

região Norte-Barretos com quantidade superior de CD especializados que trabalham no SUS (indicador 'i').

Fonte: elaboração própria

4.2.4 Indicadores de eficiência da assistência médica e odontológica

q) **razão entre consultas médicas na AB/médicos que atendem na AB do SUS** – os resultados apontaram melhor desempenho de eficiência para a região Juazeiro, a partir do ano 2010, atingindo seu melhor desempenho no ano 2014. O município de Juazeiro contribuiu com o maior registro do número de profissionais médicos, para a região de mesmo nome: variou entre 91 a 166 profissionais registrados. Em NB, o município de Barretos apresentou a maior quantidade de registro do número de profissionais médicos: variou entre 41 a 129 (Figura 15).

Figura 15 - Indicador da razão entre consultas médicas na AB/médicos que atendem na AB do SUS, região Norte-Barretos e Juazeiro, 2008-2014.

Fonte: elaboração própria

r) **Razão entre o total dos procedimentos de 1ª consulta odontológica programática anual dividida pela quantidade de CD que trabalham na AB** - a região Juazeiro apresentou melhor desempenho de eficiência em comparação à Norte-Barretos. Juazeiro apresentou média de 859 procedimentos básicos/CD da AB, com mínima de 413, em 2013, e máxima de 1758, em 2008. Norte-Barretos apresentou média de 248 procedimentos básicos/CD da AB, com mínima de 193, em 2014, e máxima de 306, em 2012 (Figura 16).

Figura 16 - Indicador da razão entre o total dos procedimentos de 1ª consulta odontológica programática anual/CD que trabalham na AB do SUS, regiões Norte-Barretos e Juazeiro, 2008-2014.

Fonte: elaboração própria

s) **Razão entre a quantidade anual de procedimentos odontológicos básicos/CD que trabalham na AB do SUS -** a região Juazeiro apresentou melhor desempenho de eficiência que Norte-Barretos. Entre 2008-2014, Juazeiro apresentou média anual procedimentos odontológicos básicos por profissional de 1.446,5, com mínima de 615,7, em 2013, e máxima de 2.898, em 2008. NB apresentou média de 1.145,1 procedimentos básicos por profissional, para o mesmo período, com mínima de 998,4, em 2014, e máxima de 1.302,2, em 2012. Mais uma vez, a menor estrutura de força de trabalho da AB pode ter influenciado em melhor desempenho de eficiência para Juazeiro (Figura 17).

Fonte: elaboração própria

t) **Razão entre a quantidade anual de procedimentos odontológicos especializados/CD que trabalham no CEO -** Juazeiro apresentou desempenho quase quatro vezes superior à região Norte-Barretos. Entre 2008-2014, Juazeiro apresentou média de 46,2 procedimentos especializados por profissional, com mínima de 28,4, em 2008, e máxima de 73,7, em 2009. Norte-Barretos apresentou média, para o mesmo período, de 12,7 procedimentos especializados por profissional, com mínima de 8, em 2009, e máxima de 15,7, em 2011 (Figura 18).

Fonte: elaboração própria

A Tabela 3 apresenta uma síntese dos resultados quantitativos discutidos nesta sessão

Tabela 3 – Síntese dos resultados de estrutura e desempenho de efetividade e eficiência, regiões Norte-Barretos e Juazeiro, 2007-2014.

Dimensão	Região Norte-Barretos	Região Juazeiro
ESTRUTURA		
Nº médicos não SUS/10 mil habitantes	Variação: 1,0 e 1,6 médicos/10mil hab.	Variação: 0,4 e 0,6 médicos/10 mil habitantes
Nº médicos SUS/10 mil habitantes	Aumento de 15 para 25	Aumento de 6,1 para 8,6
% população potencialmente coberta pela ESB pela ESF	Aumento de 29,7% para 37,1%	Aumento de 38,1% para 52,6%
Cursos de formação de CD após a graduação	36,6% lato senso; 3,3% estrito senso	19,8% lato senso; 0,0%
Vínculo empregatício do CD	66,6% servidores públicos; 3,3% contratos temporários	34,2% servidores públicos; 12,3% contratos temporários
Nº CD cadastrados em estabelecimentos privados por 10 mil habitantes	Aumento de 2,2 para 3,4	Aumento 0,5 para 0,8
Nº CD atendem SUS/10 mil habitantes	Variação: 6,9 e 6,4	Variação: 1,8 e 2,4
Nº de CD que atuam na AB/10 mil hab	Variação: 5,5 e 5,6	Variação: 1,6 e 1,8
Nº de CD que atuam na assistência especializada por 10 mil habitantes	Variação: 5,0 e 5,7	Variação: 0,1 e 0,3
EFETIVIDADE		
Nº consultas médicas na AB/100 hab	Variação: 12,4 e 14,5	Variação: 2,4 e 7,3
Cobertura ação coletiva de escovação dental supervisionada, população 5 a 14 anos	Variação: 14,5 e 38,2%	Variação: 1,8 e 6,2%
Cobertura 1ª consulta odontológica programática	Decréscimo de 15% para 10,4%	Decréscimo de 22,8% para 8,7%
Procedimentos realizados pela ESB	74,4% das ESF avaliadas pelo PMAQ ESB-AB ofertaram um maior ‘cardápio’ de procedimentos	71% das ESF que aderiram ao PMAQ ESB-AB ofertaram um maior ‘cardápio’ de procedimentos
Nº ESB agendam consulta especializada	86,6% das ESF avaliadas pelo PMAQ ESB-AB responderam sim (atuaram a favor da coordenação dos cuidados)	93% das ESF avaliadas pelo PMAQ ESB-AB responderam sim (atuaram a favor da coordenação dos cuidados)
Nº procedimentos odontológicos básicos/100 hab	Decréscimo de 44,8 para 41,6	Decréscimo de 37,6 para 14,8
Nº procedimentos odontológicos especializados/100 hab	Aumento de 15,1 para 25,3	Diminuição de 7,7 para 4,7
EFICIÊNCIA -		
Razão anual entre consultas médicas AB/médicos atendem AB-SUS	Diminuição de 215 para 125	Aumento de 186 para 196
Razão anual entre total procedimentos 1ª consulta odontológica/CD trabalham na AB	Diminuição de 272 para 193	Diminuição de 1758 para 500
Razão anual entre quantidade procedimentos odontológicos básicos/CD trabalham na AB-SUS	Variação: 998,4 e 1.302,2	Variação: 615,7 e 1.446,5
Razão anual entre quantidade procedimentos especializados/CD trabalham CEO	Variação: 12,7 e 15,7	Variação: 28,4 e 73,7

Fonte: elaboração própria.

5. DISCUSSÃO

Aspectos estruturais e de desempenho (efetividade e eficiência) da assistência odontológica, em duas regiões do sistema de saúde brasileiro foram comparados nesta investigação a fim de explorar como a assistência odontológica se configurou, verificando se assumiu um padrão semelhante ou diferente da rede assistencial de serviços de saúde. As regiões foram selecionadas intencionalmente, por suas características distintas, do ponto de vista socioeconômico e da oferta de serviços de saúde. Portanto, das 2 regiões de saúde comparadas, a região Norte-Barretos (NB), situada no estado de São Paulo, tinha as melhores condições socioeconômicas (PIB *per capita*, renda domiciliar *per capita* e escolaridade) e de oferta de serviços de saúde (internações de alta complexidade/mil habitantes e quantidade de leitos/mil habitantes) enquanto a região Juazeiro, situada no estado da Bahia, tinha as piores.

Ao olhar para os aspectos estruturais e de desempenho da assistência médica e da assistência odontológica, a comparação não assumiu um padrão diretamente favorável à região com melhores indicadores socioeconômicos e de oferta de serviços de saúde. Enquanto a região NB se sobressaiu em relação aos indicadores de estrutura (exceto para cobertura potencial da ESB na ESF) e efetividade, a região Juazeiro se destacou em relação à eficiência, ou seja, embora com menos recursos, a utilização dos serviços foi relativamente melhor.

