

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Mara Andressa Ferreira de Jesus

Análise de dados de logística e governança da Rede de Atenção em
Saúde Bucal do município de Porto Alegre/RS

Porto Alegre
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Mara Andressa Ferreira de Jesus

Análise de dados de logística e governança da Rede de Atenção em Saúde Bucal do município de Porto Alegre/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista Residente.

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre
2020

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como parte de suas diretrizes a descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. Para que os serviços de saúde sejam prestados de forma integral, resolutiva e adequada às demandas da população, é importante a organização do sistema em redes de serviços integradas e regionalizadas, garantindo o acesso da população a todos os níveis de atenção (MELLO et al., 2014). A estruturação de uma rede de atenção específica para a saúde bucal auxilia na longitudinalidade e integralidade aos tratamentos dos usuários. Este estudo identifica e analisa as dimensões logística e governança da Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB) do município de Porto Alegre, através de uma análise de dados quantitativos provenientes de uma pesquisa descritiva em que se avalia o estágio da rede no município no ano de 2018. A pesquisa, para compreender a RASB, aplica um questionário estruturado, instrumento de diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014). Os resultados desta pesquisa mostram que há diferentes níveis de desenvolvimento referentes aos domínios analisados na RASB de Porto Alegre. Os apontamentos evidenciam problemas, em que fica claro alguns pontos de melhoria e desafios a serem superados para qualificar a RASB e assim prover espaços e pontos na RASB para o cuidado de saúde bucal, com atenção com sua integralidade, longitudinalidade e com a devida participação de seus principais atores.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde bucal. Rede de atenção em saúde bucal. Sistemas logísticos. Governança. Gestão em saúde. Sistema único de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) has as part of its guidelines the decentralization and regionalization of health actions and services. In order for health services to be provided in a comprehensive, resolute and appropriate manner to the demands of the population, it is important to organize the system into integrated and regionalized service networks, guaranteeing the population's access to all levels of care (MELLO et al. , 2014). The structuring of a specific care network for dental health helps in longitudinality and comprehensiveness to users' treatments. This study identifies and analyzes the logistical and governance dimensions of the Dental Care Network (RASB) in the city of Porto Alegre, through an analysis of quantitative data from a descriptive research that evaluates the stage of the network in the city in the year 2018. The survey, to understand RASB, applies a structured questionnaire, a diagnostic tool for the Development Stage of the Oral Health Care Network (LEAL, 2014). The results of this research show that there are different levels of development regarding the domains analyzed in the RASB of Porto Alegre. As pointed in this research, Porto Alegre's RASB shows problems, in which it is clear some points of improvement and challenges to be overcome to qualify the RASB and thus provide spaces and points in the RASB for dental health care, with attention to its integrality, longitudinality and with the due participation of its main actors.

Keywords: Primary health care. Oral health. Oral health care network. Logistic systems. Governance. Health management. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica
CEN: Gerência Distrital Centro
CEO: Centros de Especialidades Odontológicas
CNS: Cartão Nacional de Saúde
DS: Distritos Sanitário
EAB: Equipe de Atenção Básica
ESF: Equipes de Saúde da Família
ESF: Estratégia de Saúde da Família
GCC: Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal
GD: Gerências Distritais
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMESF: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
LENO: Gerência Distrital Leste/Nordeste
NEB: Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar
NHNI: Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas
PACS: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PLP: Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro
PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal
Procempa: Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre
PPI: Programação Pactuada e Integrada
RAS: Redes de Atenção à Saúde
RASB: Rede de Atenção à Saúde Bucal
RES: Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul
RS: Rio Grande do Sul
SCS: Gerência Distrital Sul/Centro-Sul
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
STF: Supremo Tribunal Federal
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

US: Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivos	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 Rede de Atenção em Saúde	4
2.2. Governança nas Redes de Atenção em Saúde	4
2.3 Logística nas Redes de Atenção em Saúde	11
2.4 RASB de Porto Alegre	12
2.4.1 Gerência Distrital Centro - CEN	15
2.4.2 Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas - NHNI	15
2.4.3 Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar - NEB	16
2.4.4 Gerência Distrital Leste/Nordeste - LENO	16
2.4.5 Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal - GCC	16
2.4.6 Gerência Distrital Sul/Centro-Sul - SCS	17
2.4.7 Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro - PLP	17
2.4.8 Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul - RES	17
3 METODOLOGIA	19
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
EPÍLOGO	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de movimentos sociais e lutas que surgiram no Brasil, desde os anos 1970. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica Federal 8080 implementaram o sistema no país, o qual tem como base: universalidade do atendimento, equidade das ações, descentralização dos serviços e participação social como forma de controle (GOUVEIA e PALMA, 1999).

Desta forma, o SUS tem como parte de suas diretrizes a descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. As dificuldades desencadeadas pelo processo de descentralização gerou uma fragmentação na operação, atenção e gestão. Para os municípios prestarem cuidado à saúde de forma integral, resolutiva e capaz de atender de forma adequada às demandas da população, surge a necessidade de reorganização do sistema em redes de serviços integradas e regionalizadas, garantindo o acesso da população a todos os níveis de atenção. (MELLO et al., 2014)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram implementadas no Brasil como uma forma de superar este sistema fragmentado de saúde que existia anteriormente no país. O sistema anterior não respondia com eficiência, efetividade e qualidade o cenário de envelhecimento da população que ocorreu nos últimos anos que é diretamente proporcional ao crescimento do número de pessoas acometidas com doenças crônicas, ao mesmo tempo também em que o país ainda não superou as doenças infecciosas, as doenças agudas e suas consequências. Um sistema fragmentado gera despesas econômicas maiores para o setor da saúde e não trabalha com a promoção e prevenção de saúde e muito menos com a longitudinalidade da atenção à saúde. (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

As RAS diferentemente do sistema fragmentado que possuem pontos incomunicáveis incapazes de prestar serviços de continuidade da atenção, são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade e continuidade da assistência à saúde, o qual será coordenada e tendo como uma das principais porta de entrada a Atenção Básica (AB) (MENDES, 2010; BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

Estas redes são organizadas de forma poliárquica e se relacionam horizontalmente, ou seja, sem hierarquias entre os seus componentes. Desta maneira as RAS conseguem oportunizar aos usuários do SUS uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de saúde, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2010). Em relação ao sistema de apoio logístico, podemos descrevê-los como soluções tecnológicas que ligam e organizam os pontos de atenção através de fluxo e contrafluxos de informações permitindo a referência e contrarreferência dos usuários (MENDES, 2010).

Não existe uma unanimidade na definição de governança, porém uma de suas definições é que ela é um processo de ação coletiva que determina a conduta da sociedade, organizando atores e normas sociais. Este sistema permite a gestão da RAS (HUFTY, BÁSCOLO e BAZZANI, 2006; MENDES, 2010; MEDEIROS e GERHARDT, 2015). O sistema de governança são as comissões intergestoras de cada ente federativo que são responsáveis por realizar planejamentos, criando objetivos e metas que devem ser alcançados no curto, médio e longo prazos, também é responsável por monitorar e avaliar estes objetivos e metas. Desta forma, consegue melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010). Em avaliação feita da RAS em pequenos municípios, no âmbito de abordagem da governança e estratégia, observou-se a presença de um sistema de governança da rede ainda fragmentado (MEDEIROS e GERHARDT, 2015). Em municípios maiores, como Porto Alegre, pode ser de interesse verificar se tal observação segue válida.

No setor de saúde bucal a estruturação de uma rede de atenção específica possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal ofertando longitudinalidade e integralidade aos tratamentos dos usuários. Desta maneira, uma Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) mostra-se como uma solução para a gestão e o processo de trabalho (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MELLO et al, 2014).

