

A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil

The construction of the oral health care network in the Federal District, Brazil

Mauricio Bartelle Basso (<https://orcid.org/0000-0002-2231-2238>)¹

Nathalee Barbosa Nunes (<https://orcid.org/0000-0002-6880-8685>)²

Luisa Barreto Costa Corrêa (<https://orcid.org/0000-0001-5607-404X>)¹

Celi Novaes Vieira (<https://orcid.org/0000-0002-4966-7047>)³

Josy Lorena Peres da Silva Vilarinho (<https://orcid.org/0000-0003-1308-2087>)³

Gilberto Alfredo Pucca Júnior (<https://orcid.org/0000-0002-8781-9857>)³

Abstract *The Oral Health Policy of the Federal District State Health Secretariat was in a fragmented state, similarly to the entire health system. There was no integration between oral health teams and other Primary Care professionals and performance at the other levels was inconsistent and limited, preventing the effective establishment of the Care Network. In 2017, the head management chose to convert the system organically based on the family health strategy and the logic of the care networks. The aim of this study is to report on the main actions carried out so that oral health care would conform to the changes, developing into the construction of the specific Care Line in the area, allowing increased access and qualification of care.*

Key words *Oral health, Health policy, Primary health care, Delivery of health care, Health services*

Resumo *A Saúde Bucal Pública no âmbito da SESDF inseria-se no contexto de fragmentação, do qual toda rede padecia. Não havia integração entre as equipes de saúde bucal e os demais profissionais na Atenção Primária e os outros níveis atuavam de forma errática e insular, impedindo o efetivo estabelecimento da Rede de Atenção. Em 2017, a gestão à frente da pasta optou por converter o sistema organicamente com base na estratégia saúde da família e na lógica das redes de atenção. O presente estudo tem por objetivo relatar quais as principais ações postas em prática para que a saúde bucal pudesse acompanhar a conversão, evoluindo para construção da Linha de Cuidado específica da área, permitindo a ampliação do acesso e a qualificação da Atenção.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Política de saúde, Atenção primária à saúde, Assistência à saúde, Serviços de saúde*

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF). STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil.

mauriodyt@hotmail.com

² Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde. Brasília DF Brasil.

³ Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

A assistência odontológica pública, realizada no Brasil desde a década de 1950, era reduzida à população em idade escolar, considerada epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível às intervenções de saúde pública¹. Dessa forma, ofertava procedimentos de baixa complexidade e preteria a população adulta, o que por vezes a inclinava a procura de tratamento mutilador com profissionais práticos². Neste momento histórico, em âmbito nacional, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988 era, preponderantemente, de prática privada, e o seguro social oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados³.

O processo de redemocratização do país, a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986⁴, seguida da criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 1989 e da segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993⁵, fomentaram uma mudança de paradigma da Saúde Bucal Coletiva no Contexto do SUS que culminou, em 2004, na implantação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade da atenção, integralidade, equidade, territorialização, controle social e descentralização⁶.

A inserção da odontologia na Atenção Primária à Saúde (APS) só aconteceu em 2000, quando o Ministro da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por cirurgiões-dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs)⁷.

A criação de unidades de referência para a Atenção Básica, chamadas de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ocorreu em 2004 com a política Brasil Sorridente. Os CEOs atendem à demanda de procedimentos especializados e contrarreferência desses pacientes para as Unidades Básicas de Saúde concluírem os tratamentos. Os CEO ofertam, no mínimo, serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgia Oral menor⁸.

Em relação à alta complexidade, nacionalmente, a odontologia foi incorporada na UTI, em 2005, na Santa Casa de Misericórdia de Barretos, estado de São Paulo, por meio de evidências de que sua atuação representava uma melhor assis-

tência ao paciente, a diminuição de sua permanência no leito da UTI e a redução dos custos hospitalares⁹.

Em 2010, a Portaria GM/MS no 4.279 estabeleceu as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, definindo-as como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde*¹⁰.

A normatização da Odontologia Hospitalar teve início a partir de 2011, com reuniões em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, com intuito de regular o ensino e a prática da Odontologia dentro dos hospitais¹¹. Em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberou a atualização da RDC nº 7 de 2010, que garante a assistência odontológica à beira do leito nas unidades de terapia intensiva¹².

No Distrito Federal, o Sistema Público de Saúde teve sua origem em 1960, com a proposição do plano Bandeira de Mello e a criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), implantando uma concepção coerente com o ideário político da época, que privilegiava a incorporação de tecnologias na medicina, sob os influxos do paradigma hospitalocêntrico e biologicista¹³.