Na dimensão política, os resultados mostraram que a regionalização aconteceu em ambas regiões e foi reconhecida de forma positiva, seja pela redução na desigualdade do acesso aos serviços, universalização da utilização da rede de saúde, maior possibilidade de diálogo e integração da rede ou ainda uma menor possibilidade de estrangulamento financeiro dos municípios, pois a regionalização previu (e prevê) também a cooperação financeira e solidária entre os entes (governos, organizações) do território regional.

Por meio da pesquisa documental, observou-se que as decisões regionais foram tomadas de maneira compartilhada, através dos Colegiados Gestores Regionais em ambas as

regiões. A região Juazeiro experimentou uma experiência inovadora junto à região Petrolina, pois atuavam de maneira compartilhada, através do CRIE. Ampliar o grau de compartilhamento e democratização dos problemas, das decisões, incluindo a distribuição dos recursos financeiros é fundamental para que a regionalização seja construída de forma positiva e autônoma, pois o princípio da hierarquização é algo que encontra raízes no ordenamento jurídico do Estado brasileiro de forma que, se não democratizada, a regionalização pode representar apenas mais uma forma de presença e controle das instituições estatais sobre o território (GUIMARÃES, 2005), suprimindo o protagonismo dos municípios que compõem e constroem aquele espaço geográfico. Na França, tem-se observado uma nítida tendência de democratização no nível regional do sistema de saúde. A lei de 4 de março de 2002 confirma a escolha do espaço regional para o reforço da democracia sanitária, através da institucionalização das conferências regionais de saúde; a organização, nos quadros da Região, dos fóruns cidadãos; ou ainda os trabalhos de reflexão a questões de saúde conduzidos por um número crescente de Conselhos Econômicos e Sociais Regionais (CESR) (CADEAU, 2004).

Na dimensão organizacional, os resultados apontaram que a distribuição dos serviços não atende à demanda populacional. Persiste concentração de serviços nos municípios polo, para ambas regiões. Examinando a extensão e os determinantes do processo de municipalização da política de saúde no Brasil, ARRETCHE e MARQUES (2002) apontaram que quanto maior a população de um município, maior é a quantidade absoluta de equipamentos e serviços sob gestão municipal presentes, sinal de ocorrência da municipalização.

Ambas regiões reconheceram que a APS deveria ser a porta de entrada da RAS, apesar de a peregrinação do usuário ser um fator persistente pela rede de serviços, especialmente especializada. Esta fragilidade de integração da rede assistencial persiste após a

municipalização dos serviços de saúde, a partir da NOB/96, e está associada à dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. As relações de cooperação estabelecidas entre estados e municípios são frágeis, dificultando as definições de atribuições e responsabilidades, a despeito das tentativas de fortalecimento do papel dos estados na condução do SUS, decorrentes da ampliação do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e da criação de instrumentos como a Programação Pactuada Integrada (PPI) (DOURADO e ELIAS, 2011). Se os estados, quaisquer deles, estiverem desprovidos de incentivos financeiros, a esfera federal tende a assumir este protagonismo.

Na dimensão estrutural, em ambas as regiões a capacidade instalada não estava adequada às necessidades da população (especialmente em relação ao acesso a serviços de alta complexidade – consultas especializadas, UTI adulto/neonatal, cirurgia cardíaca, entre outros), de acordo com as entrevistas realizadas com prestadores de serviço, gestores municipais e regionais, pelo Região e Redes. Norte-Barretos apresentou maior concentração de profissionais dentistas em relação à Juazeiro, mas isto não significou melhor eficiência em relação à assistência à saúde bucal. Para Norte-Barretos, os municípios são os maiores responsáveis pelo financiamento da RAS e, em Juazeiro, o protagonismo é assumido pelo ente federal. Nesse sentido, é possível afirmar que Norte-Barretos opera mais próximo do federalismo cooperativo (maior autonomia financeira dos municípios), enquanto Juazeiro guarda características mais próximas do federalismo sanitário (menor autonomia financeira dos municípios, com dependência maior do ente federal) (DOURADO e ELIAS, 2011).

A estratégia analítica adotada pela pesquisa “Região e Redes”, no aspecto socioeconômico, apontou que a região Norte-Barretos possuía melhores condições que a região Juazeiro. Este resultado foi utilizado nesta pesquisa. Todos os municípios que compõem a primeira região citada não apresentaram valores de renda domiciliar *per capita* menor ou igual ao salário mínimo vigente, à época; enquanto a segunda não apresentou

valores maiores ou iguais ao salário mínimo vigente. O maior valor do PIB *per capita* da região Juazeiro representou um terço do menor valor da região Norte-Barretos. Além disso, os indicadores de escolaridade analisados, apontaram que a região Norte-Barretos se destacou mais positivamente que a região Juazeiro. ARRETCHE (2017) aponta que o acesso aos serviços de saúde é menor em populações que apresentam menor nível de escolaridade e menor renda. Por conta disto, as políticas sociais de inclusão dos *outsiders* (como a autora nomeia os menos favorecidos social e economicamente) foram fundamentais para redução da desigualdade, tanto de renda quanto de acesso aos serviços de saúde. E dentre estas políticas, a que mais contribuiu para tal foi a política de valorização do salário mínimo, iniciada no começo dos anos 90, e cujos melhores índices foram atingidos sob os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), Lula, 2003-2006 e 2007-2010, e Dilma Rousseff, 2011-2016.

Em relação à estrutura da assistência médica, a razão médico/habitante que atende no SUS foi maior do que a razão daqueles que não atendem no SUS, em ambas as regiões. À medida que o número de médicos que atendem SUS aumentou, ao longo da série histórica, a quantidade de internações por alta complexidade (indicador da oferta de serviços de saúde) também aumentou. Estudo realizado por CASTRO *et al.* (2015) sobre condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil mostrou que há uma correlação entre o aumento do número de profissionais médicos e a diminuição de internações. Entretanto, os autores chamam atenção que o fato de não diminuir a quantidade de internações pode ter relação com a diminuição da quantidade de leitos hospitalares (por exemplo, pela redução da contratação de leitos hospitalares particulares por parte do SUS). Este último aspecto foi um fator identificado nesta pesquisa. Além do mais, é importante destacar que a cidade de Barretos concentra um polo de referência nacional em tratamento para câncer, o que se reflete numa demanda mais elevada que requer um número maior de médicos contratados (neste caso, via

Organização Social – Pio XII), em comparação a uma região que não é polo de referência nacional.

Os indicadores quantitativos de estrutura que apontaram a relação CD que trabalham no SUS, CD que não trabalham no SUS, CD que atendem na AB e CD que atuam no CEO mostraram-se todos favoráveis à região Norte-Barretos. Assim como aconteceu com os indicadores da assistência médica, as informações contidas no CNES mostraram que o número de dentistas que estavam vinculados ao SUS era superior ao setor privado. No entanto, no aspecto referente à cobertura potencial da ESB pela ESF, Juazeiro foi melhor que Norte-Barretos (único aspecto em que foi superior). Os indicadores que medem o número de CD que trabalham no SUS, CD que atendem na AB e CD que atuam no CEO apresentaram uma diminuição, entre 2007 e 2014, na diferença entre as regiões.