Ocorreu uma reestruturação das ações de AB para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual foi alicerçada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde

Bucal (PNSB) publicada em 2004. Também foi fundada a partir da PNSB a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como serviços de referência para a atenção de média complexidade (PIRES e BOTAZZO, 2015).

Por consequência, a PNSB tem como maior intuito reorientar o modelo de atenção em saúde bucal, assumindo a responsabilidade de qualificação da AB com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades dos usuários (SCHERER; SCHERER, 2015).

Neste contexto, este estudo busca conhecer a situação de logística e governança da RASB do município de Porto Alegre, através de uma análise de dados quantitativos provenientes de uma pesquisa descritiva.

1.1 Objetivos

Avaliar o estágio de desenvolvimento da RASB no município de Porto Alegre no ano de 2018, identificando e analisando as dimensões logística e governança na RAS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Rede de Atenção em Saúde

A RAS é constituída por três elementos: população, estrutura operacional e o modelo de atenção. A atenção primária à saúde, pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança são componentes da estrutura operacional desta rede. Sendo considerados nós da RAS todos os pontos de atenção à saúde e o sistema de apoio. Enquanto o sistema logístico é a forma que se dá a comunicação entre esses nós, por outro lado o sistema de governança é o componente que governa a relação que governa os demais elementos da estrutura operacional da rede. (MENDES, 2010)

Esta estrutura da RAS permite que seja ofertada uma atenção de saúde contínua e integral a uma população adscrita, com responsabilidades sanitárias e econômicas, que tem como intuito melhorar a qualidade de atenção, a qualidade de vida desta população e os resultados sanitários. (MENDES, 2011)

2.2. Governança nas Redes de Atenção em Saúde

O gerenciamento e a integração funcional dos nós da rede e o sistema de logístico é de responsabilidade do sistema de governança da RAS, o qual permite gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação aumentando a interdependência entre eles e obtendo desta forma bons resultados sanitários econômicos para a população adscrita. Além disso, este sistema é responsável por criar metas de curto, médio e longo prazos; pela integração funcional de estratégias de gestão; financiamento e informação; por articular as políticas institucionais para o cumprimento de objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da

organização. Para que se desfrute de um sistema de governança eficiente é imprescindível: responsabilidade pela governança das RAS, responsabilidade com a população e coordenação entre todas as instituições que compõem a RAS, desta maneira possa assegurar que os objetivos estratégicos sejam efetivos e eficientes.. (HOFFMANN, et al., 2012)

Um Sistema de governança bom e eficaz auxilia na construção da Humanização da Saúde promovendo mecanismo facilitadores de encontro entre diversos atores sociais para pactuação de metas e responsabilidades compartilhadas, troca de saberes, pois cada ponto de atenção à saúde possui seu interesse e algumas vezes conflitante com o interesse de outro ponto. Além disso, este sistema de governança fortalece o controle social do SUS, reorganiza o processo de trabalho e quebra barreiras de distanciamento entre governantes, profissionais de saúde, colaboradores e usuários (GRANJA E ZOBOLI, 2012)

2.3 Logística nas Redes de Atenção em Saúde

O sistema logístico é o sistema que de forma vertical integra a rede com o objetivo de se obter uma atenção à saúde coordenada e com cuidados contínuos, para que isto ocorra ela permite a organização racional dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da atenção primária à saúde, dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio da RAS, por meio de tecnologias de informação. Existem quatro componentes deste sistema: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, o sistema de acesso regulado à atenção e o sistema de transporte em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010 ; MENDES, 2011).

O cartão de identificação dos usuários é o instrumento que destina um número de identidade único a cada cidadão que utiliza o sistema de atenção à saúde. Este cartão possui a capacidade de armazenamento de informações, permitindo a identificação inequívoca de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das RAS. No SUS, foi criado o Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cartão SUS que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no SUS à pessoa usuária, ao profissional que os realizou e à unidade de saúde onde foram realizados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

O prontuário clínico é definido como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002)

Vista disto, os prontuários são fundamentais para a administração da RAS uma vez que deles derivam fluxos importantes para alimentar o sistema de informação em saúde, bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, a telemedicina, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

O sistema de acesso regulado à atenção à saúde tem como objetivo organizar o acesso de forma equitativa, com foco no usuário, de forma transparente e com segurança. Este é composto por estruturas operacionais que fazem a mediação entre a necessidade da demanda e a oferta disponível nos serviços da RAS, desta maneira o acesso é dado conforme graus de riscos e normas definidas em protocolos e fluxos assistenciais. O sistema de acesso inclusive gera sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (MENDES,2011).

Já o sistema de transporte garante o fluxo e o contrafluxo de transporte de usuários com incapacidade física ou econômica de se deslocarem por seus próprios meios até um ponto de atenção à saúde, ademais, garante o transporte adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde até a unidade de destinação final e das equipes de saúde para atenção programada em ambientes externos à unidade de saúde como escolas, creches, asilos, domicílios entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010; MENDES, 2011).

2.4 RASB de Porto Alegre

A última pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurou que o município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, possui uma área de 495.390 km². A sua maior concentração de população fica na região urbana, sendo o décimo município mais populoso do Brasil abrigando em

seu território 1.409.351 habitantes (IBGE, 2017; SANTOS; MASSUQUETTI; MICHELS, 2020).

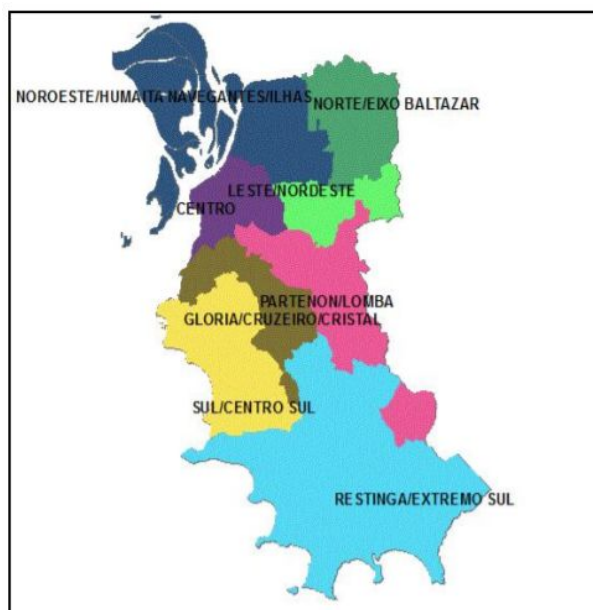
Nos dados mais atualizados (2010) sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Porto Alegre encontra-se na faixa denominada muito alto desenvolvimento humano, com o IDHM de 0,805 colocando ela em vigésimo terceiro lugar entre as cidades brasileiras (ATLAS BRASIL, 2020). Este indicador permite compreender as principais necessidades da população e seu bem-estar, tendo como objetivo de se avaliar e construir políticas sociais para melhorar a qualidade de vida da população em cada área analisada (SANTOS; MASSUQUETTI; MICHELS, 2020).

O território de Porto Alegre integra a 10ª Região de Saúde, a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde e é responsável pela gestão de todos os serviços de saúde SUS sob o seu território, sejam eles próprios ou de prestadores públicos ou privados (PORTO ALEGRE, 2018).

Em relação à estrutura de serviços prestados pelo SUS neste município, existem 17 Distritos Sanitário (DS), os quais formam as Gerências Distritais (GD) que são estruturas administrativas e gestoras regionais e espaços de discussão e prática onde são propostas as estratégias para a atenção à saúde na esfera pública. Porto Alegre está distribuída em oito regiões de saúde que são compostas por Unidades de Saúde (US), Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutos.