Em relação à Saúde Bucal, o plano proposto por Jofran Frejat em 1979 foi o primeiro a prever a odontologia como política pública no Distrito Federal, apoiando-se na estratégia do cuidado primário prestado em postos rurais e nos centros de saúde, com a oferta de especialidades básicas em odontologia para cada 30 mil habitantes¹³.

Surgem nessa época, em consonância com as práticas adotadas em todo território nacional, as ações estruturadas a partir dos modelos preventivista e incremental, que privilegiavam a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens¹⁴. A população escolar passa então a ser o alvo prioritário das ações, resultando numa política excludente, com a oferta dos serviços a apenas uma faixa da população, relegando os adultos ao tratamento único das urgências. Tal conduta demonstrava-se altamente mutiladora e pouco resolutive.

O crescimento desordenado da população ao longo dos anos, associado às precárias condições de saneamento básico e de alimentação nos núcleos populacionais; aos alarmantes níveis de prevalência de agravos em saúde bucal; e ao mo-

delo de assistência destinado a grupos específicos da população, acentuaram a necessidade de oferta dos serviços em saúde bucal ao longo dos anos.

Em 2005, é construída a primeira Política Distrital de Saúde Bucal, estruturada nas vertentes de ações coletivas (Fluoretação das Águas, Educação em Saúde e Vigilância em Saúde) e ações assistenciais em grupos específicos (Programa Carie Zero – 0 a 6 anos; Programa de saúde bucal – 7 a 19 anos; Programa de Saúde Bucal do Adulto – 20 anos ou mais)¹⁵.

Até então, grande parte da atenção à saúde bucal no DF foi prestada sem diferenciação orgânico-administrativa dos níveis de atenção. Na Atenção Primária, os profissionais da saúde bucal seguiam a organização dos centros de saúde, pautada pelo modelo Semachko, “oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra (...)”¹⁶.

As equipes de saúde bucal trabalhavam totalmente apartadas dos demais profissionais da unidade, refletindo uma segmentação orgânica preponderante em toda unidade. O taylorismo estabelecia as funções de cada servidor, com profissionais específicos para sala de vacina, sala de curativo e sala de coleta. Os usuários que procuravam espontaneamente a unidade com queixas clínicas em saúde bucal eram imediatamente direcionados à porta da sala de odontologia, sem qualquer acolhimento prévio. A demanda por tratamento odontológico eletivo organizava-se por meio de “listas de espera”, com critério de priorização unicamente cronológico, resultando em iniquidades e longas esperas por atendimento. O cunho assistencial preponderante repousava sobre ações curativas reparadoras, além de ações de promoção e prevenção a grupos específicos como crianças de 0 a 6 anos e gestantes.

No âmbito da atenção especializada, grande parte dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram estabelecidos dentro dos Hospitais Regionais. Com isso, os profissionais executavam não só ações ambulatoriais especializadas, de cunho secundário, mas também hospitalares (emissões de pareceres odontológico aos pacientes internados, atendimento em pronto-socorro hospitalar e assistência à beira de leito em enfermarias ou UTIs). Realizavam-se ainda atendimentos em Centro Cirúrgico à Pessoa com Deficiência e aos Politraumatizados. A regulação do acesso era deficitária, sem um sistema efetivo de referência e contrarreferência ou comunicação com a Atenção Primária. As unidades de

odontologia nos Hospitais Regionais eram vistas pelo sistema de saúde como porta aberta para qualquer situação.

A inserção da odontologia na UTI na SESDF ocorreu em 2011, no Hospital Regional de Ceilândia. Inicialmente, o atendimento era esporádico, sendo ofertado mediante solicitações de pareceres à Odontologia por parte do intensivistas. A partir de 2013, a UTI do HRC passou a contar com um cirurgião-dentista regularmente integrando à equipe de terapia intensiva. A partir dos atendimentos rotineiros do profissional, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital observou uma queda vertiginosa nos índices de pneumonia associada à ventilação mecânica no HRC e, em 2016, a taxa de densidade de incidência de PAV caiu a 1,1. Além da redução das infecções relacionadas à saúde, essa atuação da Odontologia Intensiva permitiu a redução dos custos hospitalares¹⁷.

Em relação a planejamento e gestão, a saúde bucal no Distrito Federal acompanhava a estrutura administrativa das 15 Regiões de Saúde, estabelecida pela SESDF em 1998¹⁸. Os coordenadores regionais de saúde bucal centralizavam todas as ações pertinentes ao planejamento da odontologia nas respectivas regiões, reportando-se a um gerente central, que detinha o monopólio das decisões concernentes à odontologia¹³.

