



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Camila Santa Rosa Nunes

**Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no
Amapá**

Florianópolis-SC

2026

Camila Santa Rosa Nunes

**Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no
Amapá**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi

Florianópolis-SC

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela
BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Nunes, Camila Santa Rosa

Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à
Saúde Bucal no Amapá / Camila Santa Rosa Nunes ;
orientadora, Claudia Flemming Colussi, 2026.
167 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Rede de atenção à saúde. 3.
Avaliação em saúde. 4. Rede de atenção à saúde bucal. I.
Colussi, Claudia Flemming. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Camila Santa Rosa Nunes

Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Amapá

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado, em 19 de dezembro de 2025, por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profº Drº Edson Hilan Gomes de Lucena
Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Ana Maria Freire de Souza Lima
Instituição: Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

 Documento assinado digitalmente
Fernando Hellmann
Data: 09/03/2026 12:02:59-0300
CPF: ***.028.099-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dra. Orientadora

 Documento assinado digitalmente
Claudia Flemming Colussi
Data: 02/03/2026 08:51:26-0300
CPF: ***.392.299-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Florianópolis, 2026.

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde do Amapá,
que, com coragem e compromisso, constroem diariamente
um SUS mais humano e acolhedor nos lugares mais distantes.

Como cirurgiã-dentista atuante nesta rede,
testemunho cada desafio e cada conquista.
Que esta pesquisa honre nosso trabalho coletivo
e seja um instrumento concreto para fortalecer
a saúde como direito de todos.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho aos meus pais, **Carlos e Irene**, exemplos de força, amor e generosidade. Desde cedo, me ensinaram que o conhecimento é o caminho mais bonito para transformar a vida e que a persistência é a chave para realizar sonhos. Chegar até aqui só foi possível porque vocês **sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidava**, e nunca deixaram de me lembrar que eu era capaz. Cada conquista carrega o reflexo do amor, da confiança e dos valores que vocês me ensinaram, e é a vocês que dedico, com profunda gratidão, esta vitória que também é de vocês.

Ao meu companheiro, **Jhonatan**, por todo o apoio, paciência e parceria constante em cada etapa desta caminhada acadêmica e pessoal — sua presença tornou cada desafio mais leve e cada conquista mais significativa.

Aos meus filhos, **Vicente e Valentin**, que dão sentido a tudo e me lembram, todos os dias, o verdadeiro significado do amor, da entrega e da superação.

À minha orientadora, **Profª Cláudia Colussi**, pela confiança, sabedoria e incentivo constante. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho e inspirou em mim o desejo de seguir o caminho da docência com o mesmo entusiasmo e compromisso.

Aos **professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, pelas trocas generosas e pela convivência enriquecedora ao longo desta jornada. Em especial à amiga **Vanessa**, pela parceria e cumplicidade durante o estágio doutoral em Florianópolis, presença que tornou esse percurso mais leve e significativo.

Aos **profissionais da Rede de Saúde Bucal do Amapá**, cuja dedicação diária em construir um SUS mais humano e acessível inspira esta pesquisa. Este trabalho nasce da admiração pelo esforço de vocês e do desejo de contribuir para o fortalecimento de uma rede cada vez mais integrada e transformadora.

Aos **gestores e profissionais participantes da pesquisa**, pela disponibilidade em compartilhar suas vivências e tornar possível a construção de um retrato fiel da atenção à saúde bucal no estado.

E a todos que, de alguma forma, estiveram presentes nesta caminhada — meu mais sincero e afetuoso agradecimento.

RESUMO

Introdução: No campo da saúde bucal, a organização em rede requer articulação entre níveis de atenção, sistemas logísticos, apoio diagnóstico, gestão e planejamento, de modo a assegurar integralidade, equidade e continuidade do cuidado. Apesar da relevância da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) para o SUS, ainda predominam estudos sobre componentes isolados, com escassez de análises da rede como sistema integrado, especialmente na região Norte do país. **Objetivo:** Desenvolver, validar e aplicar um modelo avaliativo multidimensional para analisar o grau de implantação e o funcionamento da RASB na Região Central de Saúde do estado do Amapá. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem mista, estruturada em três etapas complementares. A primeira consistiu na elaboração e validação de um modelo teórico, de um modelo teórico-lógico e de uma matriz de análise e julgamento (MAJ), a partir de revisão de literatura, análise documental e validação por especialistas via técnica Delphi. A segunda etapa correspondeu a aplicação da MAJ para a avaliação do grau de implantação da RASB na Região Central do Amapá, por meio de questionários autoaplicáveis a coordenadores estaduais e municipais, gestores de CEO e cirurgiões-dentistas da APS, complementados por dados secundários. Na terceira etapa, realizou-se estudo qualitativo exploratório com coordenadores municipais de saúde bucal, utilizando entrevistas semiestruturadas analisadas por meio de análise de conteúdo temática. **Resultados:** O modelo avaliativo resultou em cinco dimensões, 14 subdimensões, 55 indicadores e 103 medidas. A aplicação da MAJ evidenciou heterogeneidade entre os municípios quanto à cobertura, fluxos organizativos, articulação entre níveis de atenção, uso de sistemas logísticos e capacidade de planejamento. As entrevistas revelaram fragilidades estruturais e gerenciais, como rotatividade de gestores, ausência de protocolos padronizados, fragilidade logística, dificuldades de integração entre APS e atenção especializada e escassez de dados epidemiológicos e, simultaneamente, apontaram estratégias locais de enfrentamento e iniciativas de coordenação do cuidado. **Considerações finais:** O modelo mostrou-se capaz de captar a complexidade da RASB e apoiar seu monitoramento e gestão em contexto de assimetrias regionais, contribuindo para o fortalecimento das práticas avaliativas e da organização da saúde bucal no SUS.

Palavras-chave: Rede de Atenção; Saúde Bucal; Avaliação em Saúde; Gestão; Planejamento.

ABSTRACT

Introduction: In the field of oral health, network-based organization requires articulation among levels of care, logistical systems, diagnostic support, management, and planning in order to ensure comprehensiveness, equity, and continuity of care. Despite the relevance of the Oral Health Care Network (RASB) for the Brazilian Unified Health System (SUS), studies still predominantly focus on isolated components, with limited analyses of the network as an integrated system, especially in Brazil's Northern region. **Objective:** To develop, validate, and apply a multidimensional evaluative model to analyze the degree of implementation and functioning of the Oral Health Care Network in the Central Health Region of the state of Amapá. **Methodology:** This is an evaluative study with a mixed-methods approach, structured in three complementary stages. The first involved the development and validation of a theoretical model, a theoretical-logical model, and an Analysis and Judgment Matrix (AJM), based on literature review, document analysis, and expert validation using the Delphi technique. The second stage consisted of applying the AJM to assess the degree of RASB implementation in the Central Region of Amapá through self-administered questionnaires to state and municipal coordinators, managers of Dental Specialty Centers, and primary care dentists, complemented by secondary data. The third stage comprised an exploratory qualitative study with municipal oral health coordinators using semi-structured interviews analyzed through thematic content analysis. **Results:** The evaluative model included five dimensions, 14 subdimensions, 55 indicators, and 103 measures. The AJM application revealed heterogeneity among municipalities regarding coverage, organizational flows, articulation between levels of care, use of logistical systems, and planning capacity. Interviews exposed structural and managerial weaknesses—such as manager turnover, absence of standardized protocols, logistical fragility, difficulties integrating primary and specialized care, and scarcity of epidemiological data—while also identifying local coping strategies and care coordination initiatives. **Final considerations:** The model proved capable of capturing the complexity of the RASB and supporting its monitoring and management in a context of regional asymmetries, contributing to the strengthening of evaluative practices and the organization of oral health care within the SUS.

Keywords: Health Network; Oral Health; Health Evaluation; Management; Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marcos legais da regionalização e conformação das RAS no SUS	26
Figura 2 – Fluxograma geral da tese.....	42
Figura 3 – Mapa das regiões de saúde do Amapá	44
Figura 4 – Distribuição dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal, por município. Amapá, 2023.....	46
Figura 5 – Fluxo metodológico de construção do modelo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	50
Figura 6 – Etapas da análise de conteúdo temática aplicada às entrevistas ...	54
Figura 7 – Modelo Teórico da Rede de Atenção à Saúde Bucal.	64
Figura 8 – Modelo Lógico da Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de Redes de Atenção à Saúde	23
Quadro 2 – Estudos avaliativos de Redes de Atenção à Saúde.....	39
Quadro 3 – Referências técnicas consultadas para a análise documental no estudo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal	48
Quadro 4 – Dimensão Estrutura e Composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal(RASB) com seus respectivos indicadores, fontes, parâmetros e peso de cada medida.	67
Quadro 5 – Dimensão Organização e Gestão do acesso com seus respectivos indicadores, fontes, parâmetros e peso de cada medida.	67
Quadro 6 – Dimensão Articulação e Integração da RASB com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida	69
Quadro 7 – Dimensão Modelo de Atenção da RASB com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida.	71
Quadro 8 – Dimensão Planejamento e Gestão com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida	73
Quadro 9 – Estrutura da MAJ com dimensões, subdimensões, número de indicadores, de medidas, e pontuação máxima a ser atingida.	89
Quadro 10 – Percentual da pontuação atingida nos indicadores por subdimensão nos 7 municípios avaliados	92
Quadro 11 – Percentual da pontuação atingida nas dimensões e subdimensões	96
Quadro 12 – Perfil demográfico e profissional dos participantes das entrevistas.	108
Quadro 13 – Facilidades e dificuldades percebidas pelos gestores na implantação da RASB	117
Quadro 14 – Falas ilustrativas por dimensão e categoria (facilidades e dificuldades).....	117

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AUX	Auxiliar em Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IARAMI	Instrumento de Avaliação das Redes de Atenção Materno-Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MT	Modelo Teórico
MTL	Modelo Teórico-Lógico
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNSB	Nacional de Saúde Bucal
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal

SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UOM	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	19
3.	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1.	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	20
3.2.	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	28
3.3.	AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
4.	METODOLOGIA	41
4.1.	DESENHO DA PEQUISA	41
4.2.	LOCAL DE ESTUDO	42
4.2.1.	Infraestrutura física e recursos humanos	44
4.3.	ELABORAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO	47
4.4.	AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RASB NA REGIÃO CENTRAL DO AMAPÁ	51
4.4.1.	Fonte dos dados e procedimentos de coleta	51
4.4.2.	Análise dos dados	52
4.5.	ESTUDO DE CASO QUALITATIVO	53
5.	RESULTADOS	56
5.1.	ARTIGO 01: MODELO AVALIATIVO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	57
5.2.	ARTIGO 02: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RASB NA REGIÃO CENTRAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ	84
5.3.	ARTIGO 03: ARTIGO QUALITATIVO DE ANÁLISE DA PERCEPÇÕES DE GESTORES SOBRE AS FACILIDADE E BARREIRAS NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO AMAPÁ	105
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO GESTOR MUNICIPAL	131
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO CIRURGIÃO-DENTISTA	138
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO GESTOR CEO	143

APÊNDICE D – ENTREVISTA GESTOR MUNICIPAL	147
APÊNDICE E – ENTREVISTA GESTOR ESTADUAL.....	150
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	153
APÊNDICE G – RATIONALES	157
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	167

1. INTRODUÇÃO

A mudança no perfil epidemiológico da saúde brasileira para a chamada tripla carga de doença, caracterizada pela concomitância de doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas, associada a uma acelerada transição demográfica, faz com que um sistema de atenção à saúde fragmentado, voltado para as condições agudas, não seja responsivo às reais necessidades da população. Para tal, torna-se necessária uma mudança na forma de organização desse sistema, e é neste sentido que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como estratégia (Mendes, 2008).

As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que até então se baseavam numa visão piramidal vertical do sistema, sofrem o início de uma mudança com a adoção da Portaria nº 4.279 em 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), adotada pelo Governo Federal. Tal portaria estabelece as diretrizes para a organização e estruturação das RAS no âmbito do SUS, conceituando que as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

As RAS são sistematizadas de forma a garantir a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado, respondendo a condições específicas de saúde (Brasil, 2010). Embora a saúde bucal não tenha sido citada como uma das redes temáticas inicialmente propostas, ela passou a ser reconhecida como rede específica de atenção a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, que instituiu oficialmente a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) como parte integrante da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2024). Assim, o que antes existia apenas no campo teórico e conceitual — sustentado por autores como Mendes (2010), Godoi, Mello e Caetano (2014) e Calvasina (2023) — passou a ter respaldo normativo e operacional no âmbito do SUS.

O marco inicial da estruturação da RASB remonta à Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente, adotada em 2004, que fortaleceu a atenção básica e a rede de serviços, buscando um atendimento integral. Essa

política representou o primeiro movimento em direção à conformação de uma rede de atenção à saúde bucal, apresentando diretrizes para a organização da atenção à saúde, por meio de ações multidisciplinares e intersetoriais, com enfoque em atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além da ampliação e qualificação da atenção especializada com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Barros e Barbosa, 2022; Brasil, 2004,). Esta nova formatação trouxe a perspectiva da integralidade, ao prever novos pontos de atenção e de apoio para além da atenção básica. Entretanto, a simples existência desses pontos não assegura sua atuação em rede, de forma articulada e horizontalizada (Costa JR *et al.*, 2021).

Com a publicação do livro *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde* (Brasil, 2018), o Ministério da Saúde aprofundou a discussão sobre a organização da RASB, reforçando seu potencial integrador no cuidado em saúde. Todavia, sua consolidação efetiva dependia da formalização normativa, agora concretizada pela Portaria nº 6.213/2024, que define princípios, diretrizes e estrutura operacional próprios da rede de atenção à saúde bucal.

Diante desse novo cenário, torna-se ainda mais relevante a realização de estudos avaliativos que permitam compreender como essa rede vem se configurando e sendo operacionalizada nos diferentes contextos regionais. A avaliação, nesse sentido, é um instrumento estratégico de gestão, pois possibilita a qualificação dos serviços prestados e subsidia a tomada de decisão (Martins *et al.*, 2016).

A necessidade de processos avaliativos vem sendo reforçada desde o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), que destacou o uso de metodologias de avaliação como ferramentas de planejamento, controle e aprimoramento da gestão. Atualmente, embora existam modelos avaliativos voltados à análise da atenção em saúde bucal, o presente estudo propõe uma abordagem diferenciada, construída a partir das dimensões que caracterizam o funcionamento efetivo da RASB — estrutura e composição, modelo de atenção, articulação e integração, gestão do acesso e planejamento. Essa perspectiva amplia o olhar avaliativo, permitindo compreender não apenas o grau de

implantação da rede, mas também sua coerência interna e capacidade de garantir a integralidade do cuidado.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo construir um modelo avaliativo e avaliar o estágio de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região central de saúde do Estado do Amapá.

As perguntas avaliativas que nortearam esta pesquisa foram:

- 1) Como avaliar o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde bucal?
- 2) Qual o estágio de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região central de saúde do Estado do Amapá?
- 3) Quais as principais dificuldades e facilidades para a implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região central de saúde do Estado do Amapá?

A partir da aplicação do modelo avaliativo, foram obtidas informações quanto ao funcionamento desta rede, permitindo identificar como está estruturada, quais os pontos críticos e facilitadores, colaborando com informações que podem subsidiar a gestão na formulação de políticas públicas para esta área, almejando desta forma a consolidação da RASB no Estado.

Outro ponto importante contemplado por este trabalho refere-se à avaliação da RASB de um Estado que não apresenta nenhuma publicação científica que trate da atenção à saúde bucal, podendo este estudo ser um importante suporte técnico para a tomada de decisão e qualificação da RASB desta região.

Esta tese está organizada em formato de artigos científicos, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O primeiro artigo apresenta o processo metodológico de construção e validação de um modelo avaliativo multidimensional da RASB, fundamentado em referenciais teóricos e normativos do SUS. O segundo artigo aplica o modelo desenvolvido à região central de saúde do Estado do Amapá, avaliando o grau de implantação da rede e identificando seus avanços, fragilidades e potencialidades. O terceiro artigo, de abordagem qualitativa, analisa as percepções de gestores e coordenadores de saúde bucal sobre os fatores que influenciam a operacionalização e a consolidação da RASB no contexto estadual. Em conjunto, os três manuscritos

compõem uma trajetória metodológica coerente, que parte da elaboração conceitual para a aplicação empírica e culmina na análise interpretativa, contribuindo para o fortalecimento da gestão e da avaliação da saúde bucal no SUS.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL:

- Desenvolver, validar e aplicar um modelo avaliativo para analisar o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região central de saúde do Estado do Amapá.

2.2. ESPECÍFICOS:

-Propor e validar um modelo de avaliação da rede de atenção à saúde bucal;

-Aplicar o modelo proposto e identificar o grau de implantação da rede, considerando suas dimensões estruturais, organizacionais e de gestão.

-Analisar os fatores que influenciam o estágio de implantação da RASB no Estado, com base nas percepções dos gestores de saúde bucal.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco inicial da proposta da organização dos serviços por meio das redes de atenção à saúde. O documento fundamentou o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, introduzindo conceitos estruturantes como território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/acolhimento, referência e contrarreferência, além da atenção primária como coordenadora do cuidado e de mecanismos de integração como sistemas de informação e transporte (Dawson, 1964). Esse relatório é considerado profundo e abrangente pois já indicava a estreita relação entre a medicina curativa e a preventiva (Kuschnir; Chorny, *et al.*, 2010). Contudo, não chegou a ser implementado, em razão dos altos custos associados à reorganização e manutenção dos serviços na nova conformação proposta.

Apenas na década de 90 esta temática volta a ganhar força, inicialmente nos EUA, seguido de países da Europa Ocidental e do Canadá até chegar aos países em desenvolvimento (Mendes, 2011).

Na América Latina, a implantação das RAS é bastante incipiente, o que fez com que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2009, elaborasse um documento com uma análise crítica aos sistemas fragmentados, apoiando a implantação de sistemas integrados de serviços de saúde, propondo uma rota para a implantação desses sistemas na Região das Américas e Caribe (Mendes, 2011).

A reorganização dos serviços de saúde por meio das RAS tem se mostrado uma estratégia essencial para superar a fragmentação dos sistemas, por meio de uma rede coordenada pela APS, que promove a continuidade da assistência e o cuidado integral, especialmente frente às condições crônicas que demandam acompanhamento contínuo e coordenação entre os níveis de atenção (Sousa et al., 2024).

A adoção das RAS por diferentes países se baseia em evidências robustas de que esse modelo melhora resultados sanitários e econômicos,

aumenta a satisfação dos usuários e reduz a demanda por serviços especializados (Mendes, 2008).

A conformação de sistemas regionalizados e integrados viabiliza a integralidade da atenção, racionaliza o uso dos recursos e reduz custos operacionais (Silva, 2011a).

As RAS caracterizam-se por relações horizontais entre os pontos de atenção, APS como coordenadora do cuidado, foco nas necessidades da população, responsabilização sanitária, cuidado multiprofissional e compartilhamento de metas e resultados (Arruda *et al.*, 2015). Esses princípios expressam um novo paradigma de organização do SUS, voltado à integralidade, à eficiência e à superação do modelo fragmentado e hierarquizado que historicamente marcou o sistema de saúde brasileiro (Tofani *et al.*, 2021).

A integração dos serviços de saúde é reconhecida como resposta à fragmentação do cuidado e requer a articulação entre dimensões organizacionais, profissionais, culturais e tecnológicas. As RAS, ao promoverem cuidado centrado no usuário, cobertura territorial e gestão integrada do desempenho, configuram-se como estratégia de qualificação da atenção e de superação do modelo verticalizado ainda presente nos sistemas de saúde (Damaceno *et al.*, 2020).

No contexto brasileiro, as RAS consolidam-se como expressão concreta dos princípios constitucionais do SUS e como resposta à necessidade de coordenação interfederativa em um país de dimensões continentais.

O presente trabalho terá como referência teórica principal o modelo de RAS proposto por Eugênio Vilaça Mendes, apresentando os componentes conforme descritos pelo referido autor.