As GD da capital gaúcha, distribuídas nas oito regiões de saúde do município, são: 1) Centro, 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 3) Norte/Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga/Extremo-Sul. Conforme Figura 1:

Figura 1: territórios de abrangência das GDs em Porto Alegre



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Porto Alegre, 2015.

De acordo com relatório de Gestão do terceiro quadrimestre de 2018, Porto Alegre atua na AB com 140 US e destas 111 Unidades atuam com Saúde Bucal. No total são 172 Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB) que fazem o atendimento odontológico da população. Porto Alegre também conta com 6 CEO e 7 Serviços de Apoio Diagnóstico em Saúde Bucal, e dois locais com pronto atendimento odontológico localizados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar e no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). No ano de 2018 foram realizadas na AB por cirurgião-dentista um total de 196.692 consultas.

Conforme já mencionado, atualmente, o município de Porto Alegre conta com seis CEO. Desses, quatro são próprios (CEO Santa Marta, CEO Bom Jesus, CEO Vila dos Comerciantes-GCC e CEO IAPI) e 2 conveniados (CEO UFRGS e CEO GHC), atuando de maneira regionalizada. Os CEO disponibilizam à população tratamento endodôntico, periodontal, cirúrgicos, atendimento a pessoas com necessidades especiais e diagnóstico e tratamento de lesões bucais. Para serem atendidos nos CEO, os usuários precisam passar inicialmente por um tratamento na rede básica de saúde do município, que fará o encaminhamento para esses serviços, caso haja necessidade (PORTO ALEGRE, 2014).

No ano de 2018, o CEO UFRGS realizou um total de 2913 procedimentos, o CEO IAPI um total de 2129 procedimentos, o CEO Bom Jesus um total de 2946

procedimentos, o CEO GCC um total de 3447 procedimentos e o CEO Santa Marta um total 1510 de procedimentos. Deste total de procedimentos realizados em cada CEO incluem procedimentos básicos, periodontais, endodônticos e cirúrgicos conforme a Tabela 1, retirada do Relatório de Gestão de 2018 do Município de Porto Alegre.

Tabela 1: dados referentes aos procedimentos dos CEOs em Porto Alegre

Meta mensal	Quadrimestre											
	3º				2º				1º			
	Nº de Procedimentos Básicos	Nº de Procedimentos Periodontais	Nº de Procedimentos Endodônticos	Nº de Procedimentos Cirúrgicos	Nº de Procedimentos Básicos	Nº de Procedimentos Periodontais	Nº de Procedimentos Endodônticos	Nº de Procedimentos Cirúrgicos	Nº de Procedimentos Básicos	Nº de Procedimentos Periodontais	Nº de Procedimentos Endodônticos	Nº de Procedimentos Cirúrgicos
	110	90	60	90	110	90	60	90	110	90	60	90
CEO UFRGS	521	453	159	173	486	255	126	169	229	196	42	104
CEO IAPI	197	262	73	140	132	252	34	70	215	516	67	171
CEO Bom Jesus	225	313	88	171	448	336	142	291	389	347	114	82
CEO GCC	484	708	153	212	420	390	129	188	255	314	61	133
CEO Santa Marta	286	256	138	48	180	189	89	24	61	203	21	15
Total	1.713	1.992	611	744	1.666	1.422	520	742	1.149	1.576	305	505

Fonte: Relatório de Gestão de 2018 (PORTO ALEGRE, 2018)

Porto Alegre possui uma gestão de saúde bucal que é realizada de forma colegiada entre a área técnica de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde, os oito cirurgiões-dentistas representante das oito GD, um representante dos auxiliares e técnicos de saúde bucal, um representante do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospital Conceição e um representante dos CEO do município (PORTO ALEGRE, 2017).

2.4.1 Gerência Distrital Centro - CEN

Esta GD possui 3 US e seu distrito possui 18 bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont'serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 292.196 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 10,3 %. Existem 2 US com Saúde Bucal nos quais trabalham 7 eSF e 2 eAB.

2.4.2 Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas - NHNI

Esta GD é composta por 14 US distribuídas em 4 distritos. O Distrito Noroeste é composto pelos bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião e Vila Ipiranga. Os Distritos Humaitá e Navegantes são compostos pelos bairros: Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo. O Distrito das Ilhas é composto apenas pelo bairro Arquipélago (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 193.045 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 49,3%. Existem 14 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 18 eSF e 11 eAB.

2.4.3 Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar - NEB

Esta GD é composta por 26 US distribuídas em 2 distritos. O Distrito Norte é composto apenas pelo bairro Sarandi. O Distrito Eixo Baltazar é composto pelos bairros: Passo das Pedras e Rubem Berta (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 200.546 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 46,4%. Existem 18 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 20 eSF e 8 eAB.

2.4.4 Gerência Distrital Leste/Nordeste - LENO

Esta GD é composta por 23 US distribuídas em 2 distritos. O Distrito Leste é composto pelos bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. O Distrito Nordeste é composto pelo bairro Mário Quintana (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 159.175 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 57,1%. Existem 20 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 22 eSF e 5 eAB.

2.4.5 Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal - GCC

Esta GD é composta por 24 US distribuídas em 3 distritos. O Distrito Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória, o Distrito Cruzeiro pelos

bairros Medianeira e Santa Tereza e o Distrito Cristal pelo bairro Cristal (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 157.651 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 34,2%. Existem 11 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 13 eSF e 3 eAB.

2.4.6 Gerência Distrital Sul/Centro-Sul - SCS

Esta GD é composta por 18 US distribuídas em 2 distritos. O Distrito Sul é composto pelos bairros: Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Jardim Isabel, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição e o Distrito Centro Sul é composto pelos bairros: Camaquã, Campo Novo, Cavahada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 201.074 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 33%. Existem 15 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 14 eSF e 7 eAB.

2.4.7 Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro - PLP

Esta GD é composta por 21 US distribuídas em 2 distritos. O Distrito Partenon é composto pelos bairros: Coronel Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa e o Distrito Lomba do Pinheiro é composto pelos bairros: Agronomia e Lomba do Pinheiro (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 182.427 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 47,4%. Existem 20 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 19 eSF e 7 eAB.

2.4.8 Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul - RES

Esta GD é composta por 12 US distribuídas em 2 distritos. O Distrito Restinga é composto apenas pelo bairro Restinga e o Distrito Extremo Sul é composto pelos bairros: Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami e Ponta Grossa (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesta Gerência a população é de 98.827 habitantes, o que representa uma cobertura populacional de 54,9%. Existem 10 US com Saúde Bucal, nos quais trabalham 14 eSF e 2 eAB.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo com análises descritivas sobre duas dimensões de uma rede de atenção em saúde: governança e logística. Em 2018 foram entrevistadas as oito cirurgiãs-dentistas que atuavam como dentistas distritais (coordenadoras de saúde bucal responsáveis pelas GD do município de Porto Alegre/RS). Foram utilizados documentos públicos — como o Relatório de Gestão de Porto Alegre de 2018 e dados disponibilizados pelo site ObservaPOA — sobre a RAS do município de Porto Alegre para descrição da rede.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014) que é composto por sete blocos de perguntas totalizando 107 questões (Anexo A). Para análise deste estudo utilizaremos dois deste blocos:

- Domínio: Os Sistemas Logísticos;
- Domínio: O Sistema de Governança da Rede.

A relevância desse instrumento se dá pela necessidade de se conhecer as respostas dadas pelos serviços às condições agudas e crônicas, apontando as estratégias para a organização do cuidado sob a responsabilidade de um serviço em rede.