É possível afirmar que a partir da inserção da ESB na ESF, o serviço público de saúde se revigorou como um importante setor para emprego do profissional de Odontologia, pois com a implantação da PNSB (Brasil Sorridente), o número de dentistas no SUS aumentou em quase 50% e um terço dos dentistas do Brasil passaram a ter vínculo com o serviço público de saúde (BLEICHER, 2011). Esta afirmação é especialmente válida para a região Juazeiro, a qual apresentou resultado ascendente no indicador que mede a relação entre CD que atuam na AB/10 mil habitantes. Em relação à cobertura potencial, a média temporal para Juazeiro foi 50,71% e NB, 34,86%. Com a PNSB, a saúde bucal passou de uma posição inexpressiva para uma de alta centralidade no governo federal, incentivando (financeiramente, inclusive) a implantação de ESB na ESF (SCARPARO *et al.*, 2015). O Pacto pela Vida estabeleceu, para o biênio 2010-2011, uma meta de 40% de cobertura populacional por ESB (BRASIL, 2011), no entanto, só as regiões Centro-Oeste e Nordeste atingiram esta meta (PINHO *et al.*, 2015), fato que pode explicar a maior expansão na região Juazeiro. A partir da instituição da Portaria nº 1.444 de 28/12/2000, a qual estabelece incentivo financeiro para

reorganização da atenção à saúde bucal por meio do então PSF, houve grande impulso para implantação e expansão das ESB, especialmente na região Nordeste (PEREIRA *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011). Assim, as características socioeconômicas e da oferta de serviços mais favoráveis na região NB não se refletiram numa cobertura potencial da ESB mais elevada como seria esperado considerando a trajetória do desenvolvimento do Estado brasileiro marcada pela fusão de vantagens em uma parcela pequena da população e o aprofundamento das desigualdades (ARRETCHE, 2015, p. 425). . Este resultado em direção contrária aos demais indicadores de estrutura, mostrou que, neste caso, houve uma tendência a favor da equidade que pode estar associada a forma como ocorreu a expansão da política de incentivos à implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Durante o período foram abertos diferentes canais de comunicação e espaços de articulação política entre os entes da federação, favorecendo a interação dos municípios com a esfera federal, por modalidades específicas de assistência, possibilitando atenção diferenciada às necessidades de alocação de recursos às regiões de menor estrutura assistencial por habitante. Nesse sentido, esse achado, pode ser expressão de uma virtuosa combinação, decorrente de um lado, de um processo de ampliação da democracia sanitária, por meio de diferentes canais de comunicação e espaços de articulação política, e de outro, do efeito silos, traduzido pelas características particulares que têm marcado as políticas e práticas das diferentes modalidades de assistência, entre as quais, a assistência médico-sanitária e a assistência odontológica..

Em relação à estrutura referente aos “cursos de formação do CD”, a região NB apresentou melhores resultados que Juazeiro. Significa que, na prática, há mais CD com formações voltadas para o SUS, seja especialização ou mestrado, para a primeira região. Isso mostra que a gestão pública tem priorizado esta formação qualificada para os seus serviços (há regulação estatal de alguma maneira), já que a contratação maior é de especialistas/mestres, ou através da garantia de melhores salários e vínculos empregatícios

(segundo resultados apontados pelo PMAQ ESB-AB 2º ciclo). O investimento em pessoal qualificado para o cargo ocupado pode significar também mudança na concepção do modelo teórico de cuidado em saúde, pois muitos CD podem ser profissionais de carreira que acompanharam a implantação da ESF enquanto dispositivo de reorientação do cuidado em saúde, a qual requer uma nova maneira de “pensar e praticar” o cuidado. Além disso, o modelo de sociedade no qual estamos inseridos (capitalista e consumista) impõe a necessidade de se conseguir algo para manter ou alcançar um *status* social. Nesse sentido, as especializações também funcionam como forma de interesse de classes e monopólio dos serviços (MOYSÉS, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Quanto ao vínculo empregatício do CD, NB apresentou uma relação de trabalho menos precária que Juazeiro, tanto por ter mais servidores públicos (66,6% contra 34,2%) quanto por apresentar menor proporção de contratação através de vínculos precários (6,6% contra 36,9%). Vínculo precário diz respeito às modalidades contratuais com déficit ou ausência de direitos trabalhistas e previdenciários garantidos por lei (GIRARDI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Estes vínculos são promotores de instabilidade e insegurança, os quais podem afetar diretamente a permanência do CD na ESF, dificultando a vinculação desta equipe com a comunidade e, conseqüentemente, o reconhecimento do profissional-equipe como parte daquele território, pela população, bem como suas ações (preventivas, curativas e promotoras de saúde). Vale destacar que o CD, mesmo fazendo parte de uma categoria profissional subjetivada como elitista, encontra-se contido na categoria da classe trabalhadora que compartilha novas formas flexíveis de contratação, por contratos determinados, terceirizados, quarteirizados, marcados pelo constante desmonte dos direitos trabalhistas (OLIVEIRA *et al.*, 2015) que, no Brasil, foi transformado em lei com a aprovação de uma Reforma Trabalhista não prevista no programa de governo Dilma-Temer. Tal Reforma, impulsionada após a ruptura do pacto democrático que levou ao afastamento da Presidenta

Dilma, autorizou a terceirização da atividade fim, antes permitida, em lei, apenas para atividade meio.

Os indicadores de efetividade da assistência à saúde bucal apresentaram melhores resultados para a região NB, no entanto, o indicador referente ao número de consultas médicas realizadas na AB por 100 habitantes, mostrou que, em 2014, os resultados quase se igualaram, para ambas regiões. Além disso, o indicador referente ao “número de ESB que agendam consulta especializada” foi melhor para região Juazeiro. A cobertura média da ação de escovação dental supervisionada foi 2 a 7 vezes maior para NB comparado à Juazeiro. No que se refere à efetividade do acesso à primeira consulta odontológica programática anual, as 2 regiões apresentaram valores muito próximos (13,8 para Juazeiro e 13,5 para NB).

Norte-Barretos apresentou estrutura melhor dimensionada e maior quantidade de procedimentos por habitante, no entanto, a efetividade do acesso à consulta odontológica programática foi similar entre as regiões e a eficiência mostrou-se mais favorável à região Juazeiro que se sobressaiu em todos os aspectos analisados, podendo-se afirmar que esta região consegue realizar mais consultas e procedimentos utilizando os mesmos recursos disponíveis.

Do exposto, três pontos merecem ser destacados. Primeiro, a melhor estrutura e volume absoluto de procedimentos para a região Norte-Barretos, a qual é também a região melhor favorecida socioeconomicamente e na oferta de serviços. Este fato pode estar ligado também ao modelo excludente de desenvolvimento social e econômico do país. No Brasil, os direitos sociais foram expandidos por regimes autoritários e orientados a produzir desigualdades entre categorias de cidadãos e entre diferentes regiões do país. O Sudeste, por exemplo, não concentrou apenas o crescimento do PIB, passou a contar também com uma infraestrutura de serviços urbanos mais ampla do que qualquer outra região. As regiões mais pobres, por sua vez, não eram apenas desprovidas de oportunidades de trabalho, mas também

da carência de todos os serviços básicos de infraestrutura residencial (água, esgoto, coleta de lixo) (ARRETCHE, 2015).

Segundo, desigualdades na estrutura de oferta de serviços tendem a se refletir em desigualdade de acesso. Populações com menor nível de escolaridade e renda tendem a acessar menos os serviços de saúde (ARRETCHE, 2002). No Brasil, o acesso aos serviços odontológicos também segue uma lógica desigual (MOYSÉS, 2000). O efeito desta desigualdade pode ser medido pela distribuição assimétrica do uso¹⁰ de serviços odontológicos pela população. A utilização de serviços de tratamento e de prevenção constituem variáveis que expressam esta desigualdade (MOYSÉS, 2000).

Este problema da desigualdade de acesso é reconhecido mundialmente. Países do sul europeu, como Espanha, Grécia, Itália e Portugal apresentam este entrave, apesar de possuírem sistemas universais de saúde concebidos pela lógica do direito do cidadão. Diferenças geográficas resultantes dos diferentes níveis de desenvolvimento econômico e o gradiente social são fatores importantes que interagem na determinação desta desigualdade (SERAPIONI, 2017). Na América Latina, países como Chile e Colômbia também enfrentam problemas de desigualdade no acesso, entretanto, estes países orientam seu modelo de sistema de saúde a partir do seguro saúde, o qual é pautado na capacidade de compra dos serviços assistenciais (CÁRDENAS *et al.*, 2015; LABRA, 1995). Esta é a mesma lógica de sistema adotada pelos Estados Unidos que, apesar de representarem uma importante força econômica mundial, possuem mais de 40 milhões de pessoas que não dispõem de acesso aos serviços de saúde (MOYSÉS, 2000), com desigualdade também no acesso aos serviços odontológicos (EUA, 2000; EUA, 2011; EUA 2014).