A escolha do referencial de Eugênio Vilaça Mendes fundamenta-se na capacidade de seu modelo em oferecer uma arquitetura conceitual operável para a análise de redes como arranjos organizacionais complexos. Ao articular população, estrutura operacional e modelo de atenção, o autor incorpora um pensamento sistêmico aplicado à saúde, no qual a APS atua como centro de comunicação e a rede se organiza de forma poliárquica e interdependente. Esse enfoque integra concepções de sistemas integrados de saúde e atribui papel estruturante à governança como mecanismo de coordenação funcional entre pontos de atenção e esferas de gestão. Tais atributos tornam o modelo

particularmente adequado para estudos avaliativos de implantação, pois permitem explicitar o funcionamento esperado da rede e orientar a definição de dimensões e indicadores capazes de captar não apenas oferta e estrutura, mas também integração, coordenação do cuidado e capacidade gestora.

Todos os conceitos apresentados no Quadro 1 convergem para a ideia de integração entre níveis de atenção com diferentes densidades tecnológicas, orientada por um objetivo comum: o atendimento integral.

De acordo com Mendes (2010), as RAS são compostas por 3 elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é a razão de ser das RAS, ela deve ser bem definida, podendo ser dividida em subpopulações, ser classificada por risco socio sanitário, sendo que o cadastramento deve ser bem realizado. Esta população estará sob a responsabilidade sanitária e econômica da rede, devendo a mesma fornecer uma atenção à saúde baseada nessa população (Mendes, 2010).

Quadro 1: Conceitos de Redes de Atenção à Saúde

Fonte	Conceito de Redes de Atenção à Saúde
Mendes(2008, p.6)	“[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde... com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.”
Ministério da Saúde, Portaria Nº4.279 em 30 de dezembro de 2010	“[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”
OPAS (2011, p.15)	“[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”
Silva(2011 ^b ,p.81)	“[...] malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde”.

Fonte: Autoria própria

A estrutura operacional é composta de cinco elementos: o centro de comunicação, que é desempenhado pela Atenção Primária à Saúde (APS); os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança (Mendes, 2010). A APS é a porta de entrada prioritária do sistema e atua como centro de comunicação da rede, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços em todos os níveis. A APS deve ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da população, assegurando o primeiro contato, a longitudinalidade e a continuidade da atenção. Estudo de revisão integrativa identificou que a efetividade das RAS

depende da integração entre liderança interna e externa, do fortalecimento da APS, da gestão clínica, de diretrizes claras e da adoção de sistemas de informação integrados, os quais viabilizam a coordenação do cuidado e o monitoramento de processos e resultados (Tofani *et al.*, 2021).

Os pontos de atenção secundários e terciários incluem unidades ambulatoriais especializadas, hospitais e outros serviços de maior densidade tecnológica, responsáveis por complementar o cuidado iniciado na atenção primária e garantir a integralidade do sistema. Os sistemas de apoio são transversais a toda a rede e englobam o apoio diagnóstico e terapêutico, a assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde, que subsidiam as práticas clínicas e a gestão. Os sistemas logísticos, fortemente baseados em tecnologias da informação, asseguram a organização racional dos fluxos de usuários, produtos e informações, compreendendo o prontuário clínico (preferencialmente único), os sistemas de regulação do acesso e o transporte sanitário. Por fim, o sistema de governança é o componente responsável por gerenciar e integrar funcionalmente todos os demais, garantindo a articulação entre os pontos de atenção, a coordenação interfederativa e a coerência das ações dentro da rede. (Mendes, 2010).

O modelo de atenção, terceiro componente das RAS, é a lógica organizadora que orienta o funcionamento da rede, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema e os tipos de intervenções sanitárias. Ele reflete a visão de saúde vigente, o perfil demográfico e epidemiológico e os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença (Mendes, 2010). O modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela racionalidade biomédica hegemônica, centrada em práticas curativas, hospitalocêntricas e no cuidado individualizado. Essa lógica, contudo, vem sendo tensionada por abordagens que compreendem a saúde como resultado de determinantes sociais, culturais e ambientais, valorizando o trabalho multiprofissional, a intersetorialidade e a participação comunitária (Da Costa Dutra *et al.*, 2025).

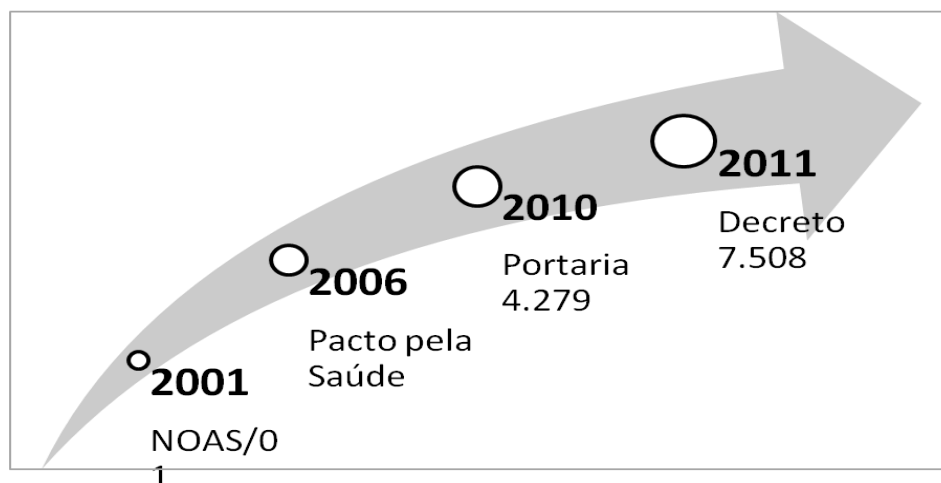
A literatura recente reforça que as RAS devem ser compreendidas como sistemas complexos e adaptativos, capazes de autorregulação e reorganização constante conforme os contextos territoriais e sociais. Não há um modelo único de atenção possível para o SUS, dada a heterogeneidade regional e as múltiplas

formas de organização que coexistem, sendo essencial a coerência entre os fluxos de serviços e as realidades socioeconômicas locais (Viana *et al.*, 2018).

No Brasil, o processo que originou o atendimento por RAS se deu inicialmente pelo processo de descentralização dos poderes e de responsabilidades, por meio das transferências de recursos e responsabilidades do Governo Federal para os municípios, principalmente no campo da saúde (Carneiro, *et al.*, 2021, Lima *et al.*, 2012). No entanto, o planejamento regional mostrou-se deficitário, pois muitos municípios não dispunham de capacidade financeira ou técnica para gerir a nova estrutura, e o processo careceu de integração entre as dimensões assistencial, administrativa e territorial (Carneiro *et al.*, 2021; Mello *et al.*, 2014).

A regionalização ganhou novo impulso com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), que intensificou a descentralização e redistribuiu responsabilidades e recursos entre União, estados e municípios (Lima *et al.*, 2012). Posteriormente, o Pacto pela Saúde (2006) reforçou a territorialização e criou colegiados de gestão regional, consolidando a APS como ordenadora das redes de atenção e qualificando a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário. Contudo, a adoção formal das RAS no SUS ocorreu apenas com a Portaria nº 4.279/2010, que institucionalizou esse modelo de atenção no país. Em 2011, o Decreto nº 7.508 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento de pactuação interfederativa responsável por organizar a rede em cada região de saúde.

A figura 1 ilustra os principais marcos legais que permitiram a conformação das RAS no SUS.

Figura 1: Marcos legais da regionalização e conformação das RAS no SUS

Fonte: Autoria própria

O estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre os pontos de atenção do sistema de saúde possibilita a adoção do atendimento em rede, no qual os serviços de saúde são mais distribuídos, tendo a APS como coordenadora do cuidado. O usuário é redirecionado para os outros níveis quando necessário, sempre respeitando as diferenças de densidades tecnológicas entre os níveis e com foco nas reais necessidades da população, possibilitando um atendimento integral. A APS é a principal porta de entrada do usuário no SUS, priorizando a promoção, prevenção, manutenção e melhora da saúde (Soares *et al.*, 2020; Starfield, 2006).

As RAS também podem ser organizadas a partir de redes temáticas ou linhas de cuidado. Essas redes devem ser desenhadas e planejadas a partir das necessidades locais, apresentando modos de organização particulares, com distribuição de atividades em diferentes densidades tecnológicas (Magalhães Junior, 2014). Após pactuação tripartite, em 2011, por serem pontos prioritários na saúde em todo o país, foram definidas as seguintes redes temáticas no SUS: a Rede Cegonha, atualmente denominada Rede Alyne de Cuidado Integral à Gestante e ao Bebê, após sua reformulação normativa, dedicada à atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012). A RASB não está presente nas redes temáticas, sendo vista como uma rede que se apresenta transversalmente às demais redes.

Embora a Política Nacional de Saúde Bucal e os modelos conceituais recentes apontem para a organização da saúde bucal sob a lógica de rede, essa configuração não se consolidou de forma consensual no âmbito das políticas de Redes de Atenção à Saúde. Calvasina (2023) problematiza a inserção transversal da saúde bucal nas redes temáticas prioritárias, argumentando que essa estratégia contribuiu para tornar invisíveis as demandas específicas da área, enfraquecendo sua institucionalização como rede própria. Segundo a autora, a ausência da RASB entre as redes priorizadas pelo Ministério da Saúde produziu efeitos em cascata nos níveis estadual e municipal, reforçando sua condição periférica nos espaços decisórios e limitando sua capacidade de estruturação como arranjo organizacional autônomo.

Estudos empíricos corroboram esse distanciamento entre o desenho normativo e a prática. Pimentel *et al.* (2021), ao analisarem a governança da RASB em uma região do Paraná, evidenciam que a rede se apresenta de modo fragmentado, com articulações predominantemente informais, baixa presença nos espaços interfederativos e reduzida centralidade nas agendas de gestão. Os autores qualificam a RASB como periférica, marcada por fragilidades na governança e pela limitada participação de atores estratégicos, o que dificulta sua consolidação regional. Esses achados reforçam que a existência formal de diretrizes não garante, por si, a conformação empírica da rede.

Neste trabalho, parte-se do reconhecimento dessa tensão entre proposta e realidade. O modelo teórico-lógico adotado refere-se ao desenho normativo e conceitual da RASB, isto é, à forma como a rede deveria organizar-se para potencializar seus resultados. Contudo, a análise empírica não pressupõe que tal desenho esteja plenamente materializado. Ao contrário, a investigação busca justamente aferir em que medida esse arranjo se concretiza em um território específico. A promulgação da Lei nº 14.572/2023 e da Portaria GM/MS nº 6.213/2024 inaugura um novo marco institucional, ao reconhecer formalmente a RASB como rede estruturada no âmbito do SUS. Ainda assim, a existência de uma normativa não elimina os distanciamentos entre formulação e implementação, o que torna a avaliação da implantação não apenas pertinente, mas necessária para compreender como, em contextos concretos, essa rede se configura, se transforma ou permanece fragmentada.

A implantação das RAS apresenta como principais desafios a fragmentação do sistema de saúde brasileiro; a insuficiência de recursos financeiros para o SUS, e a consequente insuficiência de serviços; as dificuldades no processo de regionalização da saúde, especialmente em relação à governança regional; as dificuldades na regulação; e o modelo biomédico hegemônico (Silva, 2011; Shimizu, 2013). Estudos recentes indicam que o SUS transita entre um sistema fragmentado (o caos), redes poliárquicas em consolidação (a organização) e experiências criativas de integração (a criatividade), revelando a heterogeneidade e a complexidade do processo de implementação (Tofani *et al.*, 2021). Esses desafios, amplamente descritos no âmbito das RAS, manifestam-se de forma particular na RASB, agravados por sua histórica marginalização nas agendas de gestão.

A superação desses entraves exige uma governança forte, planejamento participativo e mecanismos consistentes de monitoramento e avaliação. Em muitos contextos, a fragmentação da gestão e a ausência de fluxos regulatórios contínuos comprometem a coordenação do cuidado e a articulação entre os serviços. Embora a APS seja reconhecida como ordenadora da rede, ela ainda enfrenta limitações materiais e simbólicas que restringem seu protagonismo. Além disso, a fragilidade das instâncias de pactuação interfederativa e a carência de recursos humanos e tecnológicos dificultam o funcionamento articulado das redes regionais. Persistem, assim, distâncias entre o desenho normativo e a realidade dos serviços, reforçando a necessidade de amadurecimento conceitual e prático sobre os mecanismos de integração (Tofani *et al.*, 2021).

É nesse contexto de recente consolidação normativa e de persistentes desafios de implementação que se insere a discussão conceitual sobre a Rede de Atenção à Saúde Bucal.

3.2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A rede de atenção à saúde bucal constitui uma das expressões da consolidação das RAS no âmbito do SUS, articulando ações de promoção, prevenção e cuidado especializado em um sistema regionalizado e hierarquizado. Sua conformação reflete a transição de um modelo centrado no

atendimento individual e curativo para um modelo orientado pela integralidade e pela coordenação do cuidado, no qual a APS assume papel estruturante (Mendes, 2010; OPAS, 2011).

A trajetória da RASB tem origem na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, chamada Brasil Sorridente, em 2004, que inaugurou uma nova orientação sistêmica ao modelo assistencial odontológico. Foram instituídas diretrizes com ações multidisciplinares e intersetoriais, com a ampliação do acesso aliado a adoção de um atendimento acolhedor e integral. Houve expansão e qualificação da atenção especializada com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além da adoção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica, com incentivos financeiros para a sua implantação (Brasil, 2004). Autores como Barros e Barbosa (2022) ressaltam que a PNSB representou um avanço estrutural significativo, ao deslocar a saúde bucal de práticas fragmentadas para uma política pública estruturante, alinhada aos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

A estrutura operacional da RASB é composta por pontos de atenção articulados por sistemas de apoio e logístico. Essa articulação envolve a equipe de saúde bucal como centro de comunicação da rede, em conexão com serviços de maior densidade tecnológica, sistemas diagnósticos e apoio terapêutico.

A APS desempenha função central na coordenação do cuidado em um território delimitado, atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em saúde bucal. A Atenção especializada ambulatorial é composta pelos Centros de Especialidades Odontológicas, que contam com profissionais atuando nas especialidades mínimas definidas normativamente, e em outras especialidades conforme o perfil epidemiológico da população, assegurando a continuidade terapêutica e reabilitação. A Atenção especializada hospitalar, por sua vez, corresponde ao ponto de atenção de maior densidade tecnológica da rede, destinado ao manejo de condições de alta complexidade, como procedimentos odontológicos sob anestesia geral, atendimento a pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar e diagnóstico e tratamento do câncer de boca.

Os Sistemas de apoio diagnóstico englobam os laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, além do apoio farmacêutico que contempla a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal. Enquanto o Sistema Logístico tem como objetivo integrar os nós da rede, facilitando a comunicação entre os pontos de atenção. São representados pelo sistema de regulação, com a orientação de fluxos, protocolos ou diretrizes de orientação aos serviços e ações em saúde bucal; pelo sistema de referência e contrarreferência; pelos sistemas de prontuário clínico eletrônico; e pela disponibilização de transporte aos usuários (Mendes, 2010; Brasil, 2010).

A publicação da Lei nº 14.572/2023 (Brasil, 2023) instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal como componente formal do SUS, alterando a Lei nº 8.080 para a incluir a saúde bucal como campo de atenção específico. Esse marco jurídico consolida o direito à saúde bucal como parte integrante. Com isso, a partir desta publicação, a atenção à saúde bucal deixa de ser apenas uma política de saúde e passa a ser incluída na Constituição como um direito de todo cidadão.

A consolidação normativa da RASB foi reforçada pela publicação da Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, posteriormente retificada em março de 2025, que altera a Portaria de Consolidação nº 3/2017 para instituir formalmente a RASB no âmbito da PNSB. A nova norma define a RASB como o conjunto articulado de ações e serviços de saúde bucal de diferentes níveis de atenção, direta ou indiretamente vinculados ao SUS, organizados de modo a garantir a integralidade, a acessibilidade e a equidade do cuidado (Brasil, 2024). Entre seus princípios orientadores, destacam-se a interdisciplinaridade, a ética e a humanização no atendimento, o planejamento ascendente e participativo, e a incorporação de inovações tecnológicas e digitais, com ênfase na teleodontologia e na transformação digital do SUS.

A estrutura operacional da rede, conforme o anexo da portaria, contempla a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada Ambulatorial, a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, além dos sistemas de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico. Entre os seus objetivos específicos estão ampliar o acesso da população aos serviços, qualificar continuamente os profissionais, fortalecer a integração intersetorial e fomentar o desenvolvimento tecnológico e

a inovação em saúde bucal. O documento também estabelece que o detalhamento dos mecanismos de organização, regulação, financiamento e avaliação serão detalhados em atos complementares posteriores (Brasil, 2024).

A temática de RASB tem sido discutida na literatura, especialmente com foco na descrição do seu funcionamento. Basso *et al.* (2019) descrevem como ocorreu a implantação da RASB no Distrito Federal, descrevendo as etapas realizadas para essa mudança, como a formulação da Linha Guia de Saúde Bucal, que definiu a organização nos níveis de atenção, determinando os critérios para acolhimento e priorização da demanda, além do fluxo do usuário na RASB. A mudança do antigo modelo para a construção da RASB é realizada com o intuito de ser resolutivo às condições de saúde agudas e crônicas, fazendo com que o atendimento seja realizado no nível de atenção adequado.

Em um estudo qualitativo realizado com os gestores de saúde dos municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de Santa Catarina, foi observado que há oferta de atendimentos nos três níveis de atenção, porém o atendimento se encontra em diferentes estágios de implementação da RASB. Foram observadas atividades que reforçam a consolidação da rede como o uso de ferramentas para integração dos serviços de atenção básica aos especializados (protocolos, referência e contrarreferência) e a indicação da Atenção Básica como coordenadora da rede. Dentre as dificuldades encontradas, foram descritas: o diagnóstico da condição de saúde bucal populacional que não é feito rotineiramente; as fragilidades dos sistemas logísticos e de governança, além da necessidade de ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, operando segundo princípios de vigilância à saúde (Godoi, Mello e Caetano, 2014).

Giongo *et al.* (2015), a partir de entrevista com o gestor, construíram um mapa com todos os pontos de atenção à saúde bucal do município de Maringá (Paraná), indicando as condições e extensões da RASB que se mostrou nesta cidade ser uma rede estruturada com todos os níveis de complexidade nas diferentes regiões do município, além de possuir parcerias com o consórcio intermunicipal e instituição de ensino superior. Benelli *et al.*, (2019) também realizaram um mapeamento da RASB de Canoas (Rio Grande do Sul), porém, com base em dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Demonstraram que a

RASB está bem estruturada, no entanto com necessidade de melhorias visto que a maior parte das equipes apresentou desempenho mediano ou abaixo da média no PMAQ-AB. Este trabalho não apresentou um detalhamento referente aos fluxos de atendimento do nível de atenção terciária com os outros níveis, relatou apenas o atendimento dos pacientes com necessidades especiais que é realizado em ambiente hospitalar.

Estudos recentes demonstram que, apesar dos avanços estruturais, a avaliação da saúde bucal no SUS permanece predominantemente fragmentada, concentrada em componentes isolados da rede, como a APS, os CEOs ou ações específicas, e não na RASB como um sistema integrado. Uma metassíntese sobre a PNSB indica que a maioria das pesquisas descreve funcionalidades, cobertura, estrutura e processos, mas raramente articula esses elementos como parte de uma rede assistencial dotada de coordenação, governança e fluxos estruturados (Costa Junior, 2021). Da mesma forma, estudos nacionais sobre indicadores de saúde bucal mostram que os indicadores oficiais monitoram essencialmente cobertura e produção de procedimentos, sem avaliar integração entre níveis ou coordenação do cuidado (França *et al.*, 2020). Avaliações regionais baseadas no PMAQ-AB evidenciam importantes desigualdades na qualidade da atenção bucal entre regiões e municípios, porém seguem restritas à análise da Atenção Primária à Saúde, sem captar como essas diferenças repercutem na articulação entre níveis de atenção ou na integralidade da RASB (Amaral Júnior *et al.*, 2020). Análises da estrutura dos serviços odontológicos na APS também evidenciam desigualdades de acesso, oferta de procedimentos e disponibilidade de infraestrutura, sinalizando a necessidade de articulação interfederativa mais robusta (Gonçalves *et al.*, 2020).