As questões do questionário estruturado de pesquisa foram organizadas para serem respondidas de maneira objetiva e em escala likert de 1 a 5 para cada questão analisada, sendo: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = não discordo/nem concordo; 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente; Os entrevistados poderiam preencher com as opções 6 (não sei informar) e 7 (não se aplica) que para fins de escore pontuando zero. (SHI et al., 2001).

O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão. Para a análise dos dados coletados foi utilizada uma escala do tipo Likert, que tem o objetivo de verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto (MIRANDA et al., 2009).

A avaliação advém do conjunto de escores de cada sub-dimensão, gerando um escore global que caracteriza o Estágio de Desenvolvimento da RASB. Para

obter o escore global do Estágio de Desenvolvimento da RASB será calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão (LEAL, 2014).

Deste modo, a análise não é estatística, mas sim descritiva e interpretativa a partir dos resultados obtidos. Como método, decidiu-se por realizar a soma dos números de cada quesito em cada dimensão de cada respondente e calcular a média. Para cada grupo (Gerência do Distrito de saúde) esta média foi comparada ao número que seria obtido se todas as respostas apresentassem o escore máximo, ou seja, a sub-dimensão completamente implementada

Para se avaliar cada domínio foi gerado um escore global, o qual foi obtido por meio da média dos valores dos itens que compõem o domínio que está sendo avaliado (LEAL, 2014).

As cirurgiões-dentistas entrevistadas para o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Anexo B), e a elas foi garantido o anonimato, assim como as equipes à qual pertenciam.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO E ENSINO NA SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq n° 01/2016 (termo de concessão n° 42430/2016-3), que foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia/ UFRGS, no Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS e no Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Plataforma Brasil sobre o número do CAAE 797782217.8.0000.5347 com parecer número 29626.

4 RESULTADOS

Para essa pesquisa é importante ressaltar o perfil dos entrevistados. Conforme já mencionado, o questionário foi aplicado em oito cirurgiões-dentistas nas gerências distritais do município de Porto Alegre. Todos os dentistas entrevistados foram do sexo feminino com vínculo ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Esta pesquisa foi realizada ao decorrer do ano de 2018, na qual os trabalhadores tinham menos de 1 ano até 15 anos trabalhando nas unidades básicas da cidade.

Dos entrevistados, 4 possuem especialização na área, o que pode possibilitar uma visão mais qualificada para identificar os pontos questionados referentes a ambos os Sistemas. Ademais, dois dos entrevistados possuíam mestrado em andamento. Os outros entrevistados, não possuíam nenhuma pós graduação.

A partir dos dados coletados é possível identificar um panorama geral sobre a Governança e Logística em saúde bucal no município de Porto Alegre, de acordo com as GD da cidade.

Tabela 2: escore somado em cada GD

Domínio	CEN	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
Sistemas Logísticos	27	19	36	26	28	27	34	28
Sistema de Governança da Rede	29	13	14	26	38	25	20	36

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

De posse dos valores da tabela acima é possível calcular a porcentagem referente ao valor máximo absoluto possível em relação ao somatório da pontuação das perguntas realizadas na entrevista. Estes valores são: 54 pontos de escore para as questões referentes aos Sistemas Logísticos e 45 pontos de escore para o Sistema de Governança da Rede.

Desta forma, é possível visualizar quais GD obtiveram valores mais próximos dos ideais e quais estão mais distantes de um valor adequado.

Tabela 3: porcentagem referente ao valor máximo de escore em cada domínio

Domínio	CEN	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
Sistemas Logísticos	50,0%	35,1%	66,6%	48,1%	51,8%	50,0%	62,9%	51,8%
Sistema de Governança	64,4%	28,9%	31,1%	57,8%	84,4%	55,6%	44,4%	80,0%

da Rede								
Média %	57,2%	32,0%	48,8%	52,9%	68,1%	52,8%	53,6%	65,9%

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

Verificando a GD NHNI, nota-se que foi a com escores mais baixos em ambos os sistemas. Já a GCC, considerando uma média aritmética, apresentou escore mais alto.

Em algumas das perguntas realizadas aos entrevistados é possível detectar pontos em comum entre as GD. Por exemplo, 100% das gerências discordam totalmente que “O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde bucal, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, de assistência”. Por outro lado, 75% concorda totalmente que “há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), com base em procedimentos pré-estabelecidos”.

Na tabela abaixo é possível visualizar todas as perguntas com todos os escores obtidos a partir das respostas dos entrevistados. Esses são os valores absolutos dos quais os resultados acima foram extraídos. Importante lembrar que para as respostas 6 (não sei informar) e 7 (não se aplica), o valor 0 é considerado no somatório dos escores.

Tabela 4: resultado completo da pesquisa no domínio dos Sistemas Logísticos

Domínio: OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	CEN	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
61. Há um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	4	1	2	5	5	1	5	5
62. Em relação ao prontuário clínico: inexistente 1; existente (em papel ou eletrônico) individual 2; existente (em papel) familiar 3; existente (eletrônico) familiar 4.	4	2	3	1	4	1	2	1
63. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos	4	1	5	2	1	4	4	1

sistemas de apoio da rede?								
64. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde bucal, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, de assistência?	1	1	1	1	1	1	1	1
65. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	5	5	5	4	5	5	5	5
66. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos a situações de saúde definidas?	1	6	1	5	3	3	5	4
67. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados ou de urgência/emergência 24 horas em odontologia?	4	5	1	1	5	5	4	4
68. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	1	1	4	1	1	1	1	1
69. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens?	1	1	4	1	1	4	1	4
70. Há um sistema de transporte sanitário que integra a APS com outros níveis de atenção com um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas?	1	1	5	4	1	1	4	1
71. O sistema tem um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados?	1	1	5	1	1	1	2	1

Fonte: coleta de dados da pesquisa

Tabela 4: Resultado completo da pesquisa no domínio dos Sistemas Logísticos

Domínio: O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	CEN	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
72. Existe um comitê gestor composto por representantes das secretarias municipais e estadual, da atenção primária, do CEO e da atenção hospitalar?	4	6	5	4	4	1	6	5
73. Há um sistema de gestão estratégica da rede que envolve planejamento, monitoramento e avaliação?	4	5	4	4	5	3	2	5
74. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários?	2	1	6	4	3	3	4	1
75. Existe um sistema de acreditação da rede de atenção à saúde bucal realizado por Instituição Externa vinculado à Organização Nacional de Acreditação (ONA)?	1	6	6	6	3	3	6	5
76. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SMS ou SES, com base em procedimentos pré-estabelecidos?	5	5	5	5	5	4	4	5
77. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	4	6	6	6	5	3	1	4
78. As gerências dos pontos de atenção à saúde (da APS, do CEO, da Unidade Odontológica Hospitalar) e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede?	4	1	6	4	5	4	4	4
79. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da rede de saúde bucal?	4	1	6	6	5	1	1	4
80. A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?	1	6	6	5	3	3	4	3

Fonte: coleta de dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

O principal problema do SUS no sistema de atenção à saúde é que este é fragmentado e voltado para condições e eventos agudos. Para superar tal problema, é preciso a substituição do sistema fragmentado pelas Redes de Atenção em Saúde (MENDES, 2011).

Um instrumento que pode auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas para a organização da saúde bucal é sua avaliação quanto ao estágio de desenvolvimento de uma RAS (LEAL, 2014).

Ao aplicar o Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014), foram coletados dados para esta avaliação e para entender o cenário em Porto Alegre. Ao analisar tais resultados, foi possível identificar pontos positivos, pontos de melhoria na rede e as diferenças entre os distritos do município quanto ao nível de desenvolvimento dos sistemas logísticos e governança, componentes da rede.