Frente à transição do perfil epidemiológico em saúde bucal e à reorientação do modelo de Atenção Primária no DF, por meio da Portaria SESDF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, buscou-se a reestruturação de todos os processos orgânicos concernentes à formação de uma linha de cuidado, calcada nos pilares da Estratégia Saúde da Família e das Redes de Atenção à Saúde. O presente artigo propõe-se a explicar o processo de construção da rede de atenção à saúde bucal, por meio de um ator institucional específico - a Gerência de Odontologia da SESDF (GEO), principal responsável por sua elaboração e execução. Pretende-se, dessa forma, identificar elementos, ações e estratégias que contribuíram com a efetividade do processo, além de traçar perspectivas futuras de controle, avaliação e planejamento.

Método

Esta investigação envolve um estudo de caso qualitativo. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procura-se compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos com-

plexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

Todos os documentos consultados podem ser acessados em fontes oficiais, federais ou distritais, ou em bases de dados como a SciELO ou BVS.

Planejamento, desenvolvimento e implantação da Linha Guia de Saúde Bucal no âmbito da SES/DF

Visando à consolidação da conversão e ampliação da cobertura de saúde bucal no DF, elaborou-se projeto orientado por etapas do processo de gestão estratégica, utilizando-se a análise SWOT – considerando que as forças e fraquezas de uma organização são resultados dos indivíduos que a compõem, da forma como as capacidades individuais são integradas no trabalho coletivo e da qualidade da coordenação dos esforços de equipe. Associou-se ainda a metodologia 5W2H – um *checklist* para detalhamento das ações (o que, por que e como fazer, quem e quando fazer, onde e quanto custará) e o Business Model Canvas¹⁹ ou “Quadro de modelo de negócios” – uma ferramenta de gerenciamento estratégico que permite desenvolver e esboçar modelos de negócio novos ou existentes.

O Projeto, denominado “Ampliação da Cobertura de Saúde Bucal na APS”, foi concebido buscando a otimização de todos recursos necessários à excelência na prestação da política pública e à estruturação dos elementos da rede de atenção. A construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal da SES/DF pretende permitir uma resposta efetiva às condições de saúde agudas e crônicas, promovendo uma resposta resolutiva no nível de atenção adequado, por uma abordagem calcada na priorização equânime da demanda por estratos de risco.

Com base nestes preceitos, as entregas previstas no Projeto foram desenhadas a fim de abarcar os pontos-chaves da gestão e da assistência, nos seguintes termos:

1. *Vinculação de uma Equipe de Saúde Bucal a, no máximo, duas Equipes de Saúde da Família;*

A Portaria SES/DF nº 77 definiu a equipe de saúde bucal como a “(...) equipe de saúde responsável por um território equivalente no máximo ao de duas equipes de saúde da família, composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas)”.

Com isso, a GEO estabeleceu o diagnóstico situacional dos recursos humanos disponíveis e dos necessários à concretização da determinação,

em conjunto com a Coordenação de Atenção Primária a Saúde (COAPS). Por meio do cruzamento de dados, obteve-se tabela onde constavam: número de equipes de saúde da família por região de saúde, número de equipes de saúde bucal e de equipes equivalentes por região saúde e o déficit de recursos total para se alcançar a relação 1:2. Pactuações foram efetivadas junto às gestões locais para concretização das movimentações de servidores, visando a maximização da cobertura.

2. *Ampliação do repasse das verbas de habilitação e custeio relativas às ESBs do FNS ao FSDF;*

Visando atenuar o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no DF, por meio do aumento do repasse do componente Federal, referente à conversão do sistema para o modelo adotado pelo Ministério da Saúde (Estratégia Saúde da Família). Para isso, houve grande esforço em monitorar o cadastro e a atualização das equipes no CNES, bem como envio de ofícios solicitando o credenciamento de novas equipes junto ao Ministério.

3. *Qualificação do acesso, resolubilidade, carteira de serviços e continuidade do cuidado do usuário na APS e otimização dos meios necessários para a melhor prestação do serviço;*

Em agosto de 2017, instituiu-se Grupo de Trabalho com o objetivo de regulamentar a assistência à saúde bucal nos três níveis de atenção. Como resultado dos esforços, os documentos produzidos foram a Linha Guia de Saúde Bucal, a minuta da Portaria SES/DF nº 341 e os protocolos de acesso regulado à atenção secundária e terciária.

A estruturação da saúde bucal a partir da Linha Guia se deu nos pilares da Estratégia Saúde da Família e nos preceitos das Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como direcionadora da demanda e da comunicação eficiente entre todos os níveis de atenção, pautada por um sistema de referência e contrarreferência regulado. Dessa forma, pretendeu-se fomentar parâmetros e propiciar condições para o apropriado estabelecimento, organização e exercício de todos os componentes construtores de uma rede de saúde bucal.