Essas evidências reforçam que o diferencial deste estudo consiste em propor um modelo avaliativo centrado na rede como um todo — integrando dimensões estruturais, logísticas, organizacionais e assistenciais — e não apenas avaliar segmentos isolados da atenção odontológica.

3.3. AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A avaliação das Redes de Atenção à Saúde constitui um campo estratégico para o aprimoramento do SUS, pois permite compreender de que modo as políticas e os arranjos organizacionais têm contribuído para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Avaliar redes implica analisar não apenas seus resultados, mas também os processos e as interações entre os diferentes pontos de atenção, níveis de gestão e atores envolvidos. Assim, este capítulo tem por objetivo apresentar os principais referenciais teóricos e metodológicos utilizados nas avaliações de redes de atenção, os quais servirão de base conceitual e empírica para a construção do modelo avaliativo proposto nesta tese. O referencial teórico revisado e sistematizado a seguir ofereceu subsídios para a formulação do modelo teórico-lógico e da matriz de análise e julgamento, permitindo compreender as dimensões essenciais ao funcionamento das RAS.

A análise de redes de saúde constitui um desafio teórico-metodológico no campo da Saúde Coletiva, exigindo abordagens que contemplem simultaneamente dimensões estruturais, relacionais e simbólicas. Deve-se compreender e superar uma visão meramente organizacional, incorporando o estudo das interações, fluxos e vínculos entre os atores institucionais e comunitários (Amaral e Bosi, 2017). Tal perspectiva orienta o presente trabalho, que adota a concepção das RAS como sistemas abertos, dinâmicos e interdependentes.

Avaliar redes de atenção em saúde é um desafio conceitual e metodológico, pois exige compreender sistemas complexos compostos por múltiplos serviços e diferentes densidades tecnológicas, em permanente interação e interdependência, inclusive no aspecto gerencial (Da Costa, 2025). A avaliação, nesse contexto, ultrapassa a simples mensuração de indicadores e requer o reconhecimento das redes como sistemas abertos, que operam sob a lógica da integralidade do cuidado. Diversos autores apontam que a análise das RAS deve considerar as dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme o referencial de Donabedian, articuladas às dimensões de governança, coordenação do cuidado e integração assistencial, destacadas por Mendes e outros estudiosos das redes (Lima e Lima, 2013; Sampaio e Bispo Júnior, 2021; Maia *et al.*, 2025).

O uso de modelos teóricos tem se mostrado essencial para compreender e representar os processos de utilização e provisão dos serviços de saúde, permitindo explicitar as relações entre insumos, atividades e resultados e revelar os mecanismos pelos quais as ações produzem efeitos sobre o sistema e sobre a saúde das populações (Gliedt *et al.*, 2023).

Entre os estudos analisados, destaca-se a revisão integrativa conduzida por Tofani *et al.* (2021) que sistematizou a produção científica sobre as RAS no Brasil, evidenciando cinco núcleos centrais: o paradigma das redes, o papel da Atenção Básica como coordenadora, a regionalização e governança, o cuidado em rede e os desafios de implementação. A revisão conclui que os principais dilemas teóricos e práticos das RAS residem na superação da fragmentação do cuidado e na construção de arranjos cooperativos e interdependentes entre os entes federativos, reforçando a necessidade de instrumentos avaliativos capazes de capturar tais dinâmicas (Tofani *et al.*, 2021).

Outro estudo relevante é o de Schiller *et al.* (2021), que realizou a validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-Infantil (IARAMI). Adaptado do instrumento proposto por Mendes, o IARAMI foi desenvolvido para medir o grau de integração e maturidade das redes, por meio de sete dimensões teóricas — população, atenção primária, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança e modelo de atenção à saúde —, utilizando métodos quantitativos (alfa de Cronbach e análise fatorial) e qualitativos (painel Delphi). Os resultados confirmaram sua confiabilidade e validade, demonstrando o potencial dos instrumentos avaliativos para apoiar a gestão e a tomada de decisão (Schiller *et al.*, 2021).

Nesse mesmo campo de desenvolvimento metodológico, o trabalho de Araujo *et al.* (2016) propôs um conjunto de indicadores de desempenho para avaliação das RAS, com base em revisão de literatura e validação por grupo nominal de especialistas. O estudo resultou em dez indicadores-chave, organizados nas dimensões de estrutura, processo e resultado, cobrindo componentes como Atenção Primária, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Logísticos e Governança. Essa proposta representa um avanço metodológico importante ao integrar abordagens quantitativas e qualitativas, permitindo mensurar a efetividade e a capacidade de resposta das redes de

maneira comparável entre diferentes contextos regionais. Além disso, reforça a necessidade de validação empírica de instrumentos que possam ser aplicados em redes específicas, como a Rede de Atenção à Saúde Bucal (Araujo, 2016).

No âmbito das iniciativas nacionais, destaca-se o Projeto Redecin Brasil, que buscou construir um modelo metodológico de monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde no território brasileiro. Essa proposta representou um importante esforço do Ministério da Saúde em articular, de forma padronizada, indicadores e dimensões avaliativas comuns às redes temáticas, promovendo maior comparabilidade entre elas. O Redecin foi estruturado em três eixos: monitoramento da estrutura e cobertura dos serviços, análise de processos de trabalho e acompanhamento de resultados sanitários, constituindo-se como base técnica para o desenvolvimento de metodologias avaliativas descentralizadas e adaptáveis às realidades regionais. Essa iniciativa reforça a importância de instrumentos integradores que favoreçam o uso de dados e indicadores como suporte contínuo à gestão das redes (Ribeiro *et al*, 2021).

No caso da Rede Cegonha, as experiências metodológicas também têm contribuído significativamente para o avanço das práticas avaliativas no SUS. Em um estudo conduzido por Bittencourt *et al.* (2021), foi analisado o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em 606 maternidades vinculadas à Rede Cegonha, utilizando uma matriz de julgamento composta por cinco diretrizes, 17 dispositivos e 60 itens de verificação. O estudo combinou métodos quantitativos e qualitativos, incluindo entrevistas com gestores, profissionais e puérperas, além de observação direta e análise documental, evidenciando diferenças regionais e desigualdades no processo de implantação. Resultados semelhantes foram identificados por Silva *et al.* (2021), que analisaram o processo de devolutiva do segundo ciclo avaliativo da Rede Cegonha, destacando o desafio de incorporar o monitoramento e a avaliação no cotidiano das maternidades e a importância da participação das três esferas de gestão. O conjunto dessas avaliações reforça a potencialidade dos estudos de grande escala para captar desigualdades regionais e fortalecer a cultura avaliativa das redes temáticas no SUS

Experiências avaliativas em redes temáticas voltadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também oferecem aprendizados relevantes

para a formulação de modelos avaliativos. O estudo de Santos *et al.* (2017), que avaliou a Rede de Atenção ao Portador de Hipertensão Arterial em uma região de saúde de Mato Grosso do Sul, adotou um modelo avaliativo baseado nas dimensões propostas por Mendes (2010) — Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Governança. A avaliação evidenciou baixo grau de integração entre os níveis de atenção, dificuldades de comunicação e fragilidade nos mecanismos de regulação e referência, indicando que, apesar da existência formal da rede, sua operacionalização permanecia fragmentada. A principal contribuição desse estudo reside na sistematização de um instrumento avaliativo aplicável a diferentes contextos temáticos, servindo de base comparativa para novas experiências de avaliação (Santos *et al.*, 2017).

De forma semelhante, o estudo de Dubeux, Freese e Reis (2010) avaliou a rede hospitalar de urgência e emergência em Pernambuco, analisando critérios de estrutura e processo, conforme preconizado para os sistemas regionais de referência. O trabalho revelou heterogeneidade entre hospitais macro e microrregionais e destacou a necessidade de fortalecimento das políticas de descentralização e qualificação da atenção hospitalar como parte integrante das RAS. Essa avaliação reforça que os desafios da integração não se restringem à atenção primária, mas também à articulação com os serviços de maior complexidade.

De modo semelhante, Medeiros e Gerhardt (2015), ao avaliarem a Rede de Atenção à Saúde em pequenos municípios, destacaram as limitações estruturais e organizacionais enfrentadas por gestões locais na consolidação de arranjos regionais de atenção. O estudo evidenciou que a escassez de recursos humanos especializados, a rotatividade de profissionais e a baixa capacidade de gestão regional comprometem a coordenação do cuidado e a integração entre os serviços. Entretanto, também revelou que iniciativas locais de cooperação intermunicipal e articulação solidária podem compensar parte dessas deficiências, desde que acompanhadas de mecanismos de governança participativa e apoio técnico estadual. Essa perspectiva é particularmente relevante para regiões de menor densidade populacional e infraestrutura limitada, como o Amapá, onde a capilaridade e a integração intermunicipal tornam-se fundamentais para a efetividade das redes.

Outro conjunto significativo de experiências avaliativas refere-se à Rede de Atenção Psicossocial, uma das mais consolidadas no SUS em termos de estrutura normativa e diversidade de serviços. Diferentes estudos têm buscado mensurar o grau de implantação e a capacidade de resposta dessa rede frente às demandas territoriais de saúde mental, destacando desafios relacionados à governança, integração intersetorial e financiamento. No estudo conduzido por Maia *et al.* (2025) foi elaborado e validado um indicador sintético para avaliar a distribuição e a disponibilidade de serviços da RAPS no território nacional. O índice integra variáveis referentes à estrutura (como cobertura de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, leitos psiquiátricos e equipes multiprofissionais) e à oferta de ações substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, permitindo comparações regionais. A pesquisa evidenciou fortes desigualdades territoriais, especialmente entre Norte e Sul do país, e indicou a necessidade de incorporar indicadores de qualidade e resolutividade nos instrumentos de monitoramento das redes.

De forma complementar, Sampaio e Bispo Júnior (2021) analisaram a implantação da RAPS em municípios baianos a partir das seguintes dimensões: estrutura e composição; organização e articulação; e integralidade da atenção e articulação intersetorial. Os resultados apontaram que, embora a estrutura básica da rede estivesse presente, persistiam lacunas na comunicação entre os pontos de atenção e na continuidade do cuidado, além de fragilidades na articulação com outras políticas públicas, como assistência social e educação. Por sua vez, o estudo de Meirelles e Kantorrski (2020) utilizou a teoria habermasiana da ação comunicativa para compreender as relações de poder e diálogo nos processos decisórios da gestão em rede. A análise revelou que a efetividade da RAPS depende não apenas de recursos estruturais, mas também da qualidade das interações comunicativas entre gestores e trabalhadores, o que reforça a necessidade de abordagens avaliativas que incorporem dimensões subjetivas e simbólicas da gestão.

No campo da reabilitação física, Lima e Lima (2013) avaliaram a implantação da Rede Estadual de Atenção à Saúde de Pernambuco, com foco na estruturação dos serviços e na articulação entre os níveis de atenção. O estudo utilizou indicadores de gestão, atenção e controle social, identificando desigualdades regionais e classificando a implantação como intermediária. Os

resultados apontaram avanços na organização da rede, mas também evidenciaram limitações relacionadas à infraestrutura e à insuficiência de recursos humanos especializados. Essa experiência reforça a importância da avaliação como ferramenta de gestão e da corresponsabilização entre as esferas estadual e municipal na consolidação das redes de atenção à saúde.

Em conjunto, esses estudos demonstram a maturidade metodológica alcançada nas avaliações da RAPS, que combinam técnicas quantitativas e qualitativas, exploram dimensões de estrutura, processo e comunicação, e propõem índices e instrumentos validados. A consolidação de tais práticas avaliativas contribui para o fortalecimento de uma cultura de avaliação em saúde, essencial para a institucionalização de políticas públicas mais responsivas e integradas.

Essas experiências reforçam a importância de metodologias integradas, que combinem avaliação participativa, rigor técnico e validação empírica, permitindo que os resultados sirvam tanto à reflexão acadêmica quanto à gestão pública. Ao considerar tais evidências, a presente pesquisa propõe a construção de um modelo avaliativo multidimensional, inspirado nas abordagens anteriores, mas ajustado à realidade regional e temática da Rede de Atenção à Saúde Bucal. O modelo busca integrar dimensões operacionais, gerenciais e relacionais, reafirmando a avaliação como instrumento de qualificação da gestão e fortalecimento da governança das redes de atenção à saúde.

A revisão de literatura contemplou estudos avaliativos de diferentes redes e dimensões analíticas, abrangendo desde abordagens teóricas e metodológicas (Amaral; Bosi, 2017; Da Costa, 2025) até experiências empíricas voltadas à construção de instrumentos e indicadores de desempenho (Araujo *et al.*, 2016) e modelos nacionais de monitoramento (Ribeiro *et al.*, 2021). Essa diversidade de enfoques permitiu identificar convergências e lacunas nas estratégias avaliativas, subsidiando a formulação do modelo teórico-lógico e da matriz de análise e julgamento desta pesquisa. O Quadro 2 sintetiza os principais estudos incluídos nesta revisão, destacando suas temáticas, metodologias e dimensões de análise, de modo a evidenciar a pluralidade de referenciais que orientam a avaliação das Redes de Atenção à Saúde.

Quadro 2: Estudos avaliativos de Redes de Atenção à Saúde

Autor(es)/ Ano	Temática da RAS	Dimensões de análise / Principais enfoques
Amaral; Bosi (2017)	Abordagem teórico-metodológica das RAS	Discussão crítica sobre a avaliação de redes de atenção; análise das inter-relações entre ideal teórico e prática; necessidade de clarificação conceitual de “pontos” e “interconexões” da rede.
Da Costa (2025)	Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação das RAS	Enfatiza os desafios da avaliação de sistemas complexos, destacando a importância da integralidade, da governança e das interações entre os níveis de atenção.
Dubeux, Freese; Reis (2010)	Rede de Urgência e Emergência	Estrutura (física, organizacional e recursos humanos) e processo (atividades de rotina, referência e contrarreferência).
Lima e Lima (2013)	Rede Estadual de Reabilitação (Pernambuco)	Estrutura, gestão, atenção e controle social; identificação de desigualdades regionais e grau intermediário de implantação.
Medeiros; Gerhardt (2015)	RAS em pequenos municípios	Limitações estruturais e organizacionais; governança participativa e articulação intermunicipal.
Araujo <i>et al.</i> (2016)	Indicadores de desempenho das RAS	Desenvolvimento e validação de indicadores nas dimensões de estrutura, processo e resultado.
Santos <i>et al.</i> (2017)	Rede de Atenção ao Portador de Hipertensão Arterial	Avaliação com base nas dimensões: APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Logísticos e Governança.
Tofani <i>et al.</i> (2021)	Revisão integrativa sobre RAS	Síntese das evidências sobre o paradigma das redes, papel da APS, governança, cuidado em rede e desafios de implementação.
Schiller <i>et al.</i> (2021)	Rede Materno-Infantil (IARAMI)	Validação de instrumento com sete dimensões teóricas: população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logísticos, governança e modelo de atenção.
Bittencourt <i>et al.</i> (2021)	Rede Cegonha	Avaliação da implantação das boas práticas de parto e nascimento; matriz de julgamento com cinco diretrizes e 60 itens; análise quantitativa e qualitativa.
Silva <i>et al.</i> (2021)	Rede Cegonha	Avaliação da devolutiva do segundo ciclo avaliativo; desafios do monitoramento e da participação das esferas de gestão.
Ribeiro <i>et al.</i> (2021)	Projeto Redecin Brasil	Modelo metodológico nacional para monitoramento e avaliação das RAS; eixos de estrutura, processos de trabalho e resultados sanitários.
Sampaio e Bispo Júnior (2021)	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Estrutura e composição, articulação intersetorial e integralidade do cuidado.
Meirelles e Kantorski (2020)	RAPS – Ação Comunicativa	Uso da teoria habermasiana para compreender relações de poder e diálogo na gestão; dimensões subjetivas e comunicativas na avaliação.
Nakata (2021)	Portador de DCNT	Avaliação das dimensões: Atenção Primária, Especializada e Alta Complexidade.

Fonte: Autoria própria.

A análise dos estudos avaliativos apresentados no Quadro 2 evidencia uma concentração de investigações realizadas nas regiões Sul, Sudeste e

Nordeste do país, com escassa produção empírica sobre a organização da atenção em saúde bucal na Região Norte. Essa assimetria territorial na produção científica reflete, em parte, as desigualdades históricas na capacidade instalada de pesquisa e na disponibilidade de dados sistematizados, mas também aponta para uma lacuna relevante no conhecimento sobre a conformação das redes de atenção em contextos amazônicos, marcados por grandes extensões territoriais, dificuldades de acesso, baixa densidade tecnológica e dependência de arranjos regionais para garantia da integralidade do cuidado.

A análise dos estudos apresentados evidencia que a avaliação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil vem evoluindo de modo significativo, incorporando metodologias mais robustas e abordagens multidimensionais. Observa-se um movimento progressivo de ampliação do escopo avaliativo, não se restringindo apenas a indicadores estruturais, mas analisando adicionalmente aspectos relacionados à governança, à integração intersetorial e à experiência dos usuários. Esse avanço metodológico reflete o amadurecimento das políticas públicas de saúde, que têm buscado superar a fragmentação e promover maior coerência entre as diretrizes normativas e as práticas locais. Contudo, persistem desafios importantes, sobretudo no que diz respeito à institucionalização da cultura de avaliação, à disponibilidade de dados consistentes e à utilização sistemática dos resultados no planejamento e na gestão das redes.

Nesse contexto, constata-se que a consolidação de modelos avaliativos contextualizados e adaptáveis às realidades regionais é essencial para fortalecer a gestão do SUS e qualificar as práticas de cuidado. As experiências revisadas demonstram que as avaliações de redes podem servir não apenas como instrumentos de diagnóstico, mas também como ferramentas de transformação e aprendizagem institucional. Assim, ao propor um modelo avaliativo multidimensional voltado à Rede de Atenção à Saúde Bucal, esta tese se alinha ao esforço coletivo de aprimorar a capacidade avaliativa do sistema, contribuindo para o fortalecimento da governança, da integração dos serviços e da efetivação da integralidade do cuidado no SUS.

4. METODOLOGIA

4.1. DESENHO DA PEQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), realizada como estudo de caso, cujo objetivo é aferir o grau de implantação da RASB na região central de saúde do Estado do Amapá. A análise de implantação busca compreender em que medida uma intervenção é implementada conforme sua teoria, identificar variações e explorar determinantes contextuais que influenciam seus resultados (Hartz, 1997). A opção pela região central justifica-se por sua relevância organizacional no estado, sua diversidade de arranjos assistenciais e pela disponibilidade de informações necessárias ao estudo.

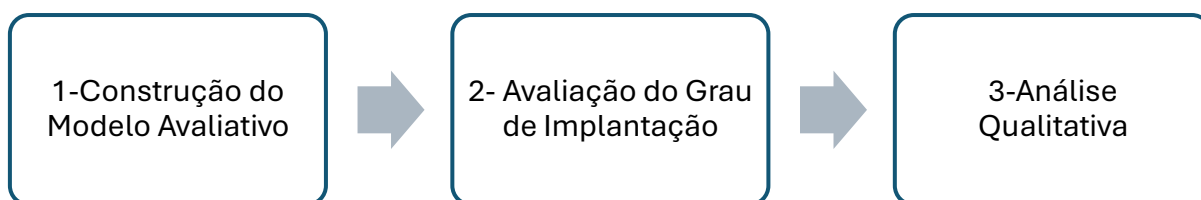
Neste estudo, a intervenção corresponde à RASB enquanto arranjo organizacional complexo do Sistema Único de Saúde, abrangendo seus componentes estruturais, logísticos, assistenciais e gerenciais, conforme estabelecido na Política Nacional de Saúde Bucal, na Lei nº 14.572/2023 e na Portaria GM/MS nº 6.213/2024. A teoria da intervenção foi desenvolvida no processo de construção e validação de um modelo avaliativo específico para a RASB, concebido e publicado como Artigo 01 desta tese. Esse Modelo Teórico e o correspondente Modelo Teórico Lógico explicitam a racionalidade da rede, as relações causais esperadas e os mecanismos pelos quais seus componentes devem produzir resultados. A Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), igualmente validada por especialistas por meio da técnica Delphi, fornece as dimensões, indicadores e critérios que orientam a análise de implantação.