Não bastasse o caráter desigual, as diferentes modalidades de assistência individual à saúde convivem com um legado de especialização, fragmentação e corporativismo

¹⁰A palavra “uso” deve ser entendida como “se a população acessou o serviço”

profissional resultante de um modelo de formação e de prática que as mantêm isoladas uma das outras. As trajetórias da assistência médico-sanitária e da assistência odontológica têm sido marcadas por um nítido paralelismo, que se expressa por um efeito de compartimentalização das práticas de saúde.

Terceiro, o fato de ter uma menor força de trabalho realizando maior quantidade de procedimentos/ações de saúde bucal pode significar, de um lado, subdimensionamento dos recursos odontológicos disponíveis, e de outro, sobrecarga de trabalho clínico/procedimental para os profissionais, sinalizando para uma possível lógica de modelo assistencial centrada na doença/procedimento (curativo), que reproduz uma orientação liberal-privatista (NARVAI, 1994). Situações como essa, de subdimensionamento de recursos odontológicos não são incomuns no sistema de saúde brasileiro (JACCOTTET *et al.*, 2012) e justificariam maior alocação de recursos e maior investimento em educação permanente para reorientar a concepção crítica do pensar saúde e as estratégias de cuidado nas práticas dos serviços.

O trabalho está se tornando cada vez mais precário no mundo inteiro, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos, como o setor público, sob formas renovadas (GIRARDI *et al.*, 2010). Alguns estudos refletem esta realidade, como o de LENZI *et al.* (2010), o qual apontou que 100% da amostra pesquisada afirmaram ingresso na ESF através de contrato temporário. GIRARDI *et al.* (2010) encontrou que, entre 2001 e 2009, os municípios pesquisados realizavam contratação direta pelas prefeituras para todas as ocupações da ESF (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS). No entanto, os autores chamaram atenção para o aumento da proporção de municípios que contratavam simultaneamente trabalho protegido¹¹ e desprotegido, no mesmo período. Na contratação de dentistas, por exemplo, essa proporção passou de 6,8% para 11,5% (entre 2001

¹¹Trabalho protegido: inclui o regime estatutário, que corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta (ocupantes de cargos públicos) e ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada (Girardi *et al.*, 2010).

e 2006). Em relação às justificativas para ocorrência de tal fato apareceram, a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal, a Lei de Responsabilidade Fiscal, dificuldade para realizar e para preencher as vagas ofertadas em concursos públicos. É importante destacar que este estudo de caso analisou as relações contratuais das unidades que aderiram ao PMAQ ESB-AB 2º ciclo, portanto, teoricamente, as melhores unidades, não correspondendo ao número total das respectivas regiões. Estudo de OLIVEIRA *et al.* (2015) investigou as relações trabalhistas de profissionais dentistas vinculados aos centros de especialidades odontológicas, sendo observada precarização trabalhista: 31,1% dos profissionais foram admitidos de forma irregular (sem concurso ou seleção públicos) e 39,1% dos cirurgiões-dentistas tinham vínculos precários com os respectivos municípios (contratos temporários, cargos comissionados, contratos verbais informais, cooperativas, prestação de serviços e outros tipos de contratação).

Neste estudo de caso encontrou-se uma relação decrescente de CD no serviço público para região NB e um discreto aumento para região Juazeiro, apesar de o número de profissionais dentistas no país ter aumentado entre 2007 e 2014 (CASCAES *et al.*, 2018). Em contrapartida, quando são analisados os números referentes aos CD vinculados ao setor privado, percebe-se uma ascendência para ambas regiões. Este achado corrobora com os resultados de CASCAES *et al.* (2018), que afirmaram ter havido um crescimento significativo de profissionais dentistas no país, com maior expressão no setor privado. Uma explicação para tal fato é o aumento expressivo no número de operadoras de planos odontológicos, especialmente a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de beneficiários de planos odontológicos (em 2000 era 8.879 e, em 2010, 39.328), consolidando o cenário da saúde suplementar como um importante mercado para categoria odontológica (BLEICHER, 2011). É importante chamar atenção para o que aponta Moysés (2004), a respeito do setor privado odontológico, ao afirmar que pessoas com renda superior a 10

salários mínimos poderiam sustentar o custo da assistência odontológica privada, regularmente. Entretanto, este é um estrato pouco representativo da população brasileira. *“Daqueles regularmente atendidos, na faixa abaixo de 10 salários mínimos, possivelmente a maioria foi atendida na rede pública”*.

Do exposto, pode-se resumir que a melhor região (NB) apresentou melhores resultados na assistência médica e odontológica, em relação aos aspectos estruturais, exceto no indicador relacionado à cobertura potencial da ESB, no qual Juazeiro se sobressaiu. Em relação aos aspectos de desempenho, os resultados foram distintos. Enquanto para efetividade de acesso à consulta odontológica programática, o desempenho foi similar, para eficiência, Juazeiro alcançou maior desempenho, o que sugere a presença de diferentes condicionantes, exercendo influência sobre o desenvolvimento da assistência à saúde bucal em relação à assistência à saúde. Entre esses condicionantes, pode-se destacar um mais geral, atuando do plano federal para o plano local, relacionado ao processo de regionalização, incluindo seus impasses (VARGAS *et al.*, 2014), e um condicionante mais local, agindo do nível local para o geral, relacionado ao fenômeno da separação entre a assistência médico-sanitária e a assistência odontológica (BOTAZZO, 2000; MANN, 2005; HUMMEL *et al.*, 2015; MERTZ, 2016), um fato histórico e ao mesmo tempo um condicionante que poderia representar forte dependência para a trajetória política da assistência odontológica e sua configuração em um sistema regional.

O processo de desenvolvimento impulsionado pelo Estado brasileiro deixou um legado no ordenamento territorial do país que se reflete no desenho geral e na implementação e apropriação das políticas públicas econômicas e sociais em nível regional e local. As características socioeconômicas, de infraestrutura e de distribuição da base produtiva no território brasileiro são profundamente desiguais, resultando em padrões demográficos, epidemiológicos e sanitários marcadamente distintos, entre suas diferentes regiões e, dentro

delas, entre seus distintos grupos sociais (DUARTE et al., 2015; PESTANA e MENDES, 2004). A desigualdade sanitária pode ser encontrada, por exemplo, na distribuição e configuração dos serviços de saúde.

O avanço do processo de descentralização das ações e serviços de saúde após a criação do SUS, tornou evidente que a municipalização não seria capaz de garantir as condições para efetivação dos objetivos do SUS (universalidade, integralidade, equidade) devido à extrema heterogeneidade típica do território brasileiro. Cresceu a consciência da necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e, conseqüentemente, de piores resultados (DOURADO e ELIAS, 2011). É nessa perspectiva, baseada na necessidade de maior racionalização no uso dos recursos, que o tema da regionalização ganha importância enquanto uma das estratégias para superar a fragmentação do sistema de atenção à saúde (PEREIRA, 2015; DOURADO e ELIAS, 2011).

Na condução desta estratégia deve-se considerar que a organização do sistema de saúde precisa levar em conta a diversidade territorial brasileira e buscar a complementaridade entre as regiões, enfatizando a importância da condução e adaptação estadual e restringindo as determinações federais nesse processo (LIMA *et al.*, 2012), pois a região de saúde precisa ser construída de maneira cooperativa e solidária, rompendo as barreiras burocrático-estatais e político-administrativas, tendo em vista o tamanho imbricamento das relações políticas, econômicas, geográficas e culturais entre as populações (diálogo e pactuações).