A Linha Guia definiu a organização nos níveis de atenção em saúde bucal, estabelecendo critérios objetivos para acolhimento e priorização da demanda, além do fluxo do usuário na RAS. Na Atenção Primária, a implantação do modelo de Estratégia Saúde da Família foi a base do processo de trabalho, visando a resolubilidade e a continuidade do cuidado.

Desenvolveu-se, de forma inédita, o acesso avançado baseado no acolhimento e escuta quali-

ficada plenamente integrados às eSFs. Para tanto, estruturou-se o processo de classificação de risco da demanda espontânea em dois momentos: o usuário que comparece a unidade com queixa clínica em saúde bucal é direcionado para a equipe de acolhimento da eSF respectiva ou segue o método de acolhimento utilizado pela unidade; após escuta qualificada, é aplicado pela equipe de acolhimento um questionário simplificado (Figura 1), em forma de fluxograma, no intuito de direcionar o usuário às equipes de saúde bucal no tempo correto, de acordo com a gravidade de sua condição e as informações obtidas durante a escuta.

Este instrumento foi construído para as principais causas de demanda espontânea nas UBS da SESDF, sendo elas: Traumatismos dentários; Sangramentos; Dores Dentárias; Problemas nas Próteses ou Restaurações; Alterações na Articulação temporomandibular; na Mucosa bucal e na Gengiva.

A equipe de acolhimento, após escuta qualificada e aplicação do instrumento de auxílio à classificação da demanda espontânea, dialoga com a eSB para esclarecimentos de dúvidas, acessa a

agenda compartilhada e dá o devido encaminhamento para o usuário, a depender da necessidade indicada pelo fluxograma. Neste processo, é fundamental o papel do matriciamento às eSFs, para que se efetive a aplicação do instrumento de auxílio à classificação da demanda espontânea, num fluxo contínuo de aprimoramento do método.

Quanto à demanda programada, recorreu-se a estratificação de risco da população adscrita à UBS, com definição de cinco grupos de condições para priorização (Tabela 1).

Houve o delineamento da carteira de serviços, organizada segundo os procedimentos descritos nas fichas do e-SUS e Previstos na PNAB 2017²⁰. Para a viabilização e o fortalecimento do processo de trabalho, foram realizadas aquisições de insumos, instrumentais, equipamentos e serviços, como a contratualização com empresas para manutenção dos equipamentos e serviços de laboratório de prótese. O sistema de apoio diagnóstico foi fortalecido por meio da digitalização de toda rede de radiologia odontológica, ampliando sua eficiência (relação custo x benefício) e sua efetividade.