A adoção da abordagem mista justifica-se pela complexidade da intervenção: a dimensão quantitativa permite calcular o grau de implantação a partir da MAJ, enquanto a qualitativa possibilita interpretar como fatores organizacionais, gerenciais e territoriais influenciam a operacionalização da rede, ampliando a robustez explicativa dos achados (Tanaka; Melo, 2004; Minayo, 2014). A escolha pelo estudo de caso, por sua vez, fundamenta-se na possibilidade de exame

aprofundado de um conjunto restrito de unidades de análise, permitindo compreender a RASB em sua integralidade e dinâmicas internas (Yin, 2015).

A pesquisa foi estruturada em três etapas articuladas: (1) construção da teoria da intervenção, expressa no modelo avaliativo multidimensional previamente validado; (2) avaliação do estágio de implantação da RASB com base na matriz de indicadores; e (3) análise qualitativa do contexto da implantação, visando interpretar resultados, identificar convergências e tensões e compreender fatores que facilitam ou dificultam o funcionamento da rede. Essa organização assegura coerência entre teoria, mensuração e interpretação, conforme preconizado na literatura de avaliação em saúde. A Figura 2 sintetiza graficamente essas etapas e sua articulação no percurso metodológico da tese.

Figura 2: Fluxograma geral da tese



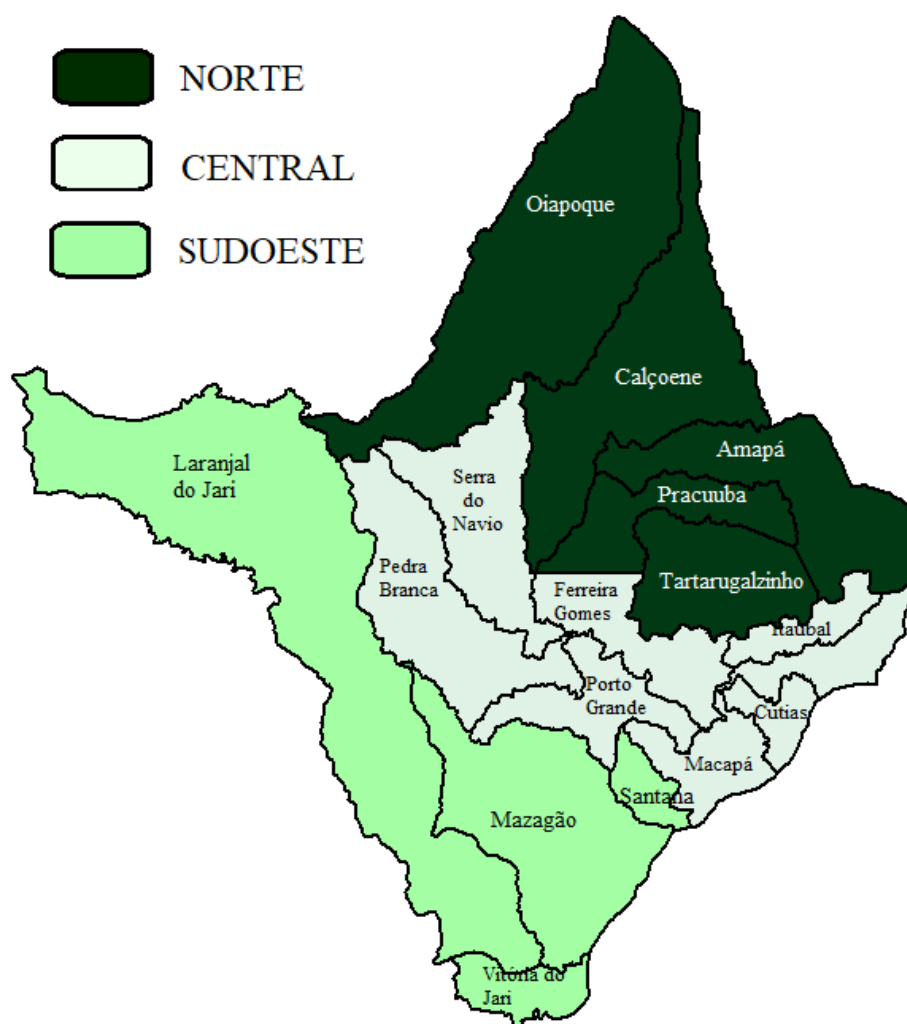
Fonte: Autoria própria.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O Estado do Amapá conta com uma população 703.508 habitantes distribuídos numa área de 142.471 km², com densidade demográfica de 5,15 hab/km² e um índice de Desenvolvimento Humano(IDH) 0,688 no ano de 2021 (IBGE,2023). É o Estado que detém uma das maiores médias nacionais de urbanização (89,8% dos habitantes vivem em zonas urbanas), sendo que Macapá, a capital do Estado, abriga mais da metade da população estadual (IBGE, 2019). Dentre as principais atividades econômicas exercidas no Estado destacam-se as relacionadas à administração pública, ao setor agropecuário (agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura), ao saneamento

básico (água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação) (IBGE, 2021), e o setor industrial (indústrias extrativas, serviços industriais de utilidade pública, construção, alimentos, químicos e móveis) (CNI, 2019). Além disso, há outros setores que contribuem com o desempenho socioeconômico do estado, como, por exemplo, os setores de educação, de eletricidade e gás, de comunicação, de saúde humana, entre outros.

O Estado do Amapá é dividido em 3 regiões de saúde: região norte, central e sudoeste. A região norte é composta pelos municípios de Tartarugalzinho, Pracuúba, Amapá, Calçoene e Oiapoque e apresenta uma baixa capacidade instalada de recursos tecnológicos, uma insuficiência de recursos humanos e uma Atenção Primária à Saúde deficiente. A região sudoeste é composta pelos municípios de Vitória do Jari, Laranjal do Jari, Mazagão e Santana, e apresenta uma baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos. A região central é formada por 7 municípios que são Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias, Itaubal e Macapá, nela estão concentrados a maioria dos estabelecimentos de saúde, recursos humanos especializados e densidade tecnológica mais elevada, sendo este o motivo de sua seleção para o estudo de caso (figura 03).

Figura 3: Mapa das regiões de saúde do Amapá

Fonte: Autoria Própria

4.2.1. Infraestrutura física e recursos humanos da RASB

Conforme dados disponibilizados pela Secretária de Saúde Estadual em 2023, o Estado conta com um total de 142 equipes de saúde bucal cadastradas e 193 cirurgiões-dentistas prestando atendimento na Atenção Básica. No Quadro 3, encontra-se o número de cirurgiões dentistas, de auxiliar do dentista e equipes de saúde bucal por município, assim como a população estimada.

Tabela 1: População estimada, número de cirurgiões-dentistas (CD), auxiliar do dentista (AUX), equipes de saúde bucal (ESB) e relação de ESB para cada 10 mil habitantes, por município. Amapá, 2023.

Região Saúde	Município	População Estimada (IBGE 2023)	CD (n)	AUX (n)	ESB (n)	ESB/ 3.500 hab
Região Norte	Oiapoque	28.534	5	5	5	0.61
	Calçoene Oiapoque	11.493	4	3	4	1.22
	Pracuuba	5.370	2	2	2	1.30
	Amapá	9.265	2	2	2	0.76
	Tartarugalzinho	18.217	4	4	4	0.77
Região Central	Macapá	522.357	99	97	55	0.37
	Pedra Branca do Amapari	17.625	5	5	5	0.99
	Ferreira Gomes	7.967	5	5	5	2.20
	Cutias	6.217	2	2	2	1.13
	Porto Grande	22.927	7	7	7	1.07
	Serra do Navio	5.577	3	3	3	1.88
	Itaubal	5.730	3	3	3	1.83
Região Sudoeste	Laranjal do Jari	51.362	15	15	15	1.02
	Vitória do Jari	16.572	7	7	7	1.48
	Santana	123.096	15	15	15	0.43
	Mazagão	22.053	15	15	9	1.43

Fonte: Autoria própria

A cobertura das Equipes de Saúde Família compostas por equipes de saúde bucal é de 53,72% da população e a cobertura de saúde bucal na atenção básica é de 76,49% (dez-2021).

Na atenção especializada o Estado conta com 4 CEO cadastrados no Ministério da Saúde, 2 CEO do tipo 3 em Macapá, sendo um de administração estadual e outra municipal, e mais um CEO tipo 1 em Santana e um tipo 2 em Pedra Branca, ambos de gestão municipal.

Estão credenciados no total 5 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, 1 no município do Amapá, 1 em Pedra Branca, 1 em Vitória do Jari e 2 em Macapá. O Estado também disponibiliza 2 unidades odontológicas móvel cadastradas, uma em Ferreira Gomes e outra em Itaubal.

Os serviços especializados em âmbito hospitalar de cirurgia bucomaxilofacial são oferecidos apenas em hospitais da capital e no município de Santana.

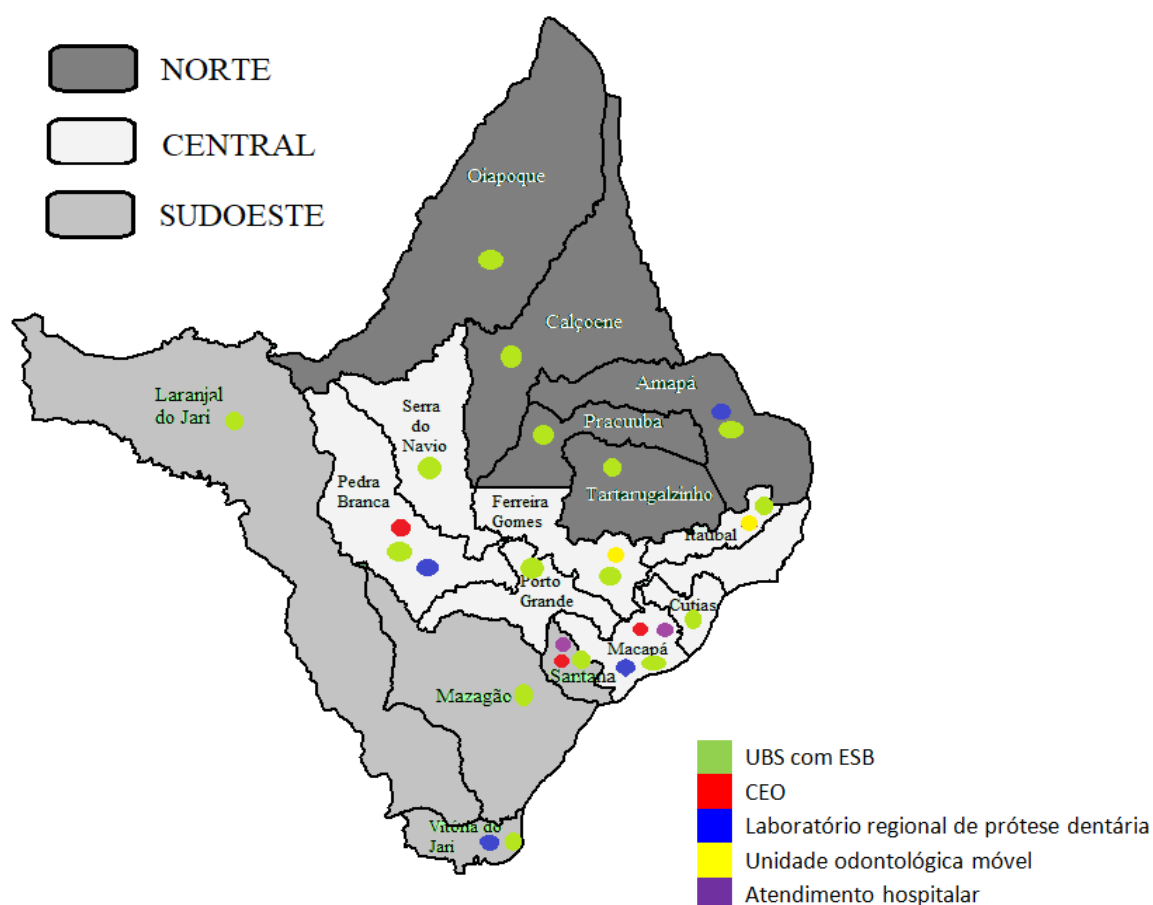
O Amapá apresenta uma população indígena de 11.334 pessoas, o que corresponde a 1,55% da população total do Estado (IBGE, 2023). Tal

particularidade contribui para a existência de atendimento odontológico voltado a essa população nos Distritos Sanitários Especial Indígenas (DSEI), que contam com o total de 7 cirurgiões –dentistas.

No ano de 2022 foi implantado o Pronto Atendimento Odontológico em algumas Unidades Básicas de Saúde da capital, que ficam responsáveis por esse atendimento de urgência.

Na figura 4 encontra-se a disposição dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal por município.

Figura 4: Distribuição dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal, por município. Amapá, 2023.



Fonte: Autoria própria

4.3. ELABORAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

A elaboração do modelo avaliativo da RASB foi conduzida como etapa inicial deste estudo, constituindo a construção da teoria da intervenção que fundamenta a análise de implantação. Essa etapa correspondeu ao desenvolvimento articulado de três produtos: o Modelo Teórico (MT), o Modelo Teórico-Lógico (MTL) e a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), posteriormente validados por especialistas. Todo o processo metodológico seguiu o proposto no Artigo 01 desta tese, no qual o modelo avaliativo foi apresentado e validado como instrumento multidimensional específico para a RASB.

A primeira etapa consistiu em uma revisão de literatura não sistematizada e análise documental, com o objetivo de identificar os componentes estruturais, logísticos, assistenciais e gerenciais da RASB, bem como compreender a lógica normativa que orienta seu funcionamento e analisar abordagens avaliativas até então empregadas, explorando modelos alternativos e indicadores de avaliação. Foram consultados artigos científicos publicados entre 2010 e 2025, localizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e PubMed, além de documentos técnicos e normativos que orientam a organização da saúde bucal no SUS, listados no quadro 4. Entre os documentos consultados destacam-se: a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, a Lei nº 14.572/2023 e a Portaria GM/MS nº 6.213/2024, que institui formalmente a RASB no âmbito da PNSB. Esses materiais constituíram o corpus utilizado para delimitar o objeto, identificar seus elementos constitutivos e mapear lacunas avaliativas existentes.

Quadro 3: Referências técnicas consultadas para a análise documental no estudo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Referência Técnica	Conteúdo Principal
Portaria de Redes GM/MS nº 4.279/2010	Defini as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS
Política Nacional de Saúde bucal- Brasil Sorridente 2004	Diretrizes, princípios e organização da Atenção à Saúde Bucal
Livro: Saúde Bucal no SUS	Manual técnico que organiza APS, especializada, hospitalar, sistemas de apoio e logística da RASB.
Lei nº14.572/2023	Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS e incorpora a saúde bucal como componente da Lei nº8.080/1990
Portaria GM/MS nº 6.213/2024	Institui formalmente a RASB na PNSB, define princípios, diretrizes, componentes e objetivos da rede.

Fonte: Autoria própria.

Com base nesse conjunto de evidências, foi construída uma primeira versão do MT, representando a RASB como um arranjo organizacional complexo composto por população, pontos de atenção, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e mecanismos de governança. Em seguida, elaborou-se o MTL, que buscou explicitar os encadeamentos causais esperados entre insumos, processos, resultados intermediários e resultados finais da rede, evidenciando a racionalidade subjacente da intervenção e os mecanismos pelos quais a articulação da rede deveria produzir integralidade e coordenação do cuidado.

Paralelamente à construção desses modelos, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento, estruturada a partir das dimensões identificadas no MT e no MTL. A matriz organizou os componentes em cinco dimensões avaliativas: Estrutura e Composição; Modelo de Atenção; Articulação e Integração da RASB; Organização e Gestão do Acesso; e Planejamento e Gestão. Para cada dimensão foram definidos critérios, indicadores e parâmetros de julgamento.

Antes da validação formal, o MT, o MTL e a MAJ foram apresentados e debatidos na disciplina “Seminário de Avaliação em Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Essa fase constituiu um momento importante de refinamento conceitual, no qual o

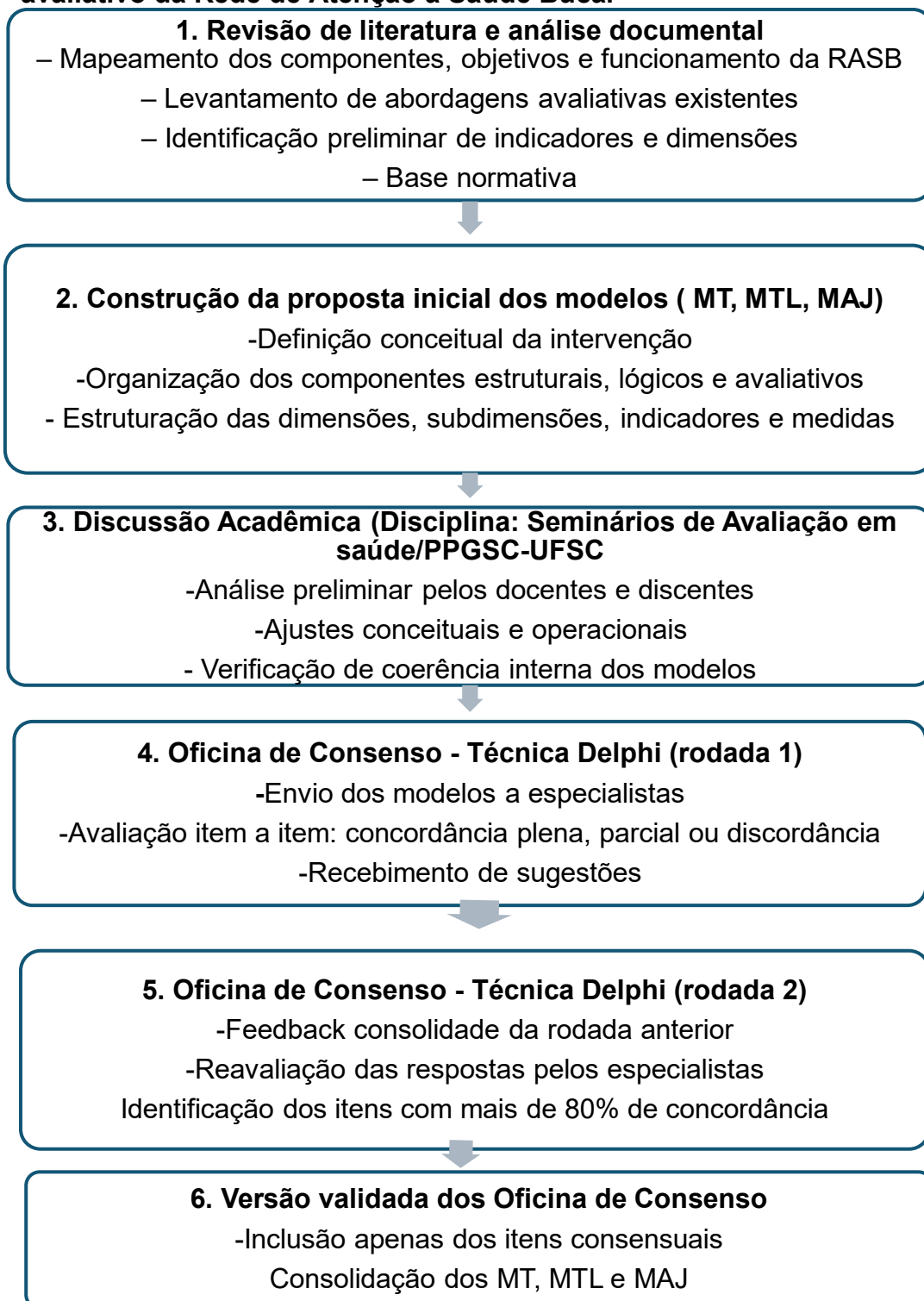
modelo passou por ajustes decorrentes das discussões realizadas, aumentando sua consistência teórica e aderência às práticas avaliativas em saúde.