A regionalização foi formulada como estratégia de aprofundamento da descentralização em consonância com a organização da rede assistencial, a fim de que o sistema de saúde se tornasse mais funcional (DOURADO *et al.*, 2011), superando a fragmentação do cuidado, a partir de uma melhor coordenação entre os níveis de atenção e

através de economias de escala, aumentando o tamanho da população de referência (VARGAS *et al.*, 2014).

A fragmentação da rede assistencial, intensificada após a descentralização (VARGAS *et al.*, 2014), bem como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, levantou o debate da necessidade de integração do cuidado utilizando como estratégia a criação das redes integradas de saúde, as quais devem prover a integração de programas verticais com os serviços de saúde, a coordenação entre os serviços públicos e privados e a integração intersetorial da saúde (WHO, 2008). O Decreto 7.508/2011 estabeleceu novas diretrizes para a organização da RAS, bem como os instrumentos para o seu desenvolvimento no nível macro e micropolítico.

Mesmo com algumas orientações mínimas definidas e pactuadas, alguns impasses decorrentes da dinâmica política e particular de cada território foram identificados na implementação das RAS. São eles: a criação de redes de saúde com base em negociação, sem levar em conta o planejamento, favorece mais a autonomia dos municípios em detrimento de uma perspectiva regional cooperativa de alocação de recursos. Muitos municípios de médio e pequeno porte (especialmente os pequenos) do país não possuem capacidade técnica para gerir sistemas complexos de atenção (especializada e hospitalar). As responsabilidades são atravessadas entre níveis de governo, sem identidade definida dos atores responsáveis, somada à baixa capacidade administrativa dos municípios. Instrumentos como os CIR ou o financiamento das redes de saúde são insuficientemente definidos. Acrescido a isto, as políticas não definem o financiamento das RAS regionais. A concepção de um orçamento global a nível regional (baseado na capitação, por exemplo) poderia ser uma estratégia (VARGAS *et al.*, 2014).

As regiões de estudo apresentaram impasses que podem refletir aspectos apontados por VARGAS *et al.* (2014). Juazeiro possui muitos municípios de pequeno porte,

insuficientes financeiramente e com forte dependência da união, guardando características de um federalismo sanitário, o qual pode ter como consequência o desrespeito à autonomia municipal, garantida pelo sistema federativo de governo. Assim, o impasse decorrente da responsabilização ampla para um nível local de governo com capacidade limitada é uma realidade nesta região. Tanto NB quanto Juazeiro apresentaram desproporção na distribuição de equipamentos de saúde nos municípios polo quando comparados aos demais, o que de alguma maneira reflete, além do modelo excludente mencionado anteriormente, o impasse da negociação em detrimento do planejamento prévio na construção das RAS, tendo em vista que pode haver uma dificuldade em redistribuir estes serviços, seja por questões políticas (propaganda eleitoral, barganhas) ou financeira (o serviço pode garantir o repasse de algum recurso ao município). Isto pode se refletir na falta de clareza para implementação das RAS enquanto instrumento de ação da política de regionalização, sem prever a indução da redução de desigualdades nas regiões.

Alguns indicadores analisados não apresentaram resultados conforme poderia ser esperado, tendo em vista as condições socioeconômicas e da oferta de serviços das regiões. Ou seja, a região menos favorecida nos aspectos supracitados, sobressaiu-se em relação a alguns indicadores de estrutura e desempenho, em detrimento da região melhor favorecida. Esta característica pode estar associada ao isolamento e compartimentação que marcam a relação entre as modalidades assistenciais no setor saúde, incluindo a assistência odontológica e a assistência médico-sanitária, o chamado “efeito silos” (MANN, 2005; FRENK, 2010).

Esta característica tem sua gênese na forma como o trabalho em saúde foi se transformando em profissões e estas foram determinando as características da formação e prática profissional.

A despeito das críticas a este processo e do reconhecimento da necessidade de reforma curricular, integração dos saberes para formação humanística e holística (FRENK,

2010; MERTZ, 2016), a educação superior não tem acompanhado este desafio, muitas vezes com currículos fragmentados, estáticos e ultrapassados. As consequências são sistêmicas: prática do cuidado incompatível com as necessidades do usuário/população; trabalho em equipe deficiente; foco na doença; descontinuidade do cuidado; desequilíbrio quantitativo e qualitativo no mercado de trabalho; baixo potencial para melhorar o desempenho do sistema de saúde (FRENK, 2010). Cabe ressaltar que as iniciativas contra estas forças encontram grande resistência no chamado tribalismo das profissões – isto é, a tendência das profissões de saúde de agir isoladamente ou mesmo competindo umas com as outras (FRENK, 2010), curvadas à lógica de mercado. O redesenho da educação profissional é necessário e oportuno, ultrapassando barreiras nacionais e dos silos das profissões, adaptando as competências profissionais básicas a contextos específicos, com base no conhecimento global (FRENK, 2010), cujo fim deve ser a responsabilidade social garantida através da melhoria da oferta do cuidado e do desempenho dos sistemas de saúde.

No contexto da formação médica na França no final do século XVIII, predominavam uma perspectiva doutrinária e uma pedagogia retórica, distante dos avanços científicos e filosóficos do Iluminismo. As principais características deste modelo de formação eram a pouca eficácia técnica, alto custo e baixa qualidade pedagógica, além de um cenário elitista. A crítica a esta formação não passou avessa aos próceres da Revolução Francesa que propunham, dentre outras coisas, uma profunda revisão do sistema de ensino, mediante o “ensino livre das ciências e das artes” e, para saúde, uma “medicina em liberdade” (perfil mais aberto e polivalente). Esta proposta revolucionária de emancipação do sujeito entrou em choque com a ordem política dominante, e foi neutralizada na era bonapartista. Um dos principais líderes intelectuais condutores deste “projeto burguês” (ideologia materialista, produtivista, individualista e laica) foi o médico Pierre-Jean-Georges Cabanis, apologista da analítica cartesiana. A nova configuração das práticas de intervenção em saúde (Reforma

Cabanis) resultou em escolas dotadas de autonomia e capacidade para decidir sobre normas, disciplinas e cursos, assim como uma rede de escolas isoladas (à época, Escolas; hoje, Faculdades) (ALMEIDA-FILHO 2017).

Em contraponto ao modelo cabanisiano (ensino estruturado em cursos lineares, currículos fechados, modelo memorizador baseado em disciplinas) pode-se citar as contribuições de Flexner (na educação anglo-saxônica) e Anísio Teixeira (no Brasil). Abraham Flexner, em 1908, dirigiu um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos (EUA), começando pelo ensino médico, cujo resultado deu origem ao conhecido Relatório Flexner. Dentre as recomendações mais conhecidas deste relatório, para as faculdades médicas, estavam: adoção de regimes de ciclos, critérios de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva e consequente proibição da prática privada dos médicos docentes. Arelado a isto, o modelo flexneriano “verdadeiro”¹²(não distorcido) previa formação humanista (nas culturas, nas humanidades, nas linguagens, na educação e na verdade) do profissional médico previamente ao ingresso no ensino médico, de fato (ALMEIDA-FILHO 2010).

Na educação brasileira, um dos principais intelectuais responsáveis pela renovação da universidade foi o educador Anísio Teixeira. Precursor de modelos ativos de ensino-aprendizagem e defensor de uma perspectiva humanístico-artística na educação, promotora da Democracia como valor universal, Teixeira propunha uma universidade atuando como indutora de desenvolvimento cultural, artístico, econômico e tecnológico. Esta defesa de Anísio guarda relação com a influência do modelo *college* norte-americano (defendido por Flexner) que chegou a ser implantado, no Brasil, na Universidade de Brasília (UnB),

¹²O modelo flexneriano “verdadeiro” diz respeito à integração da escola médica na universidade, para humanizar a profissão, a partir de 3 justificativas: necessidade de competência nas 3 ciências básicas da saúde (*college*); experiência da diversidade cultural; educação nas artes liberais (ALMEIDA-FILHO, 2010).

auxiliado por Darcy Ribeiro. Tal projeto foi interrompido, mesmo após resistência do corpo docente, pelo golpe militar de 1964. Anísio também foi o responsável por criar, quando no Ministério da Educação e Cultura (1950), a Coordenação para o Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), principal agência de fomento à pós-graduação no Brasil. Por propor uma educação democrática, universal, emancipatória e contrária aos interesses da elite (classe dominante na política, inclusive) e da igreja católica, Anísio foi perseguido¹³ durante a ditadura e, uma das consequências do “silenciamento político” do seu pensamento está refletida na produção científica brasileira, através da inexistência de estudos e reflexões acerca das contribuições anisianas (ALMEIDA-FILHO 2014).