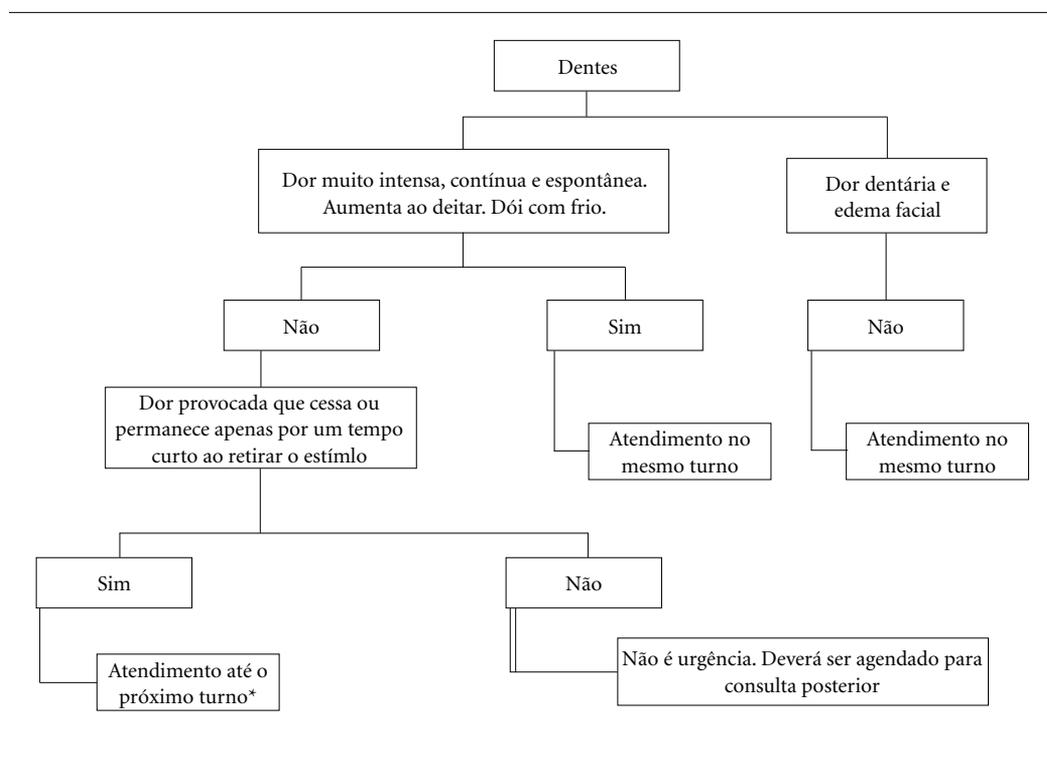


Figura 1. Instrumento de auxílio a classificação da demanda espontânea em odontologia na APS para profissionais que não sejam cirurgiões-dentistas na SESDF, 2018.

Tabela 1. Estratificação de risco para demanda programada em odontologia na APS da SESDE, 2018.

Critérios socioeconômicos e cultural	Escore
Desemprego do Responsável pela Família ou em Situação de extrema pobreza (Beneficiário da Bolsa Família)	2
Usuário ou Responsável pela família não é alfabetizado ou é analfabeto funcional	2
Total	4
Pontuação máxima: 4	
Critérios biológicos e sistêmicos	Escore
Diabetes Descompensado	3
Imunossuprimidos	3
Pessoa com deficiências que inviabilizem o autocuidado bucal	3
Paciente acamado	2
Total	11
Pontuação máxima: 11	
Fatores de risco para patologias bucais	Escore
Usuário sem acesso à água fluoretada ou ao dentifrício fluoretado	2
Usuário não tem hábito de escovar os dentes diariamente	3
Consumo frequente de sacarose	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	2
Total	10
Pontuação máxima:10	
Fatores de risco para crianças de 0 a 5 anos	Escore
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3
A criança apresenta dentes hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2
Total	14
Condições odontológicas	Escore
Presença de placa visível	1
O usuário apresenta lesão de cárie ativa	3
Presença de sangramento gengival	2
Presença de mobilidade de dente permanente	3
Presença de ferida na boca há mais de 15 dias	4
Total	13
Pontuação máxima: 13	
Pontuação total geral: 52	

A fim de alinhar todas as informações descritas na Linha Guia e construir pactuações com a gestão regional, foram organizadas reuniões nas sete regiões de saúde do DF. Num primeiro momento, realizaram-se junto às Diretorias de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), levantamentos dos recursos físicos e humanos, esclareceram-se possíveis movimentações de profissionais, efetivou-se cadastramento das equipes no CNES e mapeou-se a necessidade de ampliação das unidades de acordo com o quantitativo populacional, o número de equipes e a vulnerabilidade

social. Após, houve a apresentação do conteúdo da Linha Guia para os Gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde, na qual foram ressaltadas as competências de tal cargo frente à atuação da eSB junto à ESF, além das competências específicas dos Cirurgiões-dentistas e técnicos de saúde bucal. No terceiro momento, a apresentação foi realizada para as eSBs, com foco nos conceitos de efetividade das ações, resolutividade das urgências em saúde bucal, priorização da demanda com justiça equânime e responsabilização ética no aspecto profissional. A exposição ocorreu

de forma dialogada, para propiciar os devidos esclarecimentos e alinhar os processos de trabalho segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

A Linha Guia também versou sobre a Saúde Bucal na Atenção Domiciliar, na Atenção à População em Situação de Rua, na Atenção à Pessoa em Cumprimento de Medida Socioeducativa e na Atenção no Sistema Prisional. Inovou ao incentivar o desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal como forma complementar à assistência já ofertada. Coordenou o sistema de apoio diagnóstico e estabeleceu indicadores, metas, pactuações e parâmetros para o planejamento, a programação e a avaliação das ações em saúde bucal e conhecimento do perfil dos usuários do território.

O decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, estabeleceu organicamente o nível secundário de atenção no sistema de saúde do DF. Elaboraram-se então os protocolos de acesso regulado à atenção ambulatorial especializada e às ações de alta complexidade, executadas em Centro Cirúrgico, obtendo-se organização clara da demanda e transparência para os controles interno, externo e social. A partir de um diagnóstico inicial dos recursos humanos disponíveis na atenção especializada, estabeleceram-se formas evidentes de diferenciação entre ações secundárias e terciárias, com protocolos objetivos de especialidades.