A validação dos modelos e da matriz avaliativa ocorreu por meio da técnica Delphi, operacionalizada em duas rodadas eletrônicas. Foram convidadas 15 especialistas com experiência nas áreas de saúde bucal, avaliação em saúde e gestão de serviços; cinco aceitaram participar. Na primeira rodada, as participantes analisaram cada item dos modelos, indicando concordância total, parcial ou discordância, bem como sugerindo ajustes qualitativos. Na segunda rodada, receberam o feedback consolidado e reavaliaram suas respostas à luz das contribuições coletivas. Os indicadores, critérios e componentes que atingiram, no mínimo, 80% de concordância foram incorporados à versão final do modelo avaliativo.

Ao final desse processo, obteve-se um instrumento validado composto por MT, MTL e MAJ, que orientou a análise de implantação da RASB realizada na etapa subsequente desta pesquisa. Esse "avaliativo representa a teoria da intervenção adotada no presente estudo e constitui a base lógica e operacional que sustenta a integração entre as etapas quantitativa e qualitativa da tese.

O percurso metodológico seguido para a construção e validação do modelo avaliativo está representado esquematicamente na Figura 5 sintetizando as etapas sucessivas desde a revisão documental até a consolidação da versão final dos modelos.

Figura 5: Fluxo metodológico de construção do modelo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal



4.4. AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RASB NA REGIÃO CENTRAL DO AMAPÁ

A segunda etapa deste estudo consistiu em avaliar o grau de implantação da RASB da Região Central de Saúde do Amapá. Essa etapa foi guiada pela Matriz de Análise e Julgamento desenvolvida e validada no Artigo 01 da tese sendo composta por cinco dimensões — Estrutura e Composição da RASB, Organização e Gestão do Acesso, Articulação e Integração, Modelo de Atenção e Gestão e Planejamento — distribuídas em quatorze subdimensões, 55 indicadores e 103 medidas, elaboradas com base no Modelo Teórico e no Modelo Teórico-Lógico previamente desenvolvidos

A análise de implantação foi conduzida segundo a concepção de Hartz (1997), considerando que o grau de implantação resulta do confronto entre o que está normativamente previsto e o que se encontra efetivamente implementado. Assim, cada indicador da MAJ foi associado a fontes empíricas de evidência, permitindo atribuir escores e emitir um juízo de valor para cada dimensão e para o conjunto da rede.

A escolha da Região Central como cenário de investigação fundamentou-se na sua maior densidade tecnológica, maior disponibilidade de recursos humanos especializados e na presença de serviços que permitem a aplicação integral da matriz avaliativa, diferentemente das outras regiões do estado, onde a RASB se encontrava incipiente. Com isso, assegurou-se a viabilidade metodológica e a obtenção de informações suficientes para mensurar a implantação da rede em perspectiva regional.

4.4.1. Fonte dos dados e procedimentos de coleta

A coleta dos dados foi estruturada com a utilização de fontes primárias e secundárias, de forma a garantir triangulação e robustez analítica. As fontes primárias corresponderam a questionários autoaplicáveis, construídos diretamente a partir das medidas da MAJ e destinados ao coordenador estadual de saúde bucal, aos coordenadores municipais dos sete municípios da região,

aos gestores dos Centros de Especialidades Odontológicas e aos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. Os instrumentos continham questões fechadas, em formato binário ou em escala Likert, e foram disponibilizados via Google Forms. A coleta ocorreu no mês de janeiro de 2025, mediante envio dos links por aplicativo de mensagens. A taxa de resposta alcançou 100% entre os gestores estaduais, municipais e dos CEOs, e 43% entre os cirurgiões-dentistas.

As fontes secundárias incluíram dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referentes ao ano de 2024, extraídos em junho de 2025; e análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde do Amapá correspondentes ao mesmo período. Esses documentos permitiram verificar a participação de representantes da saúde bucal na governança estadual, bem como identificar em que medida temas relacionados à área foram incorporados à agenda decisória. Tais fontes complementaram as informações dos questionários e permitiram contextualizar a operacionalização da rede no território estudado.

4.4.2. Análise dos dados

A análise dos dados seguiu os parâmetros metodológicos definidos no modelo avaliativo. As respostas dos questionários foram organizadas em planilhas no Microsoft Excel, convertidas em escores variando de zero a quatro, conforme critérios estabelecidos previamente na matriz. Quando uma medida envolvia respostas de vários profissionais — como no caso dos cirurgiões-dentistas da APS — foi calculada a média aritmética simples. Os escores foram posteriormente transformados em percentuais, padronizando-se a pontuação máxima possível em 100%.

Para o cálculo dos indicadores, das subdimensões e das dimensões, utilizou-se a média aritmética dos percentuais obtidos, procedimento que assegura proporcionalidade entre os componentes da matriz e evita distorções relacionadas ao número de medidas ou indicadores de cada subdimensão. Em consonância com a lógica organizativa das Redes de Atenção à Saúde, determinadas medidas foram analisadas no nível da região de saúde e não por município, uma vez que a integralidade do cuidado não pressupõe a presença

de todos os serviços em cada território local, desde que o acesso seja garantido por pactuações regionais. Essa decisão metodológica respeita os princípios da regionalização e da complementaridade solidária do SUS.

O grau de implantação da região foi definido a partir da média simples dos resultados obtidos pelos sete municípios. Para interpretação e emissão do juízo avaliativo, adotou-se a seguinte classificação: 0%–25% como não implantado; 26%–50% como implantação incipiente; 51%–75% como implantação intermediária; e 76%–100% como implantação avançada.

4.5. ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

A etapa qualitativa da pesquisa teve como objetivo identificar e compreender, a partir da perspectiva dos gestores, os fatores que facilitam e dificultam a implantação da RASB na Região Central de Saúde do Estado do Amapá.

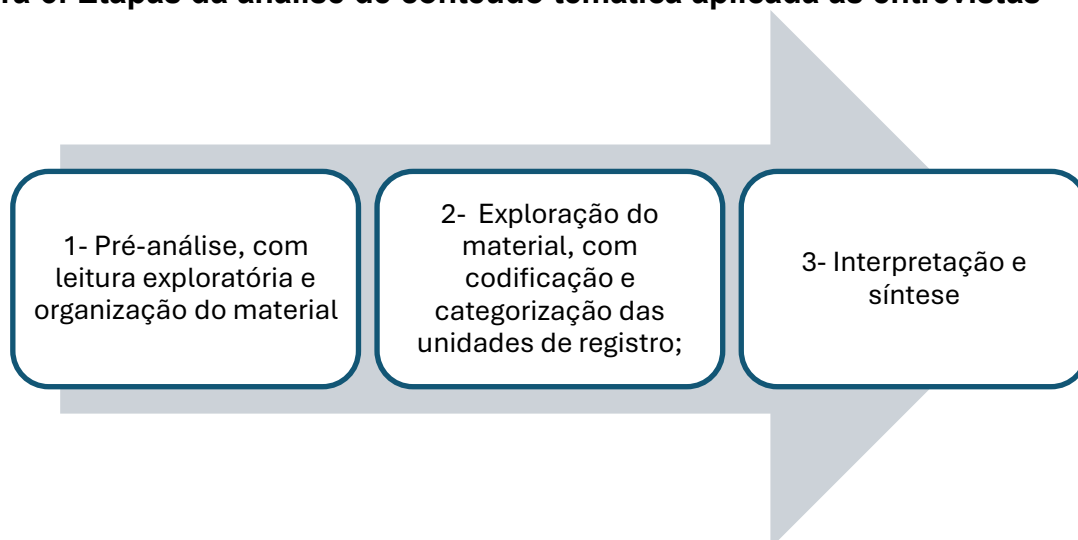
Nesta etapa, todos os coordenadores municipais e um estadual foram convidados, porém somente um gestor municipal recusou o convite. O contato inicial ocorreu por telefone, seguido do envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos participantes.

A coleta dos dados foi realizada entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas conduzidas pela pesquisadora doutoranda, sem vínculo prévio com os entrevistados. O roteiro de entrevista foi elaborado com base nas cinco dimensões do modelo avaliativo da RASB desenvolvido e validado previamente (Nunes; Colussi, 2025), servindo como eixo orientador das perguntas. As entrevistas tiveram duração média de 55 minutos e ocorreram presencialmente (duas) ou virtualmente via Google Meet (cinco), de acordo com a preferência dos participantes.

As perguntas contemplaram aspectos relacionados à formação profissional, às responsabilidades da gestão, ao funcionamento da atenção básica e da atenção especializada, e, principalmente, às percepções sobre barreiras, desafios e fatores favoráveis à implantação da RASB na região. Todo o conteúdo foi registrado em áudio, transcrito integralmente e organizado para análise.

A análise seguiu a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2004), com categorias pré-definidas a partir das dimensões do modelo avaliativo, combinadas a subcategorias emergentes relacionadas a facilidades e dificuldades relatadas pelos gestores. O processo analítico envolveu três etapas: (I) pré-análise, com leitura exploratória e organização do material; (II) exploração do material, com codificação e categorização das unidades de registro; e (III) interpretação e síntese, buscando compreender os significados atribuídos pelos gestores à dinâmica de implantação da RASB, às relações entre níveis de atenção, à estrutura disponível e ao papel da gestão municipal e estadual (Figura 6).

Figura 6: Etapas da análise de conteúdo temática aplicada às entrevistas



Fonte: Autoria Própria

Importante destacar que esta etapa qualitativa não teve como objetivo comparar ou integrar seus resultados aos achados quantitativos da avaliação do grau de implantação. Ela foi concebida como um estudo autônomo, dedicado exclusivamente a aprofundar a compreensão sobre percepções, desafios, práticas cotidianas e barreiras enfrentadas pelos gestores, sem articulação direta com os escores obtidos pela MAJ. A comparação entre métodos, quando necessária, será realizada em produção científica posterior.

As análises foram sistematizadas no software ATLAS.ti®, que atuou como ferramenta de apoio para organização e codificação dos dados.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº **74075923.8.0000.0003**, com parecer consubstanciado nº **6.705.002**, tendo como instituição proponente o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa, e somente após a anuência formal assinaram TCLE, conforme as diretrizes éticas nacionais para pesquisas em saúde.

5. RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados sob a forma de artigos científicos, em conformidade com o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme previsto no Artigo 60. A estruturação dos manuscritos foi delineada de modo a responder aos objetivos específicos da pesquisa, que compreendem: (I) propor e validar um modelo avaliativo para a Rede de Atenção à Saúde Bucal no âmbito do SUS; (II) aplicar esse modelo na região central de saúde do Estado do Amapá, determinando o grau de implantação da rede; e (III) analisar, sob a perspectiva dos gestores e coordenadores, os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam a operacionalização e consolidação da RASB no contexto estadual. Parte dos artigos já se encontra submetida a periódicos científicos, enquanto outros estão em fase de qualificação ou em processo de submissão. Cada manuscrito indicará, logo no início, seu respectivo status de publicação, situando o leitor quanto à sua etapa de desenvolvimento.

5.1.ARTIGO 01: MODELO AVALIATIVO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Este artigo apresenta o processo metodológico de construção e validação do modelo avaliativo desenvolvido para a avaliação da Rede de Saúde Bucal. O manuscrito já se encontra publicado na revista Caderno pedagógico, sob número DOI: 10.54033/cadpedv22n11-040. De autoria de Camila Santa Rosa Nunes e Claudia Flemming Colussi.

Artigo 1: Rede de Atenção à Saúde Bucal: Desenvolvimento e Validação de um Modelo Avaliativo Multidimensional

RESUMO

O artigo propõe um modelo avaliativo para a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo à ausência de instrumentos específicos para monitoramento e gestão dessa rede. A metodologia envolveu revisão documental, elaboração de um modelo teórico, teórico-lógico e matriz de análise e julgamento com validação realizada por especialistas via técnica Delphi. Foram definidas cinco dimensões avaliativas: Estrutura e Composição, Modelo de Atenção, Articulação e Integração da RASB, Organização e Gestão do Acesso e Planejamento e Gestão. Os resultados indicaram consenso sobre a pertinência dos componentes e indicadores, alcançando mínimo de 80% de concordância. Este modelo consolida-se como uma ferramenta robusta para avaliar o grau de implantação da RASB, identificar fragilidades operacionais, orientar o planejamento e, conseqüentemente, fortalecer a efetividade e a integralidade da atenção à saúde bucal no SUS. Conclui-se que o instrumento representa uma contribuição significativa para o aprimoramento das políticas públicas e a consolidação de uma gestão baseada em evidências na área de saúde bucal.

Palavras-chave: Rede de Atenção; Saúde Bucal; Avaliação em Saúde; Gestão; Planejamento.

INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil busca superar a fragmentação dos serviços para garantir a integralidade da atenção à saúde. Para enfrentar esse desafio, foi instituída a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que organizou a oferta de serviços por meio das Redes de Atenção à

Saúde (RAS), definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam assegurar a integralidade do cuidado”. A estruturação por meio das RAS é considerada fundamental nesse processo, pois procura responder às complexas necessidades de saúde da população brasileira, articulando uma oferta adequada de serviços a mecanismos eficazes de integração e articulação entre os componentes dessa rede.

Esse modelo organizativo também foi incorporado à saúde bucal, tendo a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como principal diretriz norteadora. No entanto, apenas em dezembro de 2024, com a publicação da Portaria nº 6.213, foi instituída e regulamentada a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) como parte integrante da PNSB (Brasil, 2024).

Apesar dos avanços promovidos pela PNSB, que estabeleceu diretrizes e ações para a rede de saúde bucal no SUS, a literatura aponta desafios persistentes. Evidencia-se uma carência de estudos avaliativos sobre a RASB, além da fragilidade das medidas de avaliação adotadas pelos municípios, marcadas pela escassez de indicadores específicos e pela deficiência no registro de dados. Observa-se também um predomínio da perspectiva do usuário em detrimento da avaliação de aspectos relacionados à gestão dos serviços, essenciais para identificar fragilidades, potencialidades e subsidiar a tomada de decisão. Persistem ainda desafios operacionais, como dificuldades no processo de trabalho das equipes, na definição e organização da população adscrita, no planejamento territorial, na estrutura operacional, e na integração entre os diferentes níveis de atenção, mesmo diante de avanços alcançados.

Diante dessa realidade, o presente estudo propõe-se a construir um modelo avaliativo específico para a Rede de Atenção à Saúde Bucal, tornando-se um instrumento capaz de avaliar o estágio de desenvolvimento da rede, apoiar a formulação de políticas públicas voltadas às especificidades da organização da saúde bucal e identificar fragilidades e lacunas na oferta dos serviços (Coelho *et al.*, 2022). Este modelo pretende constituir-se como uma ferramenta estratégica de apoio à gestão, apta a identificar pontos de aperfeiçoamento, orientar decisões e contribuir para a efetivação dos princípios

do SUS na saúde bucal, como a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, na qual se apresenta o processo de elaboração e validação de um modelo lógico, um modelo teórico-lógico e uma matriz avaliativa destinados a avaliar o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

A primeira etapa da pesquisa constituiu-se em uma revisão de literatura não sistematizada e análise documental sobre o objeto do estudo, buscando-se identificar os componentes, objetivos, atividades e resultados da RASB, bem como analisar as abordagens avaliativas até então empregadas, explorando modelos alternativos e indicadores de avaliação. Foram consultados artigos científicos sobre a RASB na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e PubMed, abrangendo o período de 2010 a 2025. Também foram analisados materiais técnicos e documentos normativos que fundamentam ou influenciam a organização da atenção à saúde bucal, dentre os quais destaca-se a Política Nacional de Saúde Bucal com suas diretrizes, a Portaria GM/MS nº 4.279/2010 que define as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, a lei nº14.572/2023 que institui a PNSB no âmbito do SUS e a Portaria GM/MS nº 6.213/2024, que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal na PNSB.

O conjunto de publicações e documentos analisados permitiu a delimitação conceitual da RASB, a identificação preliminar de indicadores, e a elaboração de uma proposta inicial do modelo teórico (MT), do modelo teórico-lógico (MTL), e da Matriz de análise e julgamento (MAJ). Essa proposta inicial, antes de ser submetida a oficina de consenso formada por especialistas, foi apresentada e discutida nas atividades curriculares da disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nesta disciplina foram realizadas discussões e reflexões acerca do modelo, e foram realizados os primeiros ajustes. Ao final da disciplina verificou-se que as dimensões,

critérios e indicadores propostos estavam coerentes com os modelos (teórico-lógico e lógico) desenvolvidos.

A etapa seguinte consistiu na realização de uma oficina de consenso para a validação dos modelos propostos. Foram convidados 15 profissionais, selecionados com base em sua reconhecida trajetória acadêmica e/ou profissional nas áreas de avaliação em saúde, odontologia e gestão de serviços de saúde; contudo, apenas cinco aceitaram participar do processo. As participantes que confirmaram presença eram todas cirurgiãs-dentistas, atuantes em instituições de ensino e serviços públicos, com experiência consolidada em pesquisas em saúde coletiva, avaliação em saúde e na gestão de serviços de saúde, características consideradas essenciais para qualificar o processo avaliativo proposto.

Para a condução dessa etapa, foi aplicada a técnica Delphi, método estruturado de julgamento de informações destinado a obter consenso entre especialistas, por meio de rodadas sucessivas de questionários estruturados, com feedback estatístico e controle do anonimato (Da Silva Coutinho, 2013). No presente estudo, o Delphi foi operacionalizado em duas rodadas, realizadas exclusivamente por meio de correio eletrônico. Na primeira, as especialistas receberam os modelos preliminares (MT, MTL e MAJ) acompanhados de um instrumento estruturado, solicitando a indicação de concordância plena, parcial ou não concordância para cada item, além de espaço para sugestões qualitativas. Na segunda rodada, as especialistas receberam o feedback consolidado da rodada anterior e foram convidadas a reavaliar suas respostas à luz dos resultados obtidos pelo grupo. Finalizada essa etapa, as contribuições foram novamente analisadas, e para composição da versão final dos modelos avaliativos, foram incluídos apenas os itens, dimensões e medidas que atingiram o grau mínimo de 80% de concordância entre as participantes.

O presente trabalho foi submetido à apreciação ética CAEE nº 74075923.8.0000.0003, tendo parecer aprovado sob o número 6.705.002 e como instituição proponente o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESULTADOS

O Modelo Teórico (MT) proposto procurou representar a RASB e sua relação com os seus componentes e os fatores relevantes no contexto político e organizacional no qual se desenvolve. Utilizou como fundamentação teórica a legislação vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente a Lei nº 14.572/2023, a Portaria nº 4.279/2010, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Portaria GM/MS nº 6.213/2024 (Figura 7). A PNSB, instituída em 2004 e integrada ao Plano Nacional de Saúde, estabeleceu os princípios norteadores para a saúde bucal, as linhas de ação previstas e uma nova orientação para o modelo de atenção então vigente

A Portaria nº 4.279/2010 trouxe a estruturação e as diretrizes para a organização dos serviços de saúde no SUS por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Mais recentemente, a Lei nº 14.572/2023 estabeleceu a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS, alterando a Lei nº 8.080/1990 e consolidando-a como política de Estado, enquanto a Portaria GM/MS nº 6.213/2024 instituiu a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS, definindo seus princípios, diretrizes e estrutura operacional.

Foi destacado no MT o contexto político, epidemiológico e socioeconômico, que apresentam grande influência sobre os processos decisórios e na institucionalização desta política de saúde, direcionando as ações prioritárias do governo.

O MT proposto teve como influência o formato das RAS proposta por Mendes (2010) no qual apresenta como elementos constitutivos da rede: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a sua razão de ser, representada no centro do MT, por meio de uma figura. O vínculo da população com a RAS ocorre a partir da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS está centralizada no modelo, e tem como papel a coordenação da rede, atuando com principal porta de entrada, e sendo responsável por solucionar a maioria dos problemas de saúde da população.

Em contato com a APS estão representados a atenção secundária representada na RASB pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a atenção terciária representada pelos hospitais com seus atendimentos de urgência e emergência.

Perpassando por esses níveis de atenção estão o sistema de apoio, logístico e sistema de governança. O Sistema de Apoio representa os pontos de atenção da rede onde são prestados serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, e é constituído pelo sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; pelo sistema de assistência farmacêutica; e pelos sistemas de informação em saúde.