Analisando os resultados obtidos, identifica-se algumas situações nas GDs referentes ao domínio dos Sistemas Logísticos. Verificamos que na maioria das GDs existe um número único de cartão SUS para cada usuário, o qual é articulado entre as pessoas da família e o território. Isso é importante pois auxilia as equipes de saúde no reconhecimento das famílias adscritas no território, permite analisar o contexto histórico, sanitário, social e cultural e a identificação dos problemas e necessidades de saúde das famílias. Ao ampliar a possibilidade da equipe de saúde de conhecer e traçar perfis sanitários e epidemiológicos, abre-se também a possibilidade de projetos terapêuticos singulares para cada caso (centrado em usuários ou na comunidade), voltados para prevenção, promoção e reabilitação de saúde.

Em relação à existência ou inexistência de prontuário clínico, em papel ou eletrônico, as respostas são bastante diversas entre as GDs. Todavia, destaca-se o fato de que três das gerências não possuem nenhuma forma de prontuário clínico. Isso significa que se perdem informações do usuário e da família, como informações básicas de problemas de saúde prévios, comorbidades e outros. Isso prejudica no deslocamento do usuário entre os diversos pontos de atenção da RAS e também pode prejudicar a longitudinalidade no cuidado dos pacientes.

Verificou-se também nesta pesquisa que em todas as GD não existe um prontuário familiar eletrônico único para acessos aos outros pontos de atenção da RAS. O prontuário familiar é um instrumento que garante o registro de informações de forma ágil nas ações realizadas pela equipe de saúde, sendo um elemento muito importante para a atenção prestada à família, centralizando informações necessárias para a continuidade dos cuidados à saúde, em que possui dados pertinentes sobre o paciente e sua família. O uso de tal instrumento de trabalho, também representa um indicador de qualidade que pode ser usado para avaliar a educação permanente, auditoria e conflitos legais.

O processo de educação continuada das eSF deve ressaltar a importância da família no contexto da ESF, pois a avaliação da saúde familiar é um processo que inclui obter informações, analisá-las e identificar problemas e potencialidades das famílias para poder realizar ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde (PEREIRA et. al, 2007).

A falta de prontuário familiar pode prejudicar ações em saúde visto que a falta de informações afeta a continuidade dos cuidados e fere um dos requisitos importantes da ESF. Destaca-se a importância do prontuário familiar para melhorar a qualidade da assistência, sendo decisivo na escolha da estratégia a ser desenvolvida pela equipe de saúde para o cuidado.

Destaca-se também a possibilidade de prescrições de medicamentos de forma eletrônica em todas GD como um avanço na constituição da logística, pois há maior facilidade para emissão de prescrições aos usuários, o entendimento de medicamentos, evita interpretação equivocada do fornecedor dos medicamentos, além de permitir um melhor controle das receitas prescritas pelos profissionais da saúde.

Segundo pesquisa publicada em 2012, que avaliou o sistema de agendamento de consultas médicas especializadas via internet pela Central de Regulação do SUS, feita a partir de pesquisa bibliográfica de 17 publicações, obteve-se alguns resultados que elucidam a percepção dos atores envolvidos com o sistema de agendamento. Como resultado, 65% afirmam que o sistema de agendamento funciona; 45% dos usuários têm acessibilidade imediata ao sistema dependendo do tipo de consulta e 45% revelaram também que as principais falhas do programa instalado nesses ambientes está relacionada à falta de habilidade do operador em utilizá-lo. Além disso, a demora da marcação do atendimento online

pode agravar problemas de saúde dos usuários. Pacientes também reclamam que ao cadastrar suas consultas, não recebem um retorno imediato ou então às vezes os recebem de forma tardia (PINTO; CARNEIRO, 2012).

Sobre os resultados referentes ao agendamento em Porto Alegre, feito diretamente pela equipe de atenção primária à saúde bucal, sendo estes das intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada e/ou também de exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens, o escore é muito baixo. Em praticamente todas as GD, segundo as entrevistadas, este agendamento não ocorre desta forma. Hoje, o atendimento pelo SUS em Porto Alegre segue via internet pela Central de Regulação do SUS, através do sistema GERCON, desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (Procompa), para a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

De fato não é feito diretamente o agendamento das consultas, isso porque o agendamento passa por um sistema de regulação, que prioriza os casos mais graves e urgentes. O ponto de reclamação da população destacado na pesquisa feita por Pinto e Carneiro (2012), trazendo para a realidade de Porto Alegre, levam a crer que é possível um aprofundamento maior sobre o sistema de agendamentos como um todo, buscando processos que atendam à demanda da população por um atendimento menos demorado e mais acessível, mas que leve ainda em consideração a prioridade dos casos.

Um ponto importante a ser destacado nesta pesquisa é que apenas a GD NEB possui transporte para usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal com veículos adequados, e a maior parte das GDs não possui sistema de transporte que integra Atenção Primária de Saúde com outros níveis de atenção com veículos adequados e rotas pré-definidas.

O transporte sanitário apresenta importância dentro do Sistema Logístico por garantir o fluxo de usuários dentro da rede. Esse serviço integrado nas US de diferentes níveis de atenção à saúde é essencial para atender às necessidades dos usuários, possibilitando acesso aos pacientes incapacitados de utilizar tais serviços. Ou seja, segundo as respostas das entrevistadas existe uma barreira de fluxo e contrafluxo com o transporte dos usuários com incapacidade física e os que não possuem condição financeira para se deslocarem até outro ponto de atenção. Quanto ao déficit de transporte, um melhor gerenciamento do sistema de transportes talvez poderia de alguma forma melhorar o cenário apresentado.

Quanto ao Sistema de Governança da Rede, identifica-se uma maior heterogeneidade nas respostas dos entrevistados, o que significa uma divergência entre as gestões das GD.

Os municípios ainda exercem influência significativa na definição das políticas regionais e nacionais de saúde por meio de entidades empresariais representativas na estrutura de governança federal do SUS com comitês gestores internos bipartidários (entre Estado e Município) e comitês gestores internos tripartites (União, Estados e Municípios). Nestes casos, serão negociadas prioridades e recursos, e definidas estratégias de descentralização, bem como ferramentas de planejamento e gestão compartilhada (FLEURY, 2010).

Em pesquisa feita na Bahia em 2012, a conclusão foi que o comitê intergestor regional foi a principal estratégia de governança regional. Assim, apresentou-se como ferramenta básica para o fortalecimento da governança ao reunir os diversos atores responsáveis pela tomada de decisões territoriais em saúde e negociar a alocação de recursos e estabelecimentos na região. As mudanças em secretários de saúde, a baixa autonomia na execução da tomada de decisões, a qualificação técnica insuficiente para o desempenho das funções e a interferência de partidos políticos na tomada de decisões são fatores que dificultam os comitês regionais de atender às necessidades sociais. A comissão precisa incorporar dispositivos democráticos que permitam dialogar com instituições de ensino, adaptadas às necessidades sociais para formular políticas regionais (SANTOS, GIOVANELLA, 2014).

Assim, analisando a resposta dos entrevistados das GD de Porto Alegre, dos 6 que souberam responder o questionamento sobre um comitê gestor, apenas um informou que não há tal estratégia. Isso é algo positivo para o município, pois um comitê permite maior poder de articular políticas regionais de saúde, fortalecendo a governança. A atuação dos diversos atores de áreas diferentes como secretarias municipais e estadual, da atenção primária, do CEO e da atenção hospitalar auxilia na governança ao unir sujeitos responsáveis por tomadas de decisões em diferentes áreas. Um ponto de atenção está relacionado à troca de secretários de saúde, que no período de 2015 até 2019, quatro anos, houve três diferentes secretários, o que pode contribuir na obstrução da comissão intergestora regional a atender às demandas da sociedade.