Determinou-se a destinação específica da carga horária de cada profissional a um nível de atenção. Pretendeu-se reorganizar o cenário presente, efetivando a atuação dos CDs da atenção secundária nos Centros de Especialidades Odontológicas, seguindo os parâmetros e as metas ofertados pela Ministério da Saúde e, desta forma, garantir a habilitação e o financiamento de custeio. Ademais, inseriu-se a figura do Cirurgião-dentista nas Linhas de Cuidado do Idoso, da Criança, da Gestante e das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O acesso ao tratamento ambulatorial especializado se dá por meio do complexo regulador, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, além da classificação de risco desenvolvida.

No âmbito hospitalar, as unidades de odontologia ficaram responsáveis pelas ações de assistência à beira do leito nas enfermarias e nas unidades de terapias intensivas, internações, emissão de pareceres e procedimentos de alta complexidade, como atendimento à pessoa com deficiência, ao trauma e às deformidades faciais em Centro Cirúrgico. Os hospitais que ofereciam o Pronto Atendimento odontológico, passaram

a contar com escala específica de profissionais, com carga horária voltada exclusivamente para a função, evitando o uso de recursos humanos de serviços ambulatoriais, fator constante de desequilíbrio.

A Lei Distrital nº 5.744, de 09 de dezembro de 2016, estabeleceu a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia na UTI e demais instituições públicas e privadas que mantenham pacientes sob regime de internação, em médios e grandes hospitais do DF. O sistema de saúde do DF passa então a contar com cirurgiões dentistas em todas as unidades de terapia intensiva da capital, extrapolando os resultados obtidos no Hospital Regional de Ceilândia para todas as outras unidades.

Para que se melhorasse a cadeia logística de distribuição de insumos, estabeleceram-se fluxos simples e concisos de solicitações, por meio de sistema eletrônico de controle e dispensação. As equipes de saúde bucal são responsáveis pelo controle do estoque da unidade, efetivando os pedidos aos farmacêuticos locais, que inserem o pedido no sistema. Os núcleos de logística farmacêutica regionais reúnem os pedidos de todas as UBSs da região e executam o pedido à farmácia central, que processa e estabelece a logística para distribuição dos pedidos em todo Distrito Federal (DF). A cadeia é semelhante na atenção especializada, alterando-se apenas os atores envolvidos regionalmente.

4. Estabelecer condições para vinculação de 1 ESB para 1 ESF;

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017)²⁰ estabelece que “independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra”.

Grande parte da estrutura física das Unidades básicas de Saúde datava das décadas de 1970 e 1980, não atendendo as crescentes necessidades de ações em saúde bucal. As eSBs demandam uma densidade tecnológica mínima para prestar a assistência, e a capacidade instalada na atenção primária chegou próxima ao seu limite com a nomeação de 91 novos cirurgiões dentistas em junho de 2018.

Como última entrega, o projeto previu o estabelecimento do diagnóstico situacional dos recursos físicos e humanos, com o desenvolvi-

mento de um plano que estabelecesse quais as necessidades reais, em termos de reformas, ampliações ou construções de novas unidades, para que se conseguisse estabelecer a proporção de 1 eSB para 1 eSF. Obteve-se então o diagnóstico situacional das condições físicas e de recursos humanos necessários ao objetivo traçado.

5. Outras Ações Executadas

Com a proposta de formação qualificada dos futuros profissionais da SESDF, foram criadas Residências Multiprofissionais, sob a responsabilidade da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF, que englobam, dentre diversos outros profissionais, Cirurgiões-dentistas. Tem-se então a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Saúde da Família, Atenção Oncológica e Terapia Intensiva.

Visando também a qualificação dos profissionais que já estão inseridos na RAS, no escopo da educação continuada, desenvolveram-se cursos para Cirurgiões-Dentistas, como os de Odontopediatria, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais e Distúrbios Temporomandibulares, por meio da Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS), e de Biossegurança para Técnicos de Higiene Bucal, por meio da Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB).

Planejou-se ainda dar início a outra importante ferramenta de gestão: o levantamento epidemiológico dos agravos em saúde bucal na população do DF (SBDF 2019). A ação fornecerá dados de prevalência, fundamentais para que se possam direcionar os recursos e esforços de formação da RAS de forma racional e eficiente.

O monitoramento para mensurar os efeitos das mudanças propostas é realizado por meio dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde (e-SUS, SIA - SUS e SIH), TABWIN e controle dos indicadores propostos pela Linha Guia (Percentual de atendimentos de demanda espontânea; Percentual de atendimentos de consulta agendada; Cobertura de primeira consulta odontológica programática; Percentual de enca-

minhamentos para serviço especializado; Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas e Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal).