Apesar das contribuições inovadoras e expressivas de Flexner e Anísio Teixeira, o legado das profissões médica e odontológica apresenta resíduos e traços do modelo cabanisiano, os quais se refletem nas práticas, políticas de saúde e subjetivações das classes.

Os médicos, por alcançarem o monopólio do exercício, são considerados capazes de definir os limites e alcances da política de saúde e de determinar as condições de suas atividades nos programas de governo (IMMERGUT, 1996) (sendo assim, os programas dependem da colaboração dos médicos), razão diferente daquela vigorada no mercado da saúde, o qual tende a ter preços cada vez mais competitivos e menos rentáveis para esta categoria (liberdade econômica reduzida), porém muito lucrativa para aqueles que “regulam” este mercado. Desta forma, coloca-se como “ameaça” à independência profissional e autonomia econômica desta categoria, antes fortemente atrelada ao serviço público.

Quando esta lógica de formação da força de trabalho e sistema de saúde é trazida para dentro da Odontologia, há uma separação entre as esferas público-estatal e privada como

¹³ O (pensamento emancipatório e libertador) educador Paulo Freire tem sido alvo constante de críticas por parte do futuro presidente da república, filiado ao partido de extrema-direita no Brasil, PSL. O eleito declarou, segundo matéria do jornal Folha de São Paulo (7/8/18), a pretensão de tirar do MEC a influência do educador Paulo Freire para combater o pensamento crítico. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/08/bolsonaro-propoe-ensino-a-distancia-para-combater-marxismo-e-reduzir-custos.shtml>

polos que se repelem. Há uma forte relação entre o ideário corporativista da categoria odontológica com o corporativismo médico, curvados à lógica de mercado, através do credencialismo, por exemplo (especializações, subespecializações, associações de classe ou subclasses); ou ainda para legitimar o lugar de privilégio no mercado de trabalho (MOYSÉS, 2004). O encarceramento do saber é uma consequência desta blindagem gerando disputas desnecessárias por certas especialidades de ambas as profissões (BOTAZZO, 2000; HUMMEL *et al.*, 2015).

Esta assistência odontológica fragmentada (separada dos cuidados de saúde geral) é reconhecida internacional e nacionalmente. A separação entre os cuidados médicos (de saúde) e os cuidados de saúde bucal assume o nome de efeito silos, na literatura internacional (HUMMEL *et al.*, 20015). A desvinculação entre a boca e o restante do corpo foi construída nas formações médica e odontológica por gerações e se reflete até hoje (BOTAZZO, 2000). Como consequência, as modalidades de assistência à saúde atuam de modo separado, na forma de silos (MANNM, 2005; FRENK, 2010) e isso poderia, em algum grau, explicar uma trajetória diversa ao esperado, como foi observado neste estudo do ponto de vista do desempenho.

O reconhecimento desta fragmentação conduziu à necessidade de recomendações políticas para vinculação dos serviços de saúde bucal à oferta dos cuidados em saúde geral (EUA, 2011; EUA, 2014), pois elas estão inter-relacionadas, apesar de serem tratadas como fatores independentes. Um documento lançado nos Estados Unidos (EUA), intitulado “Integração da Saúde Bucal e a prática da Atenção Primária” (EUA, 2014), aponta que os três nós críticos para ocorrer a integração entre a saúde bucal e saúde geral na prática da atenção primária são: profissionais de saúde, sistema de saúde e financiamento.

Integrar os cuidados em saúde bucal aos cuidados de saúde geral é importante não apenas porque a cárie é a doença crônica mais prevalente no mundo (afetando mais de 90% da

população mundial) (SCHWAB *et al.*, 2014; MERTZ, 2016), como também porque a saúde bucal reflete a desigualdade nas condições de acesso aos serviços odontológicos (EUA, 2011; BOUCHERY, 2013). Quem tem melhores condições socioeconômicas, acessa mais esses serviços (BOUCHERY, 2013).

Diretrizes de políticas de saúde no Brasil também reconhecem a importância da integração entre saúde bucal e os cuidados gerais em saúde e a integralidade é um princípio doutrinário do SUS e tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas (VIEGAS E PENNA, 2015). Uma estratégia para garantir tal princípio, na prática, foi a implantação das equipes multiprofissionais na ESF, bem como a orientação desta estratégia (Atenção Básica/APS) como coordenadora dos cuidados para os demais níveis de atenção, contribuindo com a racionalização dos recursos, propiciando uma importante relação custo-efetividade (CHAVES *et al.*, 2010; VIEGAS e PENNA, 2015). A admissão da equipe de saúde bucal (ESB) ocorreu, de maneira acentuada, a partir de 2001, sete anos após a criação do então PSF, hoje Estratégia. No início, o PSF contava com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A incorporação de cirurgiões-dentistas, bem como do pessoal técnico de saúde bucal, deu-se na medida em que houve um incremento da programação de recursos e ações para as políticas e estratégias de saúde bucal (CHAVES e MIRANDA, 2008). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, vem ao encontro desta discussão pois vincula-se fortemente à ideia de estruturação da APS a partir da ESF. Destaca, dentre outros aspectos, intervenções intersetoriais de promoção da saúde (MOYSÉS, 2008). A PNSB também contempla a integralidade como princípio em suas diretrizes e, de forma a viabilizar o cuidado para além do primeiro nível de assistência. Prevê também a oferta de assistência especializada por meio dos centros de especialidades odontológicas (CEO). Esta integração entre diferentes níveis

assistenciais é entendida na perspectiva da garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde, segundo PAIM (1997). Entretanto, para tal integração, é fundamental uma boa cobertura de atenção primária para permitir a interface adequada dos serviços de saúde bucal (CHAVES et al., 2010).

A integração entre APS e atenção especializada não deve se restringir apenas às ESB da ESF pois, reconhecendo o problema da desvinculação da saúde bucal e incorporando equipes multiprofissionais aos cuidados primários de saúde, faz-se necessário contemplar outras perspectivas da integralidade (PAIM, 1997) na atuação profissional como a abordagem do cuidado nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, além da integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Integrar a saúde bucal à saúde geral não depende apenas da concepção conceitual da saúde, dos profissionais e dos cuidados que a envolvem. Significa também abordar o sistema de financiamento que viabiliza tanto as ações de saúde quanto as ações específicas de saúde bucal (MANN, 2005; EUA, 2014). Implica compreender a evolução da política de assistência odontológica e identificar os desafios resultantes da sua separação do resto dos cuidados de saúde explorando as consequências desta divisão para o futuro da política de saúde bucal e da reforma do sistema de saúde (MERTZ, 2016).