Como pode ser observado, a maior parte das GD possui um sistema de gestão estratégica que envolve planejamento, monitoramento e avaliação. Isto é algo importante, pois:

[...] a institucionalização das ações de monitoramento e avaliação possuem objetivos intrinsecamente vinculados ao desafio de consolidação do SUS [...] contribuindo, assim, para a governabilidade do sistema de saúde (Carvalho et. al, 2012, pág 905).

necessidade urgente de que a discussão e, mais do que isto, a operacionalização dos processos que envolvem o monitoramento e a avaliação da gestão sejam valorizadas na agenda dos gestores do SUS (Carvalho et. al, 2012, pág 909).

A maior parte das GD não utiliza ferramentas de avaliação do serviço pelos usuários. Assim, o olhar para a gestão estratégica de saúde, pode estar enviesado. É muito importante que se tenha a avaliação de todos os atores envolvidos, incluindo comunidade, gestores e profissionais de saúde. Levar em consideração a perspectiva do usuário determina uma relação entre Estado e sociedade, em que coloca as ações de saúde a serem negociadas com quem conhece a realidade da saúde das comunidades, ou seja, seus usuários, representando assim, uma das formas mais avançadas de democracia (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013).

Considera-se fundamental para a governança de regiões de saúde não só estruturas públicas regionais potentes e estáveis, mas também uma governança mais flexível, com menos estruturas rígidas e com maior combinação entre instituições públicas e atores não governamentais, se unindo para resolver problemas em comum (PADILHA, 2018).

Em todas as GD há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SMS ou SES, com base em procedimentos pré-estabelecidos. No entanto, dos 5 entrevistados que souberam responder, 3 afirmam que concordam de certa forma que esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos. Esse alinhamento é importante para que a RASB atinja seus objetivos.

Uma das respostas preocupantes é relacionada aos incentivos financeiros. Dos 6 entrevistados que souberam responder a questão, 3 discordam totalmente que os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RASB. Os

incentivos financeiros, junto com outras ações, fortalecem a atenção à saúde bucal promovendo sua expansão, qualificação e visibilidade, constituindo fatores de estímulo para a concepção da RASB (MELLO, et. al, 2014). Por este motivo, é de suma importância que tais incentivos estejam em alinhamento com os objetivos da rede.

A articulação entre as unidades que compreendem o sistema de saúde, referência se dá pelo trânsito dos usuários em nível crescente de complexidade, por contra-referência, o nível decrescente de complexidade (WITT, 1992). A articulação entre os gestores municipais para pactuação das referências intermunicipais é realizada através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que busca definir e quantificar as ações de saúde para a população que reside em cada território.

Destaca-se a importância de um entendimento sobre a PPI que norteia a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros acordados entre os gestores. Também explicita os pactos de referência entre municípios e define a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada por outros municípios. Ao se unirem, os municípios de uma região, criam um sistema de serviços de saúde, sob a forma de uma RAS, com base na cooperação (MOREIRA, 2017).

A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, considerando as definições nos planos de saúde e a viabilidade técnica já expressada dos diversos municípios participantes. Dentre os diversos objetivos do processo de PPI temos alguns como a contribuição para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, a busca pela equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde e a orientação referente a alocação dos recursos financeiros (BRASIL, 2018).

Nos dados obtidos na pesquisa, em Porto Alegre, a partir da resposta dos entrevistados, temos em média um escore próximo de 3, definindo que o PPI não é usado no mecanismo gestão da rede. Isso significa que se tem um PPI, entretanto este não é solidificado. É de suma importância melhorar este ponto para melhor organização da RAS para que forneça-se aos usuários uma saúde integral e longitudinal, através do melhor acesso aos demais pontos de ação e equidade das ações e serviços à população.

Com os dados aqui apresentados é notável que há diferentes níveis de desenvolvimento referentes ao domínio dos Sistemas Logísticos e de Governança

na RASB de Porto Alegre. Isso pode ser justificado devido a pluralidade dos trabalhadores, territórios, usuários e regiões que compõem a RASB.

Os apontamentos aqui destacados evidenciam fragilidades na RASB, em que fica claro alguns pontos para melhoria. Primeiramente, é importante que no encaminhamento do usuário entre os pontos de atenção não se pode perder informações, de forma que seja possível ter uma longitudinalidade no cuidado ao paciente. A longitudinalidade traz benefícios ao sistema como: o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários (BARATIERI, MARCON, 2011).

Por sua vez, o transporte dos pacientes de forma geral precisa ser melhorado, para que independentemente da realidade do paciente, seja possível o transporte do mesmo de forma correta, com veículos adequados. Ademais, para que não tenha viés, a avaliação da gestão estratégica, precisa levar em consideração a avaliação dos usuários, pois somente assim teremos um sistema verdadeiramente democrático que leva em consideração a opinião da população adscrita. Por fim, é preciso que recursos financeiros estejam alinhados com os objetivos da RAS de forma a incentivar que tais objetivos sejam alcançados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização do SUS através da RAS tem como alguns dos seus objetivos promover a integração de ações e serviços de saúde de forma contínua, integral e humanizada. A RASB é uma rede temática de atenção à saúde da RAS que tem como intuito elevar a um degrau superior o cuidado de saúde bucal, melhorando a assistência das doenças bucais no Brasil.

Não são poucos os desafios a serem superados para chegar o mais próximo de um modelo ideal de governança e logística em Porto Alegre. Como uma rede em constituição, existem avanços, como o uso de prontuários eletrônicos em algumas GD e o uso da emissão de receitas eletrônicas, mas há ainda um longo caminho pela frente para qualificar a RASB e assim prover espaços e pontos na RASB para o cuidado de saúde bucal, com atenção com sua integralidade, longitudinalidade e com a devida participação da comunidade, trabalhadores e gestores.

EPÍLOGO

Os dados desta pesquisa foram coletados em 2018. É muito importante ser destacado que desde 2019 vários ocorridos aconteceram que impactaram a Rede de Porto Alegre, e este é um processo ainda em andamento. Tudo iniciou em Setembro de 2019, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou que a lei que criou o IMESF era inconstitucional. Vários recursos foram movidos nesta ação até que em Setembro de 2020, o STF concluiu o último recurso no processo, mantendo a decisão. Paralelamente, houve várias discussões em diferentes esferas, como por exemplo, a decisão de como deverá ser feita a substituição dos profissionais de saúde para que a população não fique sem assistência (MATOS, 2020). Muitos dos funcionários nas US já foram demitidos e em algumas unidades já estão com atendimento realizados por profissionais contratados pela rede privada. Assim, a rede encontra-se em reconfiguração. Por este motivo, não se sabe se os processos e situações descritas nos distritos sanitários seguirão desta maneira ou se mudanças serão implantadas de forma que alguns dos problemas sejam sanados ou então que novas adversidades apareçam no que tange a saúde em Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020. Acesso em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, Dec. 2011

BRASIL. Portaria 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; 31 dez.

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde Governo do Estado de Goiás. Programação Pactuada Integrada. 2018. Acesso em: <https://www.saude.go.gov.br/aceso-a-informacao/34-page/4788-programacao-pactuada-integrada>. Disponível em: 24 out. 2020.

CARVALHO, A.L.B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012.

Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, p. 446-455, 2010.