Resultados

A reorganização das eSBs para atuarem em conjunto com as eSFs promoveu a mudança de paradigma no processo de trabalho, caracterizado pelo vínculo com comunidade e atuação multiprofissional. Entre 2017 e 2019, 95 eSBs foram vinculadas a eSFs e cadastradas no CNES. Na SESDF, as carreiras de CD e THD têm carga horária de 20 horas semanais. Contudo, para se adequar ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e visando à maximização do vínculo dos componentes da equipe à sua população adscrita, buscou-se a ampliação da carga horária semanal dos componentes da equipe para 40 horas. Nesse mesmo período, foram realizadas 125 nomeações para APS e concedidas 35 ampliações de carga horária para CDs na APS, além de movimentações de profissionais de 40h de outros níveis de atenção para a APS. Com tal ampliação de recursos humanos, a relação eSF x eSB, que em fevereiro de 2017 era 01 eSB:2,59 eSFs no DF, evoluiu para 01 eSB:2,1 eSFs em outubro de 2018 (Tabela 2).

Em fevereiro de 2017, o Fundo Nacional de Saúde (FSDF)²¹ registrou um repasse de custeio referente às equipes de saúde bucal de R\$ 210.735,00; em janeiro de 2019, o repasse era de R\$ 418.185,00. Como incentivo de implantação das novas equipes, o FSDF registrou um total de R\$ 707.000,00 no ano de 2018, ampliando as possibilidades de custeio dos programas de saúde bucal, levando-se em consideração ainda a contrapartida do ente federado.

A Linha Guia obteve aprovação pelo Colegiado de Gestão da SES/DF (órgão colegiado equivalente às CIBs estaduais), com a subsequente

Tabela 2. Distribuição do número de equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde – Distrito Federal – 2017-2018.

Equipes na Atenção Primária a Saúde	Fev/2017 (nº/cobertura*) ²¹	Fev/2019 (nº/cobertura**) ²¹
Equipes de Saúde Bucal	92 (10,66%)	187 (21,22%)
Equipes Saúde Bucal Equivalentes	140 (14,10%)	92 (10,16%)
Cobertura AB Consolidada Saúde Bucal	24,76%	31,66%

Fonte: eGESTOR AB e SESDF, 2018. *Cobertura com cálculo base da população (2.977.216) IBGE, 2016; ** Cobertura com cálculo base da população (3.039.444) IBGE, 2017.

publicação da Portaria SESDF nº 341, de 10 de maio de 2018. Assim, oficializaram-se os conceitos ali presentes, institucionalizando-a como Política Pública de Estado.

Discussão

A atenção à Saúde Bucal no Distrito Federal apresentou, nos últimos anos, inúmeros sinais indicativos de que a forma de organização dos serviços, o funcionamento e o modelo de gestão assistencial não foram capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população local. Em fevereiro de 2017, o Distrito Federal apresentava cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica de 24,83%, com apenas 10,66 % de cobertura por equipes de saúde bucal²². Oferecia-se abordagem assistencial de baixa resolutividade, em condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades e desconectada da atenção hospitalar.

Visando à ressignificação dos processos de saúde e conseqüente quebra de paradigma, foi proposto pela atual gestão o projeto Brasília Saudável²³. Trata-se de um conjunto de ações alinhadas e coordenadas pela SES/DF no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, articulando e otimizando os serviços e Urgência Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar.

O processo de reformulação da Política de Saúde Bucal no DF se deu de maneira similar ao ocorrido na formulação das Diretrizes Nacional de Saúde Bucal publicada em 2004, aproveitando as janelas de oportunidades abertas pela ênfase na atenção primária à saúde e na adoção do modelo da Estratégia Saúde da Família pelas Coordenações de Atenção à Saúde na SESDF, além da articulação de diversos profissionais no conjunto de uma perspectiva geral de saúde.

As Equipes de Saúde Bucal foram inseridas no contexto do Programa Saúde da Família em 2000, por meio da portaria Ministerial nº 1.444²⁴. Desde então, o modelo de atenção proposto vem sendo financiado pela União, com comprovada efetividade no manejo das condições de saúde da população. A saúde bucal no DF nunca havia se organizado sistematicamente na lógica da estratégia, e o aumento substancial no número de equipes implantadas (104%) contribuirá para a melhora nos índices epidemiológicos e no controle dos eventos agudos e das condições crônicas que envolvam patologias orais.