O Sistema Logístico promove a interligação e facilita a comunicação entre os pontos de atenção da rede. Ele é representado pelo sistema de identificação e acompanhamento dos usuários, pelas centrais de regulação, registro eletrônico em saúde, e pelos sistemas de transporte sanitário.

O Sistema de Governança envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da RAS.

No MTL e no Modelo Lógico (ML) estão definidas cinco dimensões de análise para RASB: Estrutura e composição da RASB, Modelo de Atenção, Articulação e Integração da RASB, Organização e Gestão do Acesso, e Gestão e Planejamento. A escolha dessas dimensões foi baseada nos princípios da RASB determinados pela portaria.

A dimensão **Estrutura e Composição da RASB** refere-se à estrutura física, equipamentos, materiais, medicamentos, recursos humanos e insumos em quantidade suficiente para a realização das ações de saúde bucal, bem como a cobertura dos serviços oferecidos desde a APS até o nível hospitalar. Essa avaliação permite verificar a suficiência e adequação da rede, identificando quais serviços são ofertados e garantindo os requisitos básicos para seu funcionamento, contribuindo para o processo contínuo de avaliação da saúde.

A dimensão **Modelo de Atenção** abrange a oferta do cuidado ampliado, resolutivo e a articulação intersetorial, compreendendo ações tanto no âmbito individual quanto coletivo, de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O modelo de atenção em saúde bucal estruturado por meio das RAS, funciona com maior eficácia, fortalecendo os princípios de integralidade e o aprimoramento da atenção primária, que estão intrinsecamente interconectados com toda a rede de serviços, tornando a odontologia no SUS mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade.

A dimensão **Articulação e Integração da RASB** representa a integração entre os componentes da rede, integração esta que além de facilitar o fluxo dos

usuários, contribui para a continuidade do cuidado, sem a fragmentação da atenção. Compete ao gestor garantir instrumentos que possibilitem a integração de informações entre os profissionais da rede, dos serviços de saúde e do fluxo dos usuários entre os nós da rede. A comunicação entre os pontos de atenção deve acontecer baseada em relações horizontalizadas, alterando a organização dos serviços que era realizada de forma vertical para a forma horizontal, permitindo a viabilização e comunicação das RAS.

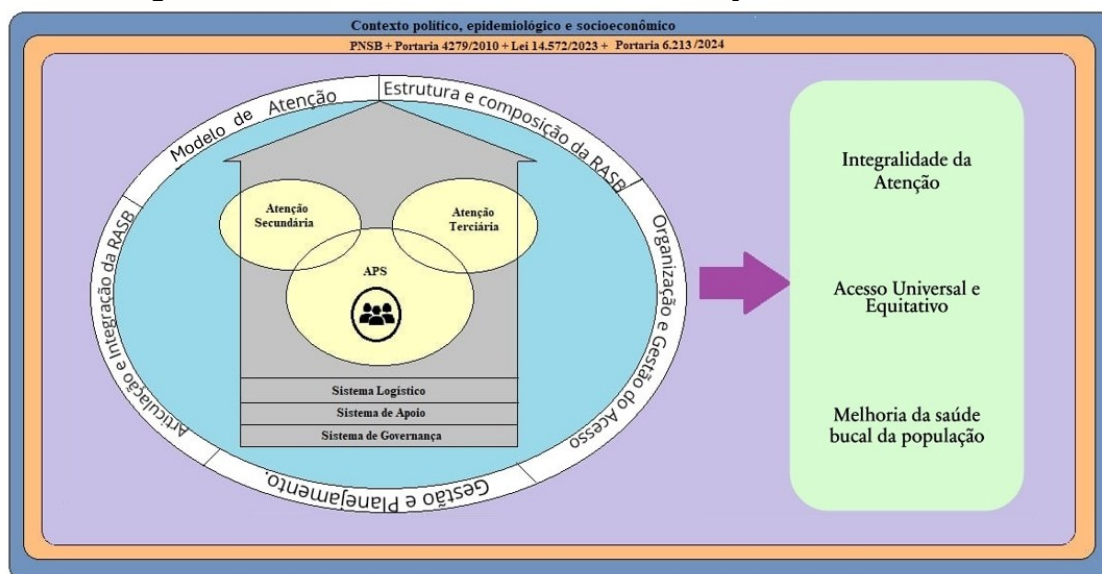
A **Organização e Gestão do Acesso** compreende os mecanismos para garantia do acesso equânime da população aos serviços da rede. Essa dimensão tem como propósito mapear os fluxos assistenciais, organizar e gerenciar o acesso aos serviços de saúde por meio de dispositivos como centrais de regulação, além de coordenar o cuidado de forma contínua e integrada. O acesso, entendido como acessibilidade aos serviços, refere-se à capacidade do sistema de atenção à saúde em responder de maneira efetiva e oportuna às necessidades de saúde da população

Por fim, a dimensão de **Gestão e Planejamento** traz elementos relacionados ao sistema de governança, que apresenta como função o gerenciamento e integração dos componentes da RASB, definindo metas e objetivos a serem alcançados pela rede de atenção, ao mesmo tempo em que articula as políticas institucionais para o cumprimento destes, através de mecanismos de gestão e tecnologias que facilitem tal atividade. O planejamento permite a análise das necessidades da população considerando diversos indicadores bem como a coordenação das ações necessárias para o alcance dos objetivos e metas estabelecidos, aliada a uma racionalização dos recursos que busque sempre uma maior eficiência, eficácia e efetividade das ações de políticas de saúde. Deve ser realizado de forma participativa e baseado em informações epidemiológicas locais disponíveis e atualizadas.

A organização da oferta de serviços de saúde bucal por meio das RAS garante o cumprimento dos princípios da RASB como a integralidade da atenção, o acesso e distribuição dos serviços de saúde bucal de forma equitativa, a melhoria da eficiência no emprego dos recursos, além da realização de um planejamento participativo que elabora ações pautadas na humanização do atendimento. Este modelo tem como objetivo final a melhoria das condições de saúde para a melhoria das condições de saúde bucal da população, alinhando-

se aos princípios e diretrizes do SUS e respondendo às necessidades de saúde identificadas nos diferentes contextos territoriais.

Figura 7: Modelo Teórico da Rede de Atenção à Saúde Bucal.



Fonte: Autoria Própria

O Modelo Lógico é uma ferramenta operacional que é desenvolvida para ser usada na avaliação com o objetivo de representar de forma esquemática como as atividades de um programa se conectam aos seus resultados esperados (Medina *et al*, 2005). O ML desenvolvido para a RASB tem como objetivo representar o funcionamento da rede, apresentando de maneira esquemática os recursos necessários para a sua operacionalização, as atividades que precisam ser desenvolvidas e seus respectivos produtos, assim como os resultados esperados (Figura 8).

Com base na teoria do programa, podemos analisar o ML da RASB da seguinte forma: busca-se o atendimento integral por meio de uma rede estruturada, utilizando recursos necessários (financeiros, humanos, organizacionais, estruturais, insumos e equipamentos), elementos essenciais para o exercício dos serviços de saúde bucal, para através desses realizar as atividades. No ML foram selecionadas atividades relacionadas a cada dimensão de análise juntamente com o produto esperado por cada uma delas. Esses produtos irão gerar resultados intermediários que juntos causam um impacto

sobre a saúde bucal da população, contribuindo para o alcance do objetivo do programa.

Uma RASB que apresenta condições estruturais satisfatórias, profissionais qualificados para garantir a oferta dos serviços de saúde, além de um gerenciamento realizado por um sistema de governança alinhado aos princípios do SUS, terá como resultado a integralidade do cuidado em suas diferentes perspectivas, tanto da prática profissional, quanto da organização de serviços e da constituição de políticas públicas integradas e intersetoriais.

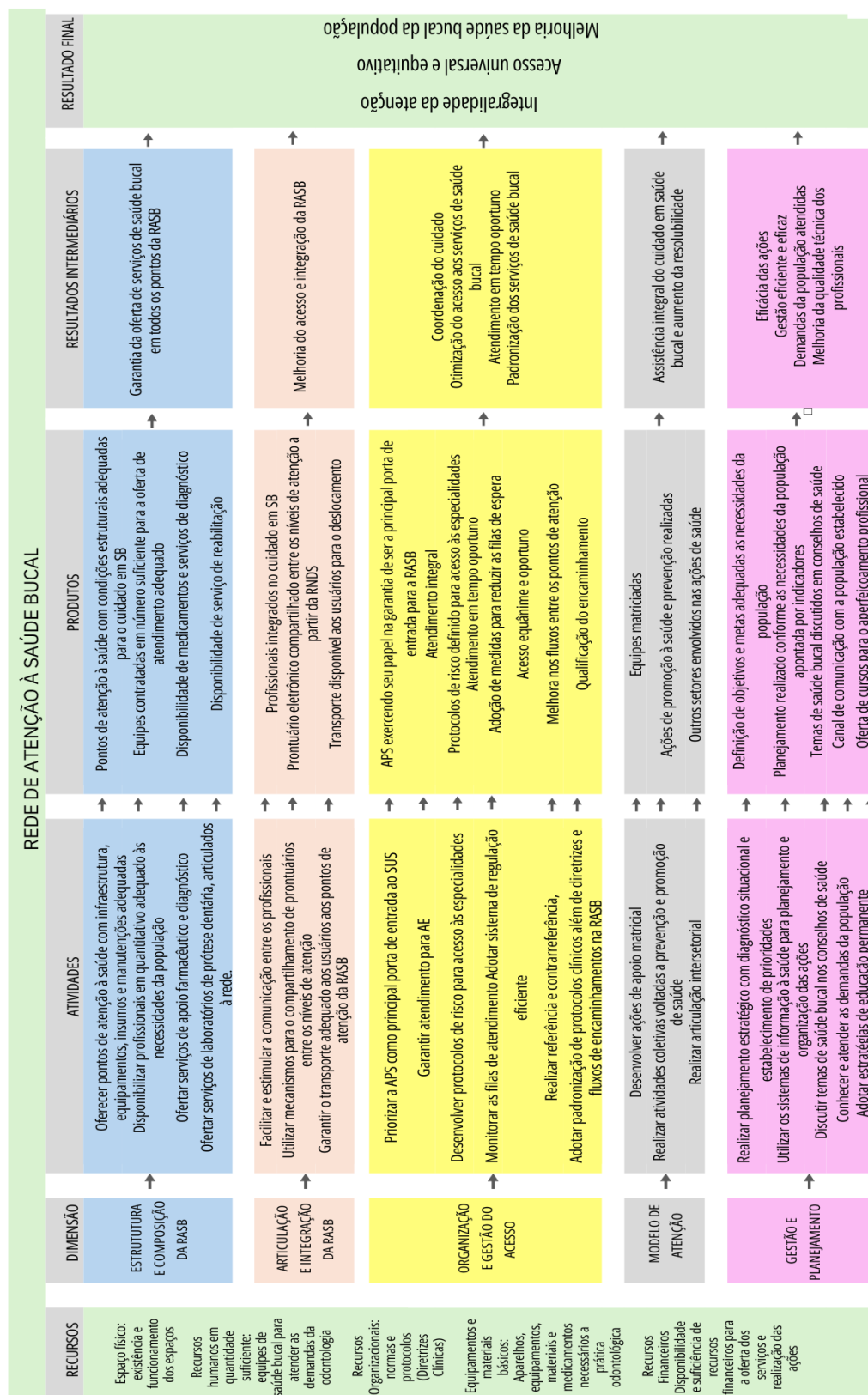
O processo de construção e validação da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) passou pelas mesmas etapas do ML e MT. As dimensões, subdimensões, e os indicadores selecionados com seus respectivos parâmetros estão demonstrados nos quadros abaixo.

Para a avaliação do grau de implantação cada medida é pontuada ordinalmente de 0 a 4, conforme critérios predefinidos. Para obtenção da pontuação de cada indicador, foi calculada a média aritmética simples das medidas associadas. Na sequência, a pontuação de cada subdimensão foi ajustada para contribuir de forma igualitária na composição da pontuação total da dimensão, independentemente do número de indicadores ou medidas contidas em cada uma.

Para isso, o valor total da dimensão (20 pontos) foi dividido pelo número de subdimensões, atribuindo-se peso fixo e proporcional para cada subdimensão. Dentro de cada subdimensão, os indicadores dividiram esse valor proporcionalmente, garantindo que o peso da subdimensão se mantivesse constante em relação às demais dentro da dimensão. Assim, assegurou-se que subdimensões com maior número de indicadores não tivessem influência desproporcional sobre o resultado final da dimensão.

Por fim, a soma das pontuações obtidas em todas as dimensões resultou em um escore geral, cuja pontuação máxima possível é de 100 pontos. Para interpretação, os resultados foram classificados em quartis: 0%-25% do total corresponde a 'não implantado'; 26%-50%, 'implantação incipiente'; 51%-75%, 'implantação intermediária'; e 76%-100%, 'implantação avançada'.

Figura 8: Modelo Lógico da Rede de Atenção à Saúde Bucal



Fonte: Autoria Própria

Quadro 4: Dimensão Estrutura e Composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal(RASB) com seus respectivos indicadores, fontes, parâmetros e peso de cada medida.

Dimensão: ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA RASB				20p
Subdimensão COBERTURA DA RASB : A cobertura populacional adequada é determinante para o acesso da população aos serviços de saúde bucal (SB), acesso este que deve ser colocado como um ponto central na Rede de Atenção à Saúde juntamente com a qualidade dos serviços.				5
Indicador	Medida	Fonte	Parâmetro	
Cobertura de SB na APS	Nº de equipes de SB (40h) na APS por habitante	SI	< 60%=0; 60 a 80%=2; >80%=4	0,25
Cobertura de SB na Atenção Especializada (AE) ambulatorial	Nº de procedimentos na AE ambulatorial realizados por hab./ano	SI	<que 0,05=0; ≥0,05=4	0,625
	% de UPA com atendimento odontológico	Gestor	< 25%=0; 25 a 50%=2; >50%=4	0,625
Cobertura SB na AE Hospitalar	% de hospitais com dentistas na equipe multiprofissional da UTI	Gestor	< 60%=0; 60 a 80%=2; >80%=4	0,25
Cobertura do sistema de apoio em SB	Nº de aparelhos de raio-x periapical/habitantes(hab)	Gestor	Menos de 1/25mil hab=0; Pelo menos 1 a cada 25mil hab=4	0,625
	Nº de procedimentos de prótese dentária realizados por hab./ano	SI	≤ ao ano anterior=0; > que o ano anterior=4	0,625
Subdimensão: RECURSOS HUMANOS: A oferta adequada de profissionais, melhora a qualidade do atendimento e otimiza o processo de trabalho. Essa organização aumenta a produtividade, elevando o número de procedimentos realizados por consulta e reduzindo a necessidade de retornos no tratamento.				5
Completo das equipes na APS	Proporção entre CD e ASB ou TSB	AD	Menos 1 ASB ou TSB/CD=0; 1 ou mais=4	2,5
Adequação de pessoal na AE	% de CEO com quantidade de CD preconizada	Gestor CE	Menos que o preconizado=0; todos com quantidade preconizada=4	2,5
Subdimensão: EQUIPAMENTOS E INSUMOS: São imprescindíveis para a integralidade do atendimento odontológico e qualificação da RASB, bem como contratos de manutenção de equipamentos para garantir seu funcionamento. Sua ausência compromete a oferta de serviços, fragilizando a resolutividade da rede.				5
Suficiência de equipamentos e insumos na APS	Percepção sobre a suficiência (falta) de equipamentos	CD APS	Frequentemente=0 Raramente=2 Nunca=4	0,833
	Percepção sobre a suficiência (falta) de insumos	CD APS		0,833
Suficiência de equipamentos e insumos na AE ambulatorial	Percepção sobre a suficiência (falta) de equipamentos	Gestor CEO		0,833
	Percepção sobre a suficiência (falta) de insumos	Gestor CEO		0,833
Manutenção dos equipamentos odontológicos	Existência de contrato vigente de manutenção dos equipamentos	Gestor	Não=0; Sim=4	1,66
Subdimensão SISTEMA DE APOIO: A existência dos pontos de atenção que contemplam o sistema de apoio da RASB é de elevada importância para a oferta do atendimento integral				5
Assistência farmacêutica	Disponibilidade de medicamentos prescritos pelo CD	CD-APS	Nunca=0; Raramente=1; Às vezes=2; Na maioria das vezes=3; Sempre=4	1,25
Oferta de serviços de radiologia	Existência de serviço para exames radiológicos em SB	Gestor	Não=0 Sim, em outro município=2 Sim, no município=4	1,25
Oferta de serviços de patologia	Existência de serviço de análise histopatológica oral	Gestor		1,25
Laboratório de próteses regional(LRPD)	LRPD em funcionamento	Gestor		1,25

* APS: Atenção Primária à Saúde; ASB: Auxiliar de Saúde Bucal; CD: Cirurgião Dentista; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas, TSB: Técnico de Saúde bucal.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 5: Dimensão Organização e Gestão do acesso com seus respectivos indicadores, fontes, parâmetros e peso de cada medida.

Dimensão: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO ACESSO:				20
Subdimensão ACESSO E FLUXO DE USUÁRIOS NA RASB: Uma rede de atenção fortalecida considera a Atenção Primária à Saúde(APS) como coordenadora do cuidado, assegurando a continuidade e sendo a porta de entrada preferencial do sistema. Filas de espera evidenciam barreiras de acesso, frequentemente associadas à oferta de serviços desalinhada com as necessidades da população e à ausência de mecanismos como classificação de risco para agendamento e monitoramento das listas. Para enfrentar essas fragilidades, é essencial dispor de um sistema de regulação eficiente, capaz de organizar a oferta com critérios que garantam acesso mais ágil, equânime e resolutivo.				10
Indicador	Medida	Fonte	Parâmetro	
Coordenação do cuidado pela APS	Busca ativa de paciente	CD-APS	Não=0; É realizada se frequência=2; É realizada com frequência=4	0,625
	APS como porta de entrada	Gestor	Não=0; Sim=4	0,625
Forma de acesso à atenção especializada (AE) em saúde bucal(sb)	Forma de acesso dos usuários ao Centro de Especialidades odontológicas	Gestor	Apenas livre demanda=0; Demanda referenciada e livre demanda=2; Apenas demanda referenciada=4	1,25
Tempo de espera na APS	Percepção sobre o tempo de espera APS	CD-APS	<50% consideram adequado=0; ≥50% e menos 90% adequado=2; ≥ 90% consideram adequado=4	1,25
Tempo de espera para AE	Tempo de espera patologia	Gestor	Inadequado=0; Adequado=4	0,416
	Tempo de espera radiologia	Gestor		0,416
	Tempo de espera prótese	Gestor		0,416
Monitoramento das listas de espera	Frequência do Monitoramento da lista de espera para AE	Gestor	*Likert frequência	0,625
	Forma de Monitoramento	Gestor	Não é feito=0;De forma manual =2; Por sistema informatizado=4	0,625
Controle do absenteísmo dos usuários	Monitoramento do absenteísmo para a AE	Gestor	Não realiza=0; Realiza se frequência=2; Sim,continuamente =	0,625
	Ações para a redução do absenteísmo	Gestor	Não=0; Sim=4	0,625
Central de regulação	Existência de central de regulação operante	Gestor	Não há central=0; Não=2; Sim=4	0,625
	Cirurgião dentista regulador	Gestor	Não=0; Sim=4	0,625
Regulação com classificação de risco	Agendamento com classificação de risco	CD-APS	Não=0; Sim=4	1,25
Subdimensão PROTOCOLOS: São instrumentos que facilitam a organização do processo de trabalho em uma unidade e no território, esclarecendo os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais. .				10
Protocolos de Encaminhamento	Protocolo encam. patologia	Gestor	Não possui=0;Possui mas não utiliza=2;Possui e utiliza=4	1,11
	Protocolo encam. radiologia	Gestor		1,11
	Protocolo encam. prótese	Gestor		1,11
Referência e Contrarreferência	Protocolos de referência	CD-APS	Não possui=0;Possui, mas não utiliza=2; Possui e utiliza=4	1,66
	Protocolos de contrarreferência	CD-APS		1,66
Protocolo de Estratificação	Existência de protocolo de estratificação por risco para APS	CD-APS	Não=0; Sim=4	1,66
	Existência de protocolo de estratificação por risco para AE	Gestor	Não=0; Para algumas especialidades=2; Sim, para todas as especialidades=4	1,66