GRANJA G e ZOBOLI ELCP. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, 36(3):494-501. São Paulo, 2012.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 30, n. 2, 2014,

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estud. av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 139-146, Abr. 1999

HOFFMANN, E. J., et. al. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção à saúde em Montes Claros, Minas Gerais-Brasil. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 2, p. 510-521, 2012.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Governança em saúde: um aporte conceitual y analítico para la investigación. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 1, p. 35-45, 2006.

IBGE, Censo Demográfico 2017. Acessado em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

LEAL, D.L. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, 1341-1347, 2014.

MATOS, Eduardo. STF encerra ação sobre Imesf e extinção do órgão não pode mais ser contestada. Gaúcha ZH, Porto Alegre, 07 de set. de 2020. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2020/09/stf-encerra-acao-sobre-imesf-e-extincao-do-orgao-nao-pode-mais-ser-contestada-ckesym2d0005o014yy9rm1g9g.html>>. Acesso em: 11 de nov. de 2020.

MEDEIROS, C.R.G; GERHARDT, T.E .Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 160-170, dez 2015

MELLO, A.L.S.F., et al . Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 205-214, Jan. 2014 .

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305,2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,2011. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Acesso em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18456/9788579670541_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MOREIRA, L.C.O.; TAMAKI, E.M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações** (Campo Grande), Campo Grande , v. 18, n. 4, p. 99-108, Dez. 2017 .

PADILHA, A.R.S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. 118, pp. 579-593.

PEREIRA, A.T.S.et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s123-s133, 2008.

PINTO, J.R.; CARNEIRO, M.G.D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 273-284, 2015.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Novo centro odontológico realiza 720 consultas por mês. 2014. Acesso em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=167619. Disponível em: 24 out. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. 2015. Acesso em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_pcd.pdf. Disponível em: 24 out. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 2017. 2017. Acesso em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170834/28113405-pas-2017.pdf>. Disponível em: 24 out. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 3o quadrimestre – Porto Alegre, 2018, 328 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 2019. Acesso em: <https://prefeitura.poa.br/sms/8a-conferencia-municipal-de-saude>. Disponível em: 24 out. 2020.

ROLIM, L.B. et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 622-631, 2014.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 49,n.98, 2015.

SHI, L. et al. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. **Southern Medical Journal-Birmingham Alabama-**, 2003, v. 96, n.8, p. 787-795.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev.Gaúcha Enf.**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

ANEXO A

Instrumento de diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Domínio: POPULAÇÃO

Questões adaptadas do instrumento original

1. Há uma população claramente definida sob a responsabilidade da rede de atenção em saúde bucal?
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde bucal desta população?
3. A estrutura operacional da rede de saúde bucal é formatada em função dessas necessidades?
4. Há um processo de territorialização da rede de saúde bucal?
5. A rede de saúde bucal segue um Plano Diretor de Regionalização?
6. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal secundários?
7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal terciários?
8. Toda a população de responsabilidade da rede de saúde bucal está cadastrada, por unidade familiar, na APS?
9. As unidades familiares estão classificadas (de acordo com a vulnerabilidade social) por risco social?
10. A população está subdividida por grupos de idade (perfil demográfico)?
11. A população está subdividida por fatores de risco biológico?

Domínio: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

12. A equipe da atenção primária à saúde tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?
13. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem infraestrutura adequada ao seu funcionamento (sala, consultório, equipamento, instrumental, material de consumo)?

14. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem equipe modalidade I e/ou II?
15. Existe uma definição clara das ações/procedimentos a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal?
16. A atenção primária em saúde bucal realiza todas as ações/procedimentos de sua competência?
17. São utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?
18. São utilizados parâmetros e metas com base na necessidade da população para programação das ações em saúde bucal?
19. Existe trabalho integrado entre os diversos profissionais da equipe de APS da Unidade?
20. Os ACS participam das ações de saúde bucal?
21. O atendimento na atenção primária é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?
22. A APS coordena os fluxos de referência e contrareferência em saúde bucal?
23. O prontuário utilizado na atenção primária à saúde está estruturado por família?
24. Há uma boa interação entre as equipes de atenção primária à saúde e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?
25. As ações de urgência e emergência de competência da APS são programadas/planejadas para serem ofertadas na unidade?
26. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da atenção primária à saúde?

Domínio: OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS

27. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para estomatologia?
28. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para a confecção de próteses unitárias?
29. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para cirurgia oral menor?

30. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para periodontia?
31. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para endodontia?
32. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para os cuidados aos usuários com necessidades especiais?
33. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para ortodontia?
34. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para implantodontia?
35. Há referências de nível terciário para tratamento de disfunção da ATM e dor orofacial?
36. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento odontológico do usuário com necessidades especiais com analgesia/sedação/anestesia geral?
37. Há referências hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumatismos bucomaxilofaciais?
38. Há referências de nível terciário, para os cuidados às urgências e emergências odontológicas em regime de plantão 24 horas?
39. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento do câncer bucal?
40. Há referências de nível terciário para tratamento das anomalias craniofaciais?
41. Os níveis de atenção especializada em saúde bucal respeitam a atenção primária como porta de entrada e coordenadora da rede?
42. Os protocolos clínicos estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a atenção primária à saúde?
43. Existe uma definição das ações / procedimentos a serem ofertados por cada ponto de atenção especializada?
44. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?
45. Os pontos de atenção especializada em saúde bucal realizam todos os procedimentos de sua competência?

Domínio: OS SISTEMAS DE APOIO

46. O sistema de assistência farmacêutica disponibiliza os medicamentos de saúde bucal previstos no protocolo clínico?
47. Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos em odontologia?
48. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames radiológicos em odontologia e sua interpretação (laudo)?
49. Existe sistema de apoio para realização de exames de análise histopatológica em odontologia?
50. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica em odontologia e sua interpretação (laudo)?
51. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a odontologia?
52. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em odontologia e sua interpretação?
53. Existe um sistema de manutenção dos equipamentos odontológicos?
54. Existe um apoio de laboratório de prótese dentária?
55. Existe um apoio de laboratório de prótese bucomaxilofacial?
56. Existe um apoio de laboratório para confecção de aparelhos ortodônticos?
57. Existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?
58. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária?
59. Esta base de dados única estratifica em subpopulações por riscos?
60. Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de saúde bucal no SIA/SUS e SIAB?

Domínio: OS SISTEMAS LOGÍSTICOS

61. Há um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?
62. Em relação ao prontuário clínico: inexistente 0; existente (em papel ou eletrônico) individual 1; existente (em papel) familiar 2; existente (eletrônico) familiar 3
63. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?

64. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde bucal, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, de assistência

65. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?

66. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos a situações de saúde definidas?

Questões adaptadas do instrumento original

67. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados ou de urgência/emergência 24 horas em odontologia?

68. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?

69. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens?

70. Há um sistema de transporte sanitário que integra a APS com outros níveis de atenção com um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde

bucal prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas?

71. O sistema tem um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados?

Domínio: O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE

72. Existe um comitê gestor composto por representantes das secretarias municipais e estadual, da atenção primária, do CEO e da atenção hospitalar?

73. Há um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?

74. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários?

75. Existe um sistema de acreditação da rede de atenção à saúde bucal realizado por Instituição Externa vinculado à Organização Nacional de Acreditação (ONA)?

76. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SMS ou SES, com base em procedimentos pré-estabelecidos?

77. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?

78. As gerências dos pontos de atenção à saúde (da APS, do CEO, da Unidade Odontológica Hospitalar) e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede?

79. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da rede de saúde bucal?