Em relação às limitações alguns aspectos precisam ser comentados. O registro das informações (SIA-SUS) que geraram o indicador de efetividade “Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada para a população de 5 a 14 anos” apresentou oscilações constantes nas séries históricas analisadas e, para tentar minimizar as falhas, o método de identificação de *outliers* foi adotado. Os indicadores que analisaram a força de trabalho para assistência médica e odontológica são limitados porque esta pesquisa utilizou apenas o filtro do CNES/DataSUS (o qual, por si só, apresenta problemas de registro, com informações sub ou superestimadas – é um sistema que carece de regulação e muito passível de fraudes), sem

cruzamento com as informações dos respectivos conselhos de classe. O Conselho Federal de Odontologia foi acionado, mais de uma vez, mas sem resposta. O Conselho Federal de Medicina não foi contatado. Aspectos relativos à orientação política dos partidos da coalizão responsável pela gestão do setor saúde de estados e municípios em cada região não foram analisados e poderiam trazer informações sobre o grau de competição ou de cooperação das estratégias de estruturação dos serviços ambulatoriais (ARRETCHE 2002). Apesar deste estudo de caso envolver enfoques incorporados (envolveu mais de uma unidade de análise), a generalização é um fator limitante deste método (YIN, 2001).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados neste estudo de caso, pode-se afirmar que a assistência médica apresentou melhores resultados de estrutura e desempenho na região mais favorecida socioeconomicamente e na oferta de serviços. Esse padrão mais vantajoso à região de melhor condição (Norte-Barretos) pode estar associado ao arranjo de duas forças: uma delas representada pela trajetória da política de desenvolvimento do Estado brasileiro marcada pela fusão de vantagens em uma parcela pequena da população e o aprofundamento das desigualdades, e a outra, ligada aos impasses do processo de regionalização do setor saúde em que o desenho da política não assegura a indução da redução de desigualdades entre as regiões. Entretanto, em relação à assistência odontológica, certos aspectos da estrutura (cobertura potencial da ESB na ESF) e desempenho (razão entre total de 1ª consulta programática/CD da AB, razão entre quantidade procedimentos odontológicos básicos/CD da AB, razão entre procedimentos odontológicos especializados/CD que trabalham no CEO) não se manifestaram conforme a rede de serviços de saúde, verificando-se um padrão favorável à pior região socioeconômica e de oferta de serviços (Juazeiro), o que sugere uma característica particular das práticas de saúde conhecida como efeito silos. Diante do modelo excludente de desenvolvimento social e econômico vigente no país e das iniciativas recentes de reformas setoriais que propiciam maior protagonismo dos atores em nível regional, duas proposições foram sumarizadas para operar como hipóteses teóricas em futuros estudos: os impasses do processo de regionalização que explicariam a reprodução das diferenças observadas na estrutura e desempenho da assistência odontológica e as forças específicas que buscam romper com o isolamento entre as práticas de saúde (efeito silos) que explicariam uma trajetória diversa ao esperado do ponto de vista da estrutura e do desempenho desta assistência.

7. REFERÊNCIAS

1. Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate*, 2015; 39 (edição especial): 28-38;
2. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(4): 1055-1064;
3. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1999; 4(2): 263-286;
4. Almeida C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008;
5. Almeida-Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010; 26(12):2234-2249;
6. Almeida-Filho N. Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(12):2531-2553;
7. Almeida-Filho N. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(7);
8. Andrade LOM, Barreto ICHC, Cavalcanti CGCS. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia & Saúde* – 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013;
9. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva – teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014;

10. Arretche MTS. O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1996; 31;
11. Arretche MTS, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002; 7(3): 455-479;
12. Arretche MTS. *Trajetória das Desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora Unesp, 2015;
13. Arretche M. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2017; 33(96);
14. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43(3):446-54;
15. Bleicher L. *Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador [tese]*. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA; 2011;
16. Botazzo C. *Da Arte Dentária*. São Paulo: Hucitec, 2000;
17. Bouchery E. Utilization of Dental Services Among Medicaid-Enrolled Children. *Medicare and Medicaid Research Review*, 2013; 3(3);
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*. Brasília, 24 a 28 de março de 1980;
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004;
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010;

21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011;
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011 conforme portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e portaria gm/s nº 3.840, de 07 de dezembro de 20. Brasília, 2011;
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal (Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal). Brasília, 2013;
24. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Brasília, 2017;
25. Brasil. Diário Oficial da União – Seção 1. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Brasília, 2018;
26. Cadeau E. Observações sobre os sentidos e a essência das experiências francesa e brasileira na área da democracia sanitária. Revista de Direito Sanitário, 2004; 1(5);
27. Cárdenas WIL, Pereira AMM, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. Cadernos de Saúde Pública, 2015; 33 (supl 2);
28. Cascaes AM, Dotto L, Bonfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados

- do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, 2018; 27(1);
29. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à APS em grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015; 31(11):2353-2366;
30. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família. Interface: comunicação, saúde, educação, 2008; 12(24):153-67;
31. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACLF, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Revista de Saúde Pública, 2010;
32. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, 2011; 27(9): 1731-1745;
33. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciência e Saúde Coletiva, 2011; 16(6): 2783-2794;
34. Contradiopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência e Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 705-711;
35. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista Saúde Pública, 2011; 45(1):204-11;
36. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade. São Paulo: Editora Pioneira, 1975;
37. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro JR, Cortizo CT, Ribeiro EAW. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saúde Sociedade, 2015; 24(2):472-485;
38. Estados Unidos da América. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD, 2000;

39. Estados Unidos da América. Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC). Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations. Washington, DC, 2011;
40. Estados Unidos da América. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Integration of Oral Health and Primary Care Practice. Fevereiro, 2014;
41. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência pró-equidade? Cadernos de Saúde Pública, 2016; 32(2);
42. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet, 2010; 376: 1923–58;
43. Girardi S, Carvalho CL, Wan Der Maas L, Farah J, Freire JA. O Trabalho Precário em Saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. Saúde para Debate, 2010; 45:11-23;
44. Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cadernos Saúde Pública, 2005; 21(4):1017-1025;
45. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. Oral Health: An Essential Component of Primary Care. Qualis Health, 2015;
46. Immergut EM. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1996; 30(11):139-65;
47. Jaccottet CMG, Barros AJD, Camargo MJB, Cascaes AM. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2012; 21(2): 333-340;

48. Labra ME. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. In: Buss PM, Labra ME. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995;
49. Lenzi TL, Rocha RO, Dotto PP, Raggio DP. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. *Journal of the Health Sciences Institute*, 2010; 28(2):121-4;
50. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(11): 2881-2892;
51. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWF, Andrade CLT, Konder MT. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2015; 20(2): 595-606;
52. Mann L. From "silos" to seamless healthcare: bringing hospitals and GPs back together again. *The Medical Journal of Australia*, 2005; 182(1):34-7;
53. Matta GC, Morosini MVG. Atenção à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>;
54. Mertz EA. The Dental–Medical Divide. *Health Affairs*, 2016; 35(12):2168-2175;
55. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, 2000; 1(1): 7-17;
56. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, 2004; 4(1): 30-7;

57. Moysés SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008;
58. Monteiro O. Integralidade truncada. Entrevista ao site Região e Redes; 01 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/integralidade-truncada/#.Wh79VkqnHIU>;
59. Mello GA, Pereira ANCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização no SUS: revisão sistemática. Ciência e Saúde Coletiva, 2017; 22(4): 1291-1310;
60. Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 1994;
61. Narvai PC, Frazão P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY. Avaliação em Saúde – contribuições para incorporação no cotidiano. São Paulo: Atheneu, 2017;
62. Nogueira D, Chaves SCL, Cangussu MC. A utilização dos serviços odontológicos: elementos teóricos e conceituais. In: Chaves SCL. Política de saúde bucal no Brasil. Salvador: Edufba, 2016;
63. Oliveira PMC, Menezes LMB, Almeida PC, Santrain MVL, Almeida MEL. Indicadores de saúde bucal da Atenção Básica no estado do Ceará: análise crítica. Cadernos Escola Saúde Pública (ESP), Ceará, 2011; jan-jun:29-36;
64. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. Saúde e Sociedade, 2015; 24(3):792-802;
65. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 2001;

66. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997;
67. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde - 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003;
68. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008;
69. Paim JS, Almeida-Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva – teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014;
70. Pereira LTK, Godoy DMA, Terçariol D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. Psicologia: reflexão e crítica, 2009; 22(33): 422-429;
71. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Saúde Debate, 2015; 39 (número especial): 11-27;
72. Pestana M, Mendes PV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004;
73. Pimentel FC, Martelli P JL, Junior JLACA, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Ciência e Saúde Coletiva, 2010; 15(4)2189-2196;
74. Pinho JRO, Souza TC, Vilas Bôas MD, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. Revista Associação Paulista Cirurgiões-Dentistas, 2015; 69(1): 80-5;

75. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc. São Paulo*, 2015; 24(1): 273-284;
76. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009;
77. Santos M. *A natureza do espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. 4 ed. 2ª reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006;
78. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.*, 2015; 24(2): 438-446;
79. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde Debate*, 2016; 40(108): 48-63;
80. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2015; 23(4):409-415.
81. Schwab GL, Moys ST, Franc BHS, Werneck RI, Frank E, Moysés SJ. Chronic conditions policies: oral health, a felt absence. *International Dental Journal*, 2014; 64:83–88;
82. Serapioni M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(9);
83. Silva SF, Martelli PJL, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011; 16(1): 211-220;

84. Silva LS, Santana KR, Pinheiro HHC, Nascimento LS. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2013; 22(2): 325-334;
85. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2006; 11(4):975-986;
86. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014;
87. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde – promoção, vigilância e saúde da família. *Saúde: Edufba*, 2006;
88. Teixeira ND, Facchini LA, Castilho ED. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. *Rev. enferm. Saúde*, 2011; 1(1): 50-59;
89. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saúde Soc. São Paulo*, 2016; 25(3):786-799;
90. Vargas I, Mogollón-Perez AS, Unger JP, da Silva MRF, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning*, 2014; 1-13;
91. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(3): 711-724;

92. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(4): 921-934;
93. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002; 493-507;
94. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma sanitária de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*, 2005; 15(suplemento): 225-264;
95. Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS, Albuquerque MV, Iozzi FL, David VC, Ibañez P, Frederico S. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23(sup. 2):117-131;
96. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em perspectiva*, 2008; 22(1): 92-106;
97. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15(5): 2317-2326;
98. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2015; 24(2): 413-422;
99. Vianna MI, Paim J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: Chaves SCL. *Política de saúde bucal no Brasil*. Salvador: Edufba, 2016;

100. Viegas SMS, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 2015; 19(55):1089-100;
101. World Health Organization. *The World Report 2000*. Geneva: WHO, 2000;
102. World Health Organization. *Integrated health services—what and why?* Geneva, Switzerland: WHO, 2008;
103. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

8. ANEXOS

Anexo 1: Indicadores estratégicos para avaliar estrutura, presente no instrumento de avaliação externa do módulo VI do PMAQ ESB-AB 2º ciclo

VI. 3 Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB		
VI. 3.2/1 ET	Especialização em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/2 ET	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/4 ET	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/5 ET	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/7 ET	Mestrado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/8 ET	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/10 ET	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/11 ET	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso

VI. 4 - Vínculo		
VI.4.2 ET	Qual é seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário
		Cargo comissionado
		Contrato temporário pela administração público regido por legislação especial(municipal/estadual/federal)
		Contrato temporário por prestação de serviço
		Empregado público CLT
		Contrato CLT
		Autônomo
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu

Anexo 2: Indicadores estratégicos para avaliar efetividade, presente no instrumento de avaliação externa do PMAQ ESB-AB 2º ciclo

VI. 16 - Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal			
VI. 16.5 ET	A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Drenagem de abscesso
			Sutura de ferimentos por trauma
			Remoção de dentes impactados
			Frenectomia
			Remoção de cistos
			Acesso à polpa dentária
			Aplicação tópica de flúor
			Exodontia de dente decíduo
			Exodontia de dente permanente
			Restauração de amálgama
			Restauração de resina composta
			Restauração em dente decíduo
			Pulpotomia
			Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.
			Tratamento de alveolite
			Ulotomia/ Ulectomia
			Cimentação de prótese
			Outro(s)

VI. 14 - Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde			
VI. 14.1 ET	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?		Sim
			Não
VI. 14.2 ET	Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: Só poderá ser marcada uma opção de resposta.		O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
			A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação ou secretaria municipal de saúde
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao serviço especializado.
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um serviço ou um profissional determinado.
			Outro(s)
			Não há um percurso definido

9. APÊNDICE

Passo-a-passo para extração das informações no sistema DataSus: o exemplo abaixo será demonstrado para a informação referente à 1ª consulta odontológica programática, região de saúde Juazeiro, na Bahia.

1º passo: acessar o site datasus.saude.gov.br – ir para aba “Aceso à Informação” > Informações de Saúde (TABNET) > “Assistência à Saúde” (para a informação deste exemplo)

2ª passo: clicar em “Produção Ambulatorial (SIA/SUS)”

3º passo: clicar em “Por local de atendimento – a partir de 2008”, então vai aparecer o mapa do Brasil e clicar no estado desejado (neste caso, Bahia).

4º passo (filtros para conseguir a informação):

- no tópico ‘PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - BAHIA - POR LOCAL DE ATENDIMENTO’ devo fazer 2 seleções (na “linha”, selecionar o nome “município” - pois assim consigo ter acesso a todos os municípios da região - e em “coluna” seleciono “ano/mês de processamento” - informações aprovadas pelo município);
- no tópico ‘PERÍODOS DISPONÍVEIS’ devo selecionar o mês/ano desejado (pode ser mais de 1, inclusive) – para este exemplo, usarei maio a agosto de 2016;

5º passo (ainda sobre os filtros):

- no tópico ‘SELEÇÕES DISPONÍVEIS’ devo fazer 2 seleções – em “região de saúde” devo selecionar a região que desejo a informação (Juazeiro, neste caso). Em seguida,

parto para a seleção do “procedimento”, o qual será ‘PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA’ e, ao selecioná-la, clico em ‘ok’”.

6º passo: feitas as seleções, rolo o *mouse* para baixo e clico em “mostra”.

7º passo: o sistema mostra a planilha de informações e clico em ‘COPIA COMO .CVS’, pois assim é gerado um *download* automático no formato de planilha excel e os dados poderão ser manuseados conforme a conveniência da pesquisadora.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATA SUS Tecnologia de Informação e Sistema de SUS

NOTAS TÉCNICAS

PRODUTOS AMBULATORIAIS DO SUS - BAHIA - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Ord. aprovada por Anvisa no procedimento seguinte: Município
Região de Saúde (RS) 2019, Janeiro
Período: Mai a Set/2019

Município	2014/Mai	2014/Jun	2014/Jul	2014/Ago	2014/Set	Total
10164	329.222	316.855	338.237	353.545		1.337.859
29050 Campo Alegre de Lourdes	17.225	15.215	41.948	18.934		93.324
29082 Cavalo	11.401	9.799	15.649	9.974		46.823
29022 Casa Nova	47.822	45.193	42.872	44.126		180.013
29090 Curuçá	38.920	24.804	24.872	30.727		119.323
29046 Juazeiro	148.297	147.774	148.448	161.587		606.106
29040 Pão de Açúcar	7.920	8.368	8.580	5.418		30.286
29040 Remanejo	12.793	12.283	12.401	4.840		42.317
29020 Santo Antônio	8.760	11.453	8.919	13.540		42.672
29037 São João	38.098	19.169	23.532	38.249		119.048
29020 São José	16.714	14.429	19.723	13.784		64.650

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS)

Nota:

1. Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização.
2. A partir do procedimento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:
 - a) os dados de 2012 estão disponíveis como "natureza" e "esfera administrativa";
 - b) os dados de 2013 a outubro de 2015, estão disponíveis como "natureza" e "esfera administrativa";
 - c) a partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "natureza jurídica" e "esfera jurídica".

Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

COPIAR COMO CSV COPIAR PARA TABELA IMPRIMIR COMO HTML IMPRIMIR COMO GRÁFICO VOLTAR

Se a pesquisadora deseja informações sobre, por exemplo, profissionais de saúde, no 1º passo, ao invés de selecionar a opção “Assistência à Saúde”, deve-se selecionar “Rede Assistencial” – “CNES Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002” e, então optar pela seleção “Ocupações” ou “Profissionais”. Feito isso, irá aparecer o mapa do Brasil, para extração da informação referente à região desejada.