*Likert frequência: Não há=0; Raramente=1; Ocasionalmente=2; Frequentemente=3; Muito frequentemente=4

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 6: Dimensão Articulação e Integração da RASB com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida

Dimensão: ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RASB :				20
Subdimensão COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA RASB: A comunicação é um atributo essencial ao processo de articulação em rede, de modo que visa favorecer a interação entre serviços distintos e promove o trabalho em equipe, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes. Dentro desse campo podemos citar também a integração multiprofissional através da realização de ações multiprofissionais que melhoram a comunicação entre os profissionais e por conseguinte articulação da RASB.				10
Indicador	Medida	Fonte	Parâmetro	
Comunicação horizontal entre os profissionais de Saúde bucal (SB)	Meio de comunicação entre os profissionais da RASB no mesmo nível de atenção	CD-APS	Não existe=0; Encaminhamento=1; Via telefone/internet de modo informal=2; Via PE integrado e/ou Telessaúde=4	1,25
	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS	CD-APS	Likert frequência	1,25
Comunicação vertical entre os profissionais de SB	Meio de comunicação entre os profissionais de SB entre diferentes níveis de atenção	CD-APS	Não existe=0; Encaminhamento=1; Via telefone/internet de modo informal=2; Via PE integrado e/ou Telessaúde=4	1,25
	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS e os diferentes níveis de atenção	CD-APS	Likert frequência	1,25
Comunicação multiprofissional	Existência de comunicação entre profissionais das eq. SB e outras eq. de saúde	CD-APS	Não existe=0; Encaminhamento=1; Via telefone/internet de modo informal=2; Via PE integrado e/ou Telessaúde=4	1,25
	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS e as outras eq. de saúde	CD-APS	Likert frequência	1,25
Realização de ações multiprofissionais	Frequência da realização de ações multiprofissionais	CD-APS	Likert frequência	2,5
Subdimensão SISTEMA LOGÍSTICO: Apresenta como função a organização dos fluxos e contrafluxos de pessoas, contribuindo para superar a fragmentação dos sistemas de atenção, aumentar a produtividade com o uso otimizado dos recursos e fortalecer uma RASB mais estruturada. Também atua no compartilhamento de informações entre os profissionais, por meio de ferramentas como o prontuário eletrônico, que organiza os fluxos de informação, melhora a continuidade do cuidado e reduz custos, evitando, por exemplo, a duplicação de exames de apoio diagnóstico.				10
Disponibilidade de transporte	Disponibilidade de transporte intramunicipal	Gestor	Likert frequência	1,25
	Disponibilidade de transporte intermunicipal	Gestor		1,25
Existência de prontuário eletrônico (PE) do paciente	Existência de PE na APS	Gestor	Não é realizado o registro em PE=0; Menos de 80% das unidades registram suas informações em PE=2; 80% ou mais das unidades realizam os registros em PE=4	0,625
	Existência de PE nos CEO	Gestor		0,625
	Existência de PE nas UPAS	Gestor		0,625
	Existência de PE nas Unidades hospitalares	Gestor		0,625
Integração do Prontuário Eletrônico (PE)	Integração do P.E entre os pontos da APS	Gestor	Não=0 Sim=4	0,625
	Integração do P.E entre APS e CEO	Gestor		0,625
	Integração do P.E entre APS e UPA	Gestor		0,625

	Integração do PE entre APS e hospitais	Gestor		0,625
Rede Nacional de Dados em Saúde(RNDS)	Integração a RNDS	Gestor	Não=0; Nem todos os níveis=2; Todos os níveis estão integrados=4	2,5

*Likert frequência: Não há=0; Raramente=1; Ocasionalmente=2; Frequentemente=3; Muito frequentemente=4; APS: Atenção Primária à Saúde; CD: Cirurgião Dentista; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas, UPA: Unidades de Pronto Atendimento.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 7: Dimensão Modelo de Atenção da RASB com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida.

DIMENSÃO: MODELO DE ATENÇÃO:				20
Subdimensão MODELO ASSISTENCIAL: O modelo assistencial baseado em APS fortalecida deve integrar promoção, prevenção e cuidado longitudinal como eixos centrais. O apoio matricial e o vínculo contínuo buscam superar a fragmentação da atenção. No entanto, a alta rotatividade de profissionais desafia a sustentabilidade desse modelo, evidenciando a necessidade de políticas estáveis para garantir a integralidade e a resolutividade do cuidado.				6,66
Indicador	Medida	Fonte	Parâmetro	
Promoção e prevenção em saúde bucal	Realização de ações de prevenção e promoção a saúde bucal	CD-APS	Não realiza=0; Realiza, porém não de forma periódica=2; Realiza de forma periódica=4	0,83
	Proporção de gestantes com pré-natal odontológico	SI	< 24%=0; ≥ 24% e < 42%=1; ≥ 42% e <60%=2; ≥ 60%=4	0,83
Diagnóstico e tratamento em saúde bucal	Proporção entre procedimentos restauradores em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais	SI	Maior que o ano anterior=0; Menor que o ano anterior=4	0,55
	Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais	SI	>8%=0; ≤8%=4	0,55
	Resolutividade dos tratamentos (TC/1ª consulta programática)	SI	<0,5= 0; 0,5-1,0=4	0,55
Apoio matricial	Existência de apoio matricial entre profissionais da APS e CEO	Gestor CEO	Não=0 Sim=4	1,66
Acompanhamento longitudinal	Tempo de serviço do cirurgião dentista na mesma lotação	Gestor	Menos de 1 ano=0; 1 a 2 anos=2; Mais de 2anos=4	0,83
	Tipo de vínculo	CD-APS	Não estatutário=0; Estatutário=4	0,83
Subdimensão Cuidado ampliado: é fundamental para avaliar a capacidade da rede em ofertar serviços odontológicos diversificados e resolutivos, contemplando desde as Unidades Odontológicas Móveis até a Atenção Terciária. Sua mensuração permite identificar a extensão e a efetividade do acesso a procedimentos especializados e de maior complexidade, fundamentais para assegurar a integralidade do cuidado em saúde bucal.				6,66
UOM	Existência de Unidade Odontológica Móvel / F:	Gestor	Não=0; Sim, porém não em nº suficiente=2; Sim, em quantidades suficientes=4	1,66
SESB	Presença de SESB	Gestor	Não=0; Sim=4	1,66
Especialidades odontológicas do CEO	Cobertura das especialidades no CEO	Gestor CEO	Ruim: < 60% dos CEO=0; Regular: 60 a 80% dos CEO=2; Bom: >80% dos CEO=4	0,83
	Realiza atendimento em alguma especialidade além das mínimas	Gestor CEO		0,83
Atenção Terciária	Atendimento hospitalar de CTBMF	Gestor	Não=0; Sim, em outro município=2; Sim, no próprio município=4	0,55
	Atendimento odontológico hospitalar para tratamento de Câncer Bucal	Gestor		0,55
	Atendimento odontológico hospitalar para PNE	Gestor		0,55
Subdimensão: Articulação intersetorial: Promover ações e políticas articuladas a outros setores constitui uma preocupação da integralidade do cuidado.				6,66
Saúde Bucal Nas Escolas	Vigilância da merenda escolar para redução do consumo de açúcar	Gestor	Não=0 Sim=4	1,11
	Frequência ações de saúde bucal nas escolas	CD-APS	Nunca=0; 1x ao ano=1; 1x no semestre=2; 1 x ao mês=3; Quinzenalmente=4	1,11
Heterocontrole Do Flúor	Existência de Vigilância ao teor de flúor	Gestor	0 – Não se aplica; 2- Não; 4 – Sim	1,11

	Vigilância epidemiológica do flúor na água de abastecimento	CD-APS	Não=0 Sim=4	1,11
Articulação Com A Assistência Social	Realização de ações em parceria com a assistência social	Gestor	Nunca=0;Raramente=1; Ocasionalmente=2; Frequentemente=3; Muito frequentemente=4	2,22

*APS: Atenção Primária à Saúde; ASB; CBMF: Cirurgia Bucomaxilofacial; CD: Cirurgião Dentista; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; PNE: Pacientes com necessidades especiais; SESB: Serviço de Especialidades Odontológicas; SI: Sistema de informação, TC: Tratamentos concluídos; UOM: Unidade Odontológica Móvel
Fonte: Autoria Própria

Quadro 8: Dimensão Planejamento e Gestão com seus respectivos indicadores, fontes e parâmetros e peso de cada medida

DIMENSÃO PLANEJAMENTO E GESTÃO:				20
Subdimensão: PLANEJAMENTO DAS AÇÕES: O planejamento para a oferta de serviços deve ser realizado de forma multiprofissional e de forma participativa, baseado em informações epidemiológicas locais disponíveis, sendo imprescindível o conhecimento da realidade dos problemas e necessidades odontológicas. Isto resultará em ações e serviços com real possibilidade de impacto positivo e mudança da realidade. Para tal, é primordial que a gestão apoie a realização deste tipo de planejamento				6,66
Indiciador	Medida	Fonte	Parâmetro	
Diagnóstico Situacional Do Território	A ESB faz territorialização	CD-APS	Não=0	0,83
	A ESB faz levantamento de dados epidemiológicos	CD-APS	Sim=4	0,83
Suporte Ao Planejamento	Disponibilização de dados para o planejamento	CD-APS	Não possuem acesso/não sabem acessar=0; Tem acesso se solicitar, mas não estão sempre disponíveis=1; Tem acesso, mas solicitando relatórios à gestão=2; A gestão envia periodicamente=3; Os relatórios podem ser gerados no próprio SI do município=4	0,41
	Reserva de carga horária(CH) para planejamento das ações	CD-APS	Não=0 Sim=4	0,41
	Coordenação de saúde bucal	Gestor	Não existe=0; Não existe o cargo, porém o gestor geral reserva CH para o desenvolvimento dessa função=2.; Sim=4	0,41
	Capacitação para o gestor	Gestor	Não=0; Sim=4	0,41
Planejamento Estratégico Situacional (PES)	Recursos para o PES para as ESB	CD-APS	Não utiliza nenhum recurso=0; Somente um recurso=1; Dois recursos=2; Três recursos=3; Quatro recursos=4	0,55
	Recursos para o PES para a gestão	Gestor		0,55
	Elaboração dos instrumentos de gestão	Gestor	Não=0; Participei do PMS ou da PAS=2; Participei de ambos=4	0,55
Planejamento Multiprofissional	Planejamento multiprofissional	Gestor	Não=0; Sim=4	1,66
Planejamento Participativo	Planejamento participativo incluindo os usuários	CD-APS	Nunca=0; Eventualmente=2; Frequentemente=4	0,83
	Utilização dos canais de comunicação	Gestor	Não há canais de comunicação=0; Não são utilizadas as informações obtidas por esses meios de comunicação=2; As informações obtidas são utilizadas=4	0,83
RECURSOS FINANCEIROS: sua análise é essencial para garantir eficiência e equidade na aplicação dos recursos da SB, evitando desperdícios e garantindo insumos necessários para a assistência promovendo a qualificação da gestão financeira, impactando diretamente na qualidade do cuidado oferecido à população.				6,66
Eficiência financeira	Suficiência dos recursos financeiros	Gestor	Insuficiente=0; Parcialmente suficiente=2; Suficiente=4	1,66
	Informação dos recursos tripartite para a saúde bucal	Gestor	Não=0; Sim=4	1,66
Compra de materiais	Planejamento da compra de materiais	Gestor	Não=0; Sim=4	1,66
	Capacitação para compra de materiais e licitações	Gestor	Não sei informar/ não=0; Sim=4	1,66
GESTÃO DA RASB: A gestão da RASB é um desafio que demanda abordagem sistêmica e integrada. Para qualificá-la, é necessário adotar SI eficientes, favorecer decisões baseadas em evidências e alocar				66

recursos conforme as demandas locais. Também é estratégico investir na educação permanente das eq. e incorporar tecnologias como o telessaúde para ampliar acesso e a resolatividade. Por fim, a participação social e a presença da saúde bucal nas pautas dos conselhos de saúde são essenciais para alinhar as ações às necessidades reais da população e promover equidade					
Sistemas de Informação	Fluxo regular de alimentação dos procedimentos de SB no SIA/SUS e SISAB	Gestor	Não=0; Sim=4		1,11
Monitoramento das Ações Na RASB	A gestão realiza monitoramento contínuo das ações da RASB	Gestor	Não=0; De alguns serviços da RASB=2; Sim, de todos=4		0,55
	Indicadores para o monitoramento	Gestor	Não utiliza indicadores=0; Indicadores próprios=1; Indicadores do MS=2; Ambos=4		0,55
Saúde Bucal no Conselho de Saúde	Proporção reuniões do Conselho Estadual de Saúde com temas SB em pauta	AD	Não foi discutido=0 ; 1% a 50% das reuniões=2; Mais de 50 % das reuniões=4		0,55
	Participação de CD como delegados nos Conselhos de Saúde	AD	Não=0; Sim=4		0,55
Participação Popular	Existência de canal de comunicação da população com gestão	Gestor	Não existe=0; Existe canal de comunicação=4		1,11
Telessaúde	Uso do telessaúde	Gestor	Não=0; Sim=4		0,55
	Serviços do Telessaúde utilizados	Gestor	Não=0; São utilizados até 2 serviços=2; 3 serviços ou mais=4		0,55
Educação Permanente	Oferta de ações de Educação permanente	Gestor	Não=0; São realizadas com periodicidade anual=2; São realizadas com periodicidade semestral mínima=4		0,55
	Oferta de cursos de acordo com as necessidades práticas	Gestor	Não estão de acordo ou não são realizadas=0; Parcialmente de acordo 2; Sim, totalmente de acordo =4		0,55

Legenda: AD: Análise Documental; APS: Atenção Primária à Saúde; CD: Cirurgião Dentista; ESB: Equipe de saúde bucal; PAS: Programação Anual de Saúde; PMS: Plano Municipal de Saúde; SIA: Sistema de Informação Ambulatorial; SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

Para a construção do modelo avaliativo, a dimensão Estrutura e Composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) foi incorporada por se tratar de um componente essencial dos sistemas integrados de saúde, considerando que a efetividade das ações assistenciais depende diretamente das condições materiais, organizacionais e humanas disponíveis (Mendes, 2010)

A dimensão Modelo de Atenção foi inserida no modelo avaliativo porque o modo como o cuidado é organizado e ofertado na rede determina a efetividade das ações e a integralidade do cuidado, princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendes, 2011). Essa dimensão é fundamental para compreender a organização do cuidado na RASB, possibilitando uma análise profunda sobre como as ações de saúde são planejadas e executadas, garantindo integralidade e continuidade do cuidado. A garantia de acesso ampliado a uma diversidade de serviços é crucial, assim como a articulação entre diferentes níveis de atenção, ambos essenciais para assegurar a integralidade no SUS (Gleriano *et al.*, 2023; Da Ros *et al.*, 2023). Além disso, destaca-se a intersetorialidade como elemento-chave para abordagem dos determinantes sociais da saúde, reforçando a necessidade de estratégias integradas e colaborativas (Cardilli-Dias *et al.*, 2023). Dessa forma, a avaliação do modelo de atenção é imprescindível para melhorias na efetividade das RAS.

A terceira dimensão, Organização e Gestão do Acesso, é fundamental para a RASB, pois o acesso adequado aos serviços é um dos pilares dessa rede. A organização racional do fluxo de usuários, com definição de protocolos, referências e contrarreferências, é determinante para a navegação dos pacientes na rede de serviços (Macedo *et al.*, 2020). Esse fluxo é essencial não apenas para garantir um primeiro contato eficaz na APS, mas também para reduzir tempos de espera e melhorar a eficiência dos atendimentos (Albieri; Cecilio, 2015). As Centrais de Regulação desempenham papel estratégico ao alinhar as necessidades dos usuários à oferta de serviços, otimizando a gestão e monitoramento dos acessos, o que requer envolvimento permanente da gestão para avaliação do desempenho e da qualidade assistencial (Gleriano *et al.*, 2021). Assim, a avaliação da organização do acesso deve contemplar a

implementação de protocolos e a coordenação efetiva entre os níveis de atenção, visando integralidade e continuidade do cuidado (Rodrigues Bastos *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2024).

A quarta dimensão, Articulação e Integração da RASB, é imprescindível para garantir acesso e integralidade no modelo de atenção à saúde. A articulação efetiva entre serviços e profissionais favorece a coordenação do cuidado ao longo do contínuo assistencial (Da Paixão *et al.*, 2019). A comunicação formal e informal entre os profissionais de saúde é componente essencial desse processo, ao superar o isolamento das equipes e fomentar o trabalho colaborativo (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014). Os sistemas logísticos, que envolvem prontuários eletrônicos e processos de regulação, são fundamentais para gestão do fluxo de usuários, continuidade do cuidado e integração dos pontos de atenção (Brondani *et al.*, 2016; Moreira, Sousa, Turrini, 2019). A interdisciplinaridade deve, portanto, constituir diretriz central na RASB, pois a colaboração entre especialidades assegura abordagem integral e holística das necessidades de saúde (Albertini; Peduzzi, 2024). Em suma, articulação e integração eficazes otimizam o atendimento e garantem responsividade às necessidades da população (Petry; Diniz, 2020; Bandeira *et al.*, 2021).

A dimensão Planejamento e Gestão é aspecto crítico para funcionamento e governança das Redes de Atenção à Saúde. Sistemas de gestão que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliação efetiva das ações são essenciais para a integração e efetividade dos serviços (Santos *et al.*, 2019; Gleriano *et al.*, 2023). O planejamento deve alinhar as iniciativas das esferas de governo às necessidades da população, com uso de instrumentos como o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, reconhecidos por articular políticas (Schiller *et al.*, 2021; Matos e Campos, 2022). A alocação de recursos financeiros adequados e sustentáveis é imprescindível para apoiar infraestrutura e assegurar funcionamento eficiente da RAS (Matos e Campos, 2022; Martinelli *et al.*, 2022). A gestão integrada dos sistemas de informação é igualmente estratégica, pois viabiliza monitoramento contínuo e compartilhamento de dados, favorecendo a coordenação do cuidado (Do Vale *et al.*, 2020). Assim, a dimensão Planejamento e Gestão, ao abarcar essas subdimensões, se revela essencial para consolidação de RAS integradas e eficientes.

Durante a construção e validação do modelo avaliativo da RASB, a definição da fonte de informação mais adequada para cada indicador e medida configurou-se como uma etapa crítica e objeto de intensos debates nas oficinas de consenso. A lógica adotada para essa escolha fundamentou-se na natureza do indicador e no nível de gestão associado à sua operacionalização. Indicadores relacionados à prática clínica cotidiana, percepção sobre insumos, equipamentos, processos assistenciais na ponta, interação direta com usuários e avaliações baseadas na experiência prática e não em dados administrativos foram atribuídos ao cirurgião-dentista da APS (CD-APS), considerando seu papel na microgestão do cuidado e na operacionalização tática dos serviços. Por outro lado, indicadores que envolvem planejamento, dados estruturais, gestão de recursos, governança, definição de fluxos, integração de sistemas e monitoramento de metas ficaram sob a responsabilidade do gestor municipal, por estarem vinculados à macrogestão da rede e à condução estratégica do sistema local.

A avaliação das Redes de Atenção à Saúde apresenta desafios inerentes à complexidade de sua implantação, operacionalização e às múltiplas interações entre os atores envolvidos. Essa situação se repete na Rede de Atenção à Saúde Bucal, pela necessidade de integrar serviços desde a Atenção Básica até os Centros de Especialidades Odontológicas e atendimentos de alta complexidade, organizados conforme os princípios de regionalização e hierarquização do SUS. Essa configuração impõe desafios na dinâmica, comunicação e continuidade do cuidado. A heterogeneidade da rede, associada às especificidades regionais e demandas populacionais variáveis, exige modelos avaliativos robustos, considerando a complexidade de operacionalização e articulação entre os níveis de atenção (Calvasina, 2023; Godoi, Mello e Caetano., 2014).