80. A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?

DOMÍNIO “O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE”

82. Há um modelo de atenção à saúde bucal de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários (CEO) e terciários (Unidade Odontológica Hospitalar)?

83. A rede de atenção à saúde bucal dispõe de protocolo clínico para as condições de saúde bucal?

84. Estes protocolos clínicos são construídos com base em evidências?

85. Os profissionais de saúde conhecem os protocolos clínicos e os utilizam rotineiramente?

86. Os protocolos clínicos estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde bucal estabelecida, e propõem intervenções coerentes com este risco?

87. O modelo assistencial à saúde bucal é definido de acordo com as necessidades da população?

88. O modelo assistencial à saúde bucal propõe ações no autocuidado apoiado?

89. O modelo de atenção à saúde bucal propõe ações utilizando recursos da comunidade (igrejas, associações, movimentos sociais, creches, asilos, escolas e similares)?

90. O modelo assistencial inclui ações de promoção à saúde bucal na APS (ações intersetoriais) para a população total adscrita?

91. O modelo de atenção à saúde bucal inclui ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos (escovação supervisionada, alimentação, programas de controle do tabagismo, álcool, exposição ao sol)?

92. Essas intervenções preventivas são realizadas rotineiramente na rede?

93. O modelo assistencial à saúde bucal inclui ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos com fatores de riscos (R1, R2 e R3)?
94. Essas intervenções clínicas e reabilitadoras são realizadas rotineiramente?
95. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?
96. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito conforme avaliação de risco em saúde bucal?
97. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional da APS em conjunto com o usuário?
98. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe multiprofissional e pelo usuário?
99. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?
100. A atenção programada é priorizada conforme o risco do usuário?
101. Existe um programa de educação permanente com base na educação de adultos (andragogia) e protocolos clínicos?
102. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e ou SES com as equipes de saúde bucal?
103. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?
104. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?
105. O trabalho das equipes de saúde bucal é submetido à auditoria clínica com base nos protocolos clínicos?
106. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?
107. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?

Obs: siglas

ACS: Agentes Comunitários de Saúde;

APS: Atenção Primária à Saúde;

ATM: Articulação Temporomandibular;

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas;

CIB: Comissão Intergestores Bipartite;

PPI: Programação Pactuada e Integrada;

SIAB: Sistema de Informação da Atenção B

ANEXO B



CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa. Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa “Avaliação do estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção em Saúde Bucal em Porto Alegre/RS.” e, conforme segue:

1. Fui informado(a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa anteriormente citada possui o objetivo Identificar e analisar o estágio de desenvolvimento da RASB utilizando-se de instrumento de diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal
2. Sei que a minha participação é voluntária e que a não participação ou desistência não resultará em nenhum prejuízo para mim ou para minha equipe de trabalho.
3. Fui esclarecido(a) de que minha participação na pesquisa é isenta de despesas.
4. Sei que nesta pesquisa será realizado questionário individual com a equipe de saúde bucal. Tenho conhecimento que será realizado no próprio ambiente onde trabalho, talvez na presença de meus colegas.
5. Fui esclarecido(a) sobre a possibilidade de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, entre outros) pela participação e, caso julgue necessário, posso me manifestar a respeito a qualquer momento, e até mesmo informar minha desistência.
6. Sei que os resultados poderão ser divulgados e repassados à sociedade de maneira científica, como artigos publicáveis, capacitações, apresentações em eventos científicos, materiais de apoio, entre outros, e que minha identidade será mantida em sigilo.

7. Os materiais serão estudados por profissionais submetidos às normas de sigilo e ética, não comprometendo minha privacidade e garantindo meu anonimato.

8. Tenho conhecimento de que esta pesquisa está sob a coordenação das Professoras da UFRGS Cristine Maria Warmling e Fabiana Schneider Pires. Sei que posso receber informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa provocar a minha vontade de desistir de participar da pesquisa. E que posso, a qualquer momento, solicitar mais informações à pesquisadora pelos respectivos telefones (51) 991157777 ou e-mails: fabianaspire@gmail.com ou crismwarm@gmail.com. Caso sinta necessidade, posso também solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51)3308 3738.

9. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS: CAAE:79778217.8.0000.5347.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa e, declaro, ainda, que recebi cópia deste Termo de Consentimento, devidamente assinado.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20 ____.

Abaixo assinam:

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

ANEXO A- Cadastro na Plataforma Brasil / Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO E ENSINO NA SAÚDE DO

Pesquisador: Cristine Maria Warming

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79778217.8.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.589

Apresentação do Projeto:

O objetivo principal do estudo é Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração Ensino-Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem predominante qualitativa com aportes analíticos provenientes de dados quantitativos. Pretende-se utilizar práticas da pesquisa ação intervenção em que o processo da pesquisa de avaliação concomitantemente incidirá em transformações na gestão das redes de atenção e ensino na saúde no contexto do SUS. Serão cenários do estudo os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS. Consideram-se potenciais participantes da pesquisa: equipes básicas e auxiliares de saúde da atenção primária (médico, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), coordenadores das Unidades de Saúde, estudantes que estejam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo, professores vinculados as atividades de ensino e usuários, assim como, cirurgiões dentistas de centros de especialidades odontológicas e hospitais. O principal critério de inclusão para escolha das equipes participantes além de comporem as equipes das redes estudadas, abrangendo diferentes serviços e territórios dos municípios cenários. As estratégias de produção de dados serão: 1) qualitativas: grupos focais (filmados) e diários de campo dos pesquisadores 2) quantitativas: questionários estruturados.

(modo online e respondidos individualmente e de forma autônoma e livre 3) análise documental e banco de dados secundários produzidos e disponibilizados pelos serviços. As categorias organizadoras de produção e análise de dados serão as dimensões que compõem as Redes de Saúde, segundo Mendes (2011) população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde. Quanto às amostragens: 1) qualitativas: a saturação teórica será o critério adotado para a avaliação e definição do tamanho da amostra 2) quantitativas: será realizado o censo dos trabalhadores gestores dos cenários avaliados. O estudo será desenvolvido em etapas e com a realização de oficinas de planejamento com as instituições envolvidas. Os dados quantitativos serão processados e submetidos à análise descritiva. As análises qualitativas serão realizadas com base nos fundamentos da análise do discurso.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração EnsinoSaúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver, de forma participativa e adequada às especificidades locoregionais, uma matriz de avaliação das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde e que considere as dimensões de governança, de logística e de cuidado, em Porto Alegre/RS e Sapucaia do Sul/RS.
- Analisar opiniões e concepções de interlocutores privilegiados que atuam nas diferentes dimensões de governança, de logística e de cuidado, sobre as redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Analisar as concepções sobre os processos de integração ensino-serviço na saúde bucal e seus efeitos sobre as redes integradas de saúde bucal dos componentes da Educação Permanente em Saúde: ensino, serviço, gestão e controle em Porto Alegre/RS.
- Avaliar variações (sinérgicas ou divergentes) dos efeitos dos processos de integração ensino e serviço segundo as diferentes realidades loco-regionais das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção Primária em Saúde no Município de Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/12/2017 16:05:08	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	19/12/2017 16:03:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	RESPOSTAPARECER.pdf	19/12/2017 16:03:00	Cristine Maria Warmling	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	UNIVERSALOFICIAL.pdf	19/12/2017 16:01:23	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	PARECER.pdf	09/11/2017 17:13:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice4.pdf	09/11/2017 17:12:01	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	Apendice3.pdf	09/11/2017 17:09:10	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice2.pdf	09/11/2017 17:07:41	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice1.pdf	09/11/2017 17:06:31	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimentos.pdf	09/11/2017 17:01:28	Cristine Maria Warmling	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não