A OMS recomenda um investimento público em saúde de, no mínimo, 6% do Produto Interno Bruto (PIB) do país para que se possa alcançar o acesso universal à saúde. O gasto público em saúde do Brasil é de 3,8% do PIB²⁵. Neste contexto, é de se esperar que a ampliação dos recursos disponíveis para políticas públicas impactem nas ações necessárias à sua implantação. Com o dobro de recursos transferidos fundo a fundo (da União para o DF) com foco na saúde bucal, a contrapartida necessária do ente federado tende a diminuir, tornando a assistência mais robusta e efetiva, em que pese que o processo de execução orçamentária continua sendo um desafio para o gestor público.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde²⁶. No modelo das RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia. O sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal, sem ordem e grau de importância entre eles, apenas se diferenciando pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam¹⁶. Dessa forma, “será possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados e, instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS”²⁶. O delineamento dos fluxos assistenciais pela Linha Guia de Saúde Bucal e a estruturação dos protocolos de regulação permitirão a materialização dos princípios da integralidade e da continuidade do cuidado, tornando o movimento no usuário pelos pontos da rede mais fluido e eficaz.

Quanto à organização do acesso e do acolhimento na APS, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da Atenção Básica, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de saúde bucal²⁷. Para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e os gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde²⁷. O acolhimento integrado pretende reverter o isolamento das equipes de saúde bucal, construindo interfaces e promovendo diálogo constante entre

os componentes da estratégia saúde da família, atingindo a integralidade na oferta de qualquer serviço da UBS.

Considerações finais

A transição demográfica e epidemiológica da população do DF também está presente nos agravos em saúde bucal. Os eventos agudos convivem com as condições crônicas, com doenças características de países de renda baixa (cárie e doença periodontal, além das sequelas desses agravos) convivendo com doenças relacionadas ao stress ou a outras doenças crônicas não transmissíveis (como os Distúrbios Temporomandibulares, a sensibilidade dentinária e o desgaste dental).

É imprescindível que o modelo de assistência da saúde bucal prestado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal contorne os obstáculos de suas limitações e efetive soluções, além de continuar a investir na estruturação e na implantação

de uma rede de serviços de saúde bucal orientada não somente pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da equidade, mas também e principalmente caracterizado pela resolutividade das ações realizadas.

A conversão do sistema de atenção à saúde bucal para o modelo de redes de atenção à saúde causará impactos irreversíveis na forma como o serviço é prestado na assistência em todos os níveis de atenção. Até o final de 2018, a meta é de 35% de adesão da APS aos instrumentos propostos, atingindo 80% em 2019 e 100% no segundo quadrimestre de 2020. Na atenção especializada, 100% do acesso deve estar regulado até o final de 2019. Espera-se que, com territórios definidos, macrorregiões integradas apresentando capacidade de comunicação, ênfase nas ações de promoção e prevenção, assistência reabilitadora baseada nos instrumentos de classificação e estratificação de risco, obtenha-se um sistema justo e efetivo para o usuário que busca solução para suas condições de saúde.

Colaboradores

MB Basso coordenou o projeto, o planejamento e a execução das ações aqui colocadas; NB Nunes executou a revisão de literatura e estruturou o corpo do artigo; LBC Corrêa, CN Vieira e JLPS Vilarinho executaram a pesquisa no campo da atenção especializada e GA Pucca Júnior foi o expert consultado em acerca do conteúdo de todo o projeto.

Referências

- Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N Esp):141-147.
- Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):243-246.
- Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório final da 1ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 10 a 12/10/1986. Brasília; DF; 1986.
- Brasil. *Conferencia Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 25 a 27/9/1993. Brasília; DF; 1994.
- Pucca GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res* 2015; 94(10):1333-1337.
- Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1538-1544.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
- Morais TM, Silva A. *Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.; 2015.
- Brasil. 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). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
- Varellis MLZ. *Odontologia hospitalar*. São Paulo: Quintessence Editora; 2018.
- Brasil. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 24 fev.
- Gottens LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1409-1419.
- Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Distrito Federal (DF). Secretaria de Estado de Saúde (SES). *Política Distrital de Saúde Bucal*. Brasília: SES; 2005.
- Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); 2015.
- Distrito Federal (DF). Secretaria de Estado de Saúde (SES). *Relatório Análise dos Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde*. Brasília: SES; 2017.
- Distrito Federal (DF). *Plano Diretor de Regionalização*. Brasília: DF; 1998.
- Osterwalder A, Pigneur Y. *Business Model Generation*. Rio de Janeiro: Alta Books; 2010.
- Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Histórico de Cobertura Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Fundo Nacional de Saúde. Relatório*. Brasília: MS; 2019. [acessado 2019 Mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relPagamentoAB.xhtml>
- Distrito Federal (DF). *Projeto Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF, SES/DF, documento de referência*. Brasília: DF; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização na atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
- Massuda A, Rasella DE, Hone T, Tasca R. Cenários do Financiamento Público em Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.

Artigo apresentado em 15/06/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 27/03/2019