O modelo avaliativo desta pesquisa baseia-se na coleta de dados de múltiplas fontes: coordenadores de saúde bucal, cirurgiões-dentistas na APS, gestores de Centros de Especialidades Odontológicas e registros dos sistemas de informação em saúde. Essa diversidade é necessária, pois os pontos de atenção encontram-se distribuídos em regiões de saúde com distintas condições estruturais e organizacionais. Tal abordagem busca captar a complexidade da rede e avaliar a oferta e a qualidade do cuidado bucal considerando variações

territoriais. Os sistemas de informação fornecem dados quantitativos que permitem analisar indicadores de desempenho, utilização e distribuição dos serviços, contribuindo para diagnósticos precisos (Godoi, Mello e Caetano., 2014). Todavia, registros administrativos não captam aspectos contextuais e subjetivos, essenciais para compreender as necessidades dos usuários e as dificuldades enfrentadas por gestores e profissionais (Figueiredo e Goes, 2009).

Outro fator de complexidade reside na indefinição dos papéis de cada ator e na diversidade das formas de coordenação entre as regiões, impondo obstáculos adicionais à avaliação. A organização da rede depende da cooperação e articulação entre atores e serviços, mas as evidências apontam relações frágeis e comunicação incipiente (Godoi, Mello e Caetano., 2014; Pimentel, 2021). Profissionais e gestores, por vezes, divergem sobre as competências dos serviços, comprometendo a coordenação e resultando em fluxos desarticulados e burocráticos (Leal, Werneck, Borges-Oliveira, 2017; Tofani, 2021). A descentralização exige uma visão sistêmica que compreenda práticas e fluxos da saúde bucal de forma integrada. A avaliação das redes, portanto, ultrapassa indicadores isolados e requer modelos interpretativos abrangentes, que considerem especificidades regionais e a multiplicidade dos serviços. Isso permite identificar desafios e redistribuir recursos, favorecendo eficiência e equidade na oferta de serviços odontológicos (Godoi, Mello e Caetano, 2014; Figueiredo e Goes, 2009). Tal organização deve considerar, simultaneamente, escala— abrangência territorial e populacional — e escopo — diversidade e amplitude dos serviços, da Atenção Primária à Atenção Especializada — analisando a capacidade da rede de operar de forma coordenada, articulando serviços entre municípios e garantindo continuidade do cuidado (Mendes, 2011).

Outro desafio metodológico significativo foi a definição do escore de implantação para municípios ou redes, considerando que, na lógica das Redes de Atenção à Saúde, nem todos os serviços precisam estar presentes em todos os municípios. Especificamente, a questão de quando atribuir o valor do indicador ao município (oferta local) e quando atribuí-lo à região de saúde ou município de referência (acesso pactuado) gerou debates intensos nas oficinas de consenso durante a formulação dos indicadores. Após discussões aprofundadas, consolidou-se que a interpretação de cada indicador deve

respeitar individualmente a organização regionalizada do SUS, diferenciando explicitamente se ele avalia uma oferta no próprio município ou o acesso a um serviço referenciado. Por exemplo, a ausência física de um CEO no município não configura fragilidade se o acesso estiver garantido via pactuação regional – critério este que precisou ser minuciosamente definido para cada indicador relacionado a serviços especializados. Portanto, ao se aplicar o modelo de avaliação, deve-se avaliar de forma prévia e baseada na natureza específica de cada indicador e no modelo regional pactuado, se seu valor será atribuído à rede de saúde bucal local ou ao município/região de referência. Esta forma de abordagem, resultante de consenso técnico sobre os critérios de atribuição, reflete os princípios de organização territorial e regionalização das Portarias GM/MS nº 4.279/2010 e 6.213/2024, que preconizam a complementaridade solidária no SUS

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Embora o modelo tenha passado por validação de conteúdo com especialistas e gestores da rede, etapa essencial para assegurar sua relevância e coerência teórica, sua aplicação prática ainda não foi realizada. A testagem em campo, em diferentes contextos regionais e realidades organizacionais do SUS, poderá revelar desafios adicionais na coleta de dados, na operacionalização dos indicadores e na articulação entre os níveis de atenção. Além disso, a efetividade do modelo depende da qualidade e disponibilidade das bases de dados utilizadas, ainda fragilizadas em parte dos municípios. Tais aspectos devem ser considerados em pesquisas futuras que avaliem o desempenho do modelo em situação real e sua contribuição para a gestão e qualificação da atenção à saúde bucal.

CONCLUSÃO

A construção de um modelo avaliativo para a Rede de Atenção à Saúde Bucal é fundamental para qualificar o monitoramento e a gestão do cuidado no SUS, respondendo a uma lacuna histórica na avaliação das redes temáticas. Trata-se, contudo, de um processo complexo, que envolve desafios metodológicos e de articulação institucional, dada a diversidade de realidades e a fragmentação dos dados disponíveis. Este estudo propõe uma estrutura inicial que, além de orientar gestores e profissionais, contribui para fortalecer a

integração das ações e a efetividade da atenção à saúde bucal, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais equitativas e resolutivas.

A construção de um modelo avaliativo para a RASB é fundamental para qualificar o monitoramento e a gestão do cuidado no SUS, respondendo a uma lacuna histórica na avaliação das redes temáticas. Trata-se, contudo, de um processo complexo, que envolve desafios metodológicos e de articulação institucional, dada a diversidade de realidades e a fragmentação dos dados disponíveis. Este estudo propõe uma estrutura inicial que, além de orientar gestores e profissionais, contribui para fortalecer a integração das ações e a efetividade da atenção à saúde bucal, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais equitativas e resolutivas.

Adicionalmente, o modelo apresentado representa uma contribuição por ampliar o repertório metodológico disponível para avaliação em saúde, com potencial de aplicação em diferentes contextos e redes temáticas do SUS. Pode colaborar também na identificação de desigualdades regionais, promovendo maior justiça na alocação de recursos e qualificação das práticas de cuidado em saúde bucal.

Como limitação, destaca-se que a proposta ainda não foi testada em campo, sendo necessária sua aplicação empírica em diferentes realidades regionais para verificar sua exequibilidade, sensibilidade e impacto prático. Estudos futuros poderão contribuir com a validação externa do modelo, seu aperfeiçoamento e a análise crítica de seus efeitos nos processos de planejamento, gestão e tomada de decisão em saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALBERTINI, A. C. S.; PEDUZZI, M. Abordagem interprofissional na prevenção de quedas na assistência hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20230239, 2024.

ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 184-195, 2015.

BANDEIRA, D. *et al.* Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de transição do cuidado: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e417101119636, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB na Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6213_20_12_2024.html. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRONDANI, J. E. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016.

CALVASINA, Paola. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 785-788, 2023.

CARDILLI-DIAS, D. *et al.* Potencialidades e fragilidades na rede de cuidados do bebê de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220150, 2023.

COELHO, V. A. A. *et al.* Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1895-1909, 2022.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

DA PAIXÃO, T. M. *et al.* Coordination of primary care: limits and possibilities for integration of care. **Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e45260, 2019.

DA ROS, C. *et al.* Modelo assistencial na atenção primária à saúde: acesso e integralidade do cuidado durante a pandemia COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e82145, 2023.

DA SILVA COUTINHO, S. *et al.* O uso da técnica Delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 582-596, 2013.

DO VALE, E. P. *et al.* Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 83-90, 2020.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.

GLERIANO, J. S. *et al.* Expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde: estratégias e desafios da gestão municipal. **Revista de APS**, v. 26, p. e37026, 2023.

GLERIANO, J. S. *et al.* Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, p. e4079, 2021.

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**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

LEAL, D. L.; WERNECK, M. A. F.; BORGES-OLIVEIRA, A. C. Validação da versão saúde bucal do Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 4, p. 11-20, 2017.

MACEDO, T. R. *et al.* Regulação em saúde em tempos de Covid-19: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19455-19465, 2020.

MARTINELLI, N. L. *et al.* Regionalização e rede de atenção à saúde em Mato Grosso. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e210195pt, 2022.

MATOS, F. S. G.; CAMPOS, A. L. B. Avaliação da Rede Cegonha no município de Aracaju-SE após 10 anos da sua implantação quanto ao indicador de proporção de partos cesarianos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 11664-11678, 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOREIRA, A. M. R.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Comunicação eletrônica entre profissionais de saúde na assistência ao paciente: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 2, p. 99-106, 2019.

PETRY, L.; DINIZ, M. B. C. Communication between teams and the care transfer of critical patients. **Revista Rene**, v. 21, n. 1, p. e42374, 2020.

PIMENTEL, B. V. *et al.* Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e210286, 2021.

RODRIGUES BASTOS, L. B.; ALVES BARBOSA, M.; DE SENA BASTOS, D. A. Fatores facilitadores e limitativos da regulação pública da saúde no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 2, p. 126-136, 2019.

SANTOS, Alice de Andrade *et al.* Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular. **Revista Baiana de Enfermagem**, p. e28018, 2019.

SCHILLER, Carolina de Oliveira Azim *et al.* Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3657-3670, 2021.

SILVA, L. H. L. *et al.* Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141043, 2024.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, 2021.

5.2. ARTIGO 02: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RASB NA REGIÃO CENTRAL DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ

Este manuscrito, de abordagem avaliativa e metodologia mista, apresenta e discute os principais resultados obtidos na análise do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na Região Central de Saúde do estado do Amapá, a partir da aplicação de uma matriz de análise e julgamento previamente desenvolvida e validada. Até o momento, o artigo não foi submetido a nenhum periódico científico, porém segue as diretrizes editoriais da Revista de Saúde Pública. De autoria de Camila Santa Rosa Nunes e Claudia Flemming Colussi.

Avaliação do Grau de Implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na Região Central de Saúde do Estado do Amapá

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na Região Central de Saúde do estado do Amapá, utilizando uma matriz de análise e julgamento (MAJ) previamente validada. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo avaliativo, de caso único, com abordagem quanti-qualitativa, realizado em 2024 e 2025 nos sete municípios da região. Os dados primários foram coletados por meio de questionários autoaplicáveis junto a gestores estaduais, municipais, coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS). Dados secundários foram obtidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e em atas do Conselho Estadual de Saúde. A MAJ compreendeu cinco dimensões, 14 subdimensões, 55 indicadores e 103 medidas, com escores transformados em percentuais e classificados por quartis (0–25%: não implantado; 26–50%: incipiente; 51–75%: intermediário; 76–100%: avançado). **RESULTADOS:** O grau de implantação regional da RASB foi incipiente (45,8%), com heterogeneidade entre os municípios — cinco apresentaram implantação incipiente e dois intermediária. A dimensão “Estrutura e Composição” obteve melhor desempenho, evidenciando alta cobertura da APS e completude das equipes. As dimensões “Articulação e Integração”, “Modelo de Atenção” e “Gestão e Planejamento” revelaram fragilidades marcantes, como ausência de centrais de regulação, baixa integração informacional, articulação intersetorial insuficiente e reduzida participação social. **CONCLUSÃO:** A RASB na Região Central do Amapá encontra-se em fase inicial de consolidação, com avanços estruturais, mas limitações na atenção especializada e na governança. O fortalecimento da gestão integrada, da informatização e da participação social é essencial para uma rede regional resolutiva e equitativa no contexto

amazônico.

DESCRIPTOR: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Gestão em Saúde; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the implementation level of the Oral Health Care Network (RASB) in the Central Health Region of Amapá State, Brazil, using a previously validated analytical and judgment matrix (MAJ). **METHODS:** This evaluative single-case study adopted a mixed-methods approach, conducted in 2024–2025 across seven municipalities. Primary data were obtained through self-administered questionnaires with state and municipal oral-health managers, CEO coordinators, and primary-care dentists. Secondary data came from SISAB and State Health Council meeting records. The MAJ included five dimensions, 14 subdimensions, 55 indicators, and 103 measures, with scores converted to percentages and classified into quartiles (0–25%: not implemented; 26–50%: incipient; 51–75%: intermediate; 76–100%: advanced). **RESULTS:** The regional implementation level was incipient (45.8%), with heterogeneous municipal performance—five incipient and two intermediate. The “Structure and Composition” dimension showed the best results, while “Integration and Coordination,” “Care Model,” and “Management and Planning” exhibited critical weaknesses such as lack of regulation centers, limited health-information integration, weak intersectoral coordination, and low social participation. **CONCLUSION:** The RASB in Central Amapá remains at an early stage of implementation, with progress in primary-care structure but persistent gaps in specialized care and governance. Strengthening integrated management, digital health systems, and social participation is crucial to achieve an equitable and effective oral-health network adapted to the Amazonian context.

KEYWORDS: Health Evaluation; Oral Health; Health Management; Health Policy; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se como arranjos organizativos que integram ações e serviços de distintas densidades tecnológicas, articulados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o propósito de assegurar a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendes, 2011). No cenário brasileiro, um dos principais desafios permanece sendo a superação da fragmentação assistencial, obstáculo persistente mesmo diante de importantes avanços na organização dos serviços de saúde.

A incorporação desse modelo para a saúde bucal reveste-se de particular importância, pois possibilita a coordenação eficiente entre os diferentes níveis de atenção, garantindo que os usuários acessem o cuidado adequado, no tempo oportuno e no local pertinente. Essa articulação contribui para evitar tanto a sobrecarga quanto a subutilização de recursos, além de promover a integração horizontal e vertical dos pontos de atenção, assegurando a oferta de serviços mais resolutivos e alinhados às necessidades individuais e coletivas. Nesse sentido, valoriza-se a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e o fortalecimento de abordagens multiprofissionais, em contraposição à fragmentação historicamente observada no SUS (Godoi; Mello; Caetano, 2014).

Com a formalização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) pela Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023 no SUS (Brasil, 2023), e a instituição das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) por meio da Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024), emergem demandas para o monitoramento e avaliação desses arranjos, visando qualificar os serviços prestados à população. A avaliação de implantação, nesse contexto, permite analisar de que forma e em que medida as ações e serviços são operacionalizados, identificando fragilidades e potencialidades, além de subsidiar a tomada de decisão e o redirecionamento de estratégias de gestão.

A organização de redes de atenção em contextos amazônicos apresenta desafios adicionais relacionados à grande extensão territorial, à dispersão populacional, às barreiras geográficas de acesso e à limitada densidade de serviços especializados. Esses fatores influenciam diretamente a conformação das redes de saúde, exigindo maior articulação regional, fluxos assistenciais

bem definidos e dependência de pactuações interfederativas para garantia da integralidade do cuidado.

No estado do Amapá, tais características assumem relevância particular, uma vez que o território combina vastas áreas de difícil acesso, concentração de serviços em poucos municípios e forte dependência de referências regionais para atenção especializada. Apesar desse contexto singular, a produção científica sobre a organização da rede de saúde bucal no estado ainda é escassa, o que limita a compreensão sobre como a RASB se estrutura e opera em cenários amazônicos.

Embora as Redes de Atenção à Saúde Bucal estejam formalmente instituídas em âmbito nacional, a produção científica acerca de sua implantação permanece incipiente, sobretudo em regiões como o norte do Brasil e/ou de menor densidade demográfica, como o estado do Amapá. Essa carência de análises sistematizadas compromete a capacidade de monitoramento e de tomada de decisão baseada em evidências, dificultando a identificação de obstáculos e a potencialização de boas práticas regionais. Diante desse cenário, torna-se essencial a realização de estudos avaliativos que possibilitem mensurar o grau de implantação das RASB em territórios específicos, fornecendo subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de saúde bucal e a consolidação de redes regionalizadas e resolutivas.

Assim, o objetivo deste estudo consiste em avaliar o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região central de saúde do estado do Amapá, a partir de uma matriz de análise e julgamento previamente desenvolvida e validada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, configurada como um estudo de caso único, realizada na Região de Saúde Central do estado do Amapá. As unidades de análise correspondem aos sete municípios que compõem a região, com abordagem quanti-qualitativa e dados coletados em 2024. A escolha por essa região deve-se ao fato de que, nas demais regiões do estado, a rede de saúde bucal mostrava-se incipiente ou inexistente, o que inviabilizaria a aplicação integral da matriz avaliativa. Dessa forma, a seleção desse recorte

territorial garantiu viabilidade metodológica e maior densidade informacional para a análise do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

O estado do Amapá conta com uma população de 733.759 habitantes (2022), distribuídos em uma área de 142.471 km², o que resulta em uma densidade demográfica de 5,15 hab/km². O estado apresenta uma das maiores médias nacionais de urbanização, com 89,8% dos habitantes vivendo em zonas urbanas. Macapá, a capital, abriga mais da metade da população estadual (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado é de 0,688 (IBGE, 2023).

Administrativamente, o estado é dividido em três regiões de saúde: Região Norte, Região Sudoeste e Região Central, que concentra a maioria dos estabelecimentos de saúde, dos recursos humanos especializados e a maior densidade tecnológica do estado, o que justificou a sua seleção para este estudo.

O estudo foi desenvolvido em três etapas: I – Criação do modelo teórico (MT), modelo teórico-lógico (MTL) e matriz de análise e julgamento (MAJ); II – Validação do modelo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB); e III – Aplicação do modelo para verificar o grau de implantação da RASB na região central do Amapá. As etapas I e II já foram apresentadas em artigo previamente publicado (Nunes; Colussi, 2025).

A Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) é composta por 5 dimensões de análise - Estrutura e composição da RASB, Modelo de Atenção, Articulação e Integração da RASB, Organização e Gestão do Acesso, e Gestão e Planejamento -com 14 subdimensões, 55 indicadores e 103 medidas (Quadro 1). Os rationales estão descritos integralmente no Apêndice G. As fontes primárias de dados para o cálculo das medidas foram: o coordenador estadual de saúde bucal, os sete coordenadores municipais de saúde bucal, os gestores dos CEO, e os cirurgiões-dentistas da APS. Já como fontes secundárias têm-se o SISAB e as atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Amapá.

Tendo como base a MAJ, foram construídos questionários autoaplicáveis destinados ao coordenador estadual de saúde bucal, aos coordenadores municipais de saúde bucal, aos gestores dos CEO e aos cirurgiões-dentistas da APS dos sete municípios participantes. Esses questionários eram compostos por

questões fechadas, com respostas do tipo binária ou em escala likert(Apêndices A,B e C)

A coleta dos dados primários ocorreu no mês de janeiro de 2025, quando os links para os formulários, hospedados na plataforma Google Forms, foram distribuídos via aplicativo de mensagens para celular. Os participantes dispuseram de um prazo de 20 dias para responder. A taxa de resposta obtida foi de 100% entre os gestores (estadual, municipal e dos CEO) e de 43% entre os cirurgiões-dentistas.

Quadro 9: Estrutura da MAJ com dimensões, subdimensões, número de indicadores, de medidas, e pontuação máxima a ser atingida.

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medidas	Pontuação máxima	
Estrutura e composição da RASB	Cobertura da RASB	4	6	5,0	20
	Recursos Humanos	2	2	5,0	
	Equipamentos e Insumos	2	5	5,0	
	Sistema de Apoio	4	4	5,0	
Organização e Gestão do Acesso	Acesso e Fluxo dos Usuários na RASB	8	15	10,0	20
	Protocolos	3	7	10,0	
Articulação e Integração da RASB	Comunicação e Integração entre os profissionais da RASB	4	7	10,0	20
	Sistema Logístico	4	11	10,0	
Modelo de Atenção	Modelo assistencial	4	8	6,7	20
	Cuidado ampliando	4	7	6,7	
	Articulação Intersetorial	3	5	6,7	
Gestão e Planejamento	Planejamento das Ações	5	12	6,7	20
	Recursos Financeiros	2	4	6,7	
	Gestão da RASB	6	10	6,7	
TOTAL	14	55	103	100	

Fonte : Autoria própria

Após a coleta, as respostas dos questionários foram organizadas em planilhas no Microsoft Excel, onde foram convertidas em escores com valores entre zero e quatro, conforme parâmetros predefinidos (Nunes; Colussi, 2025). Para o cálculo das medidas cuja fonte de dados era proveniente de vários

respondentes (como os cirurgiões-dentistas da APS, por exemplo), foi calculada a média dos escores das respostas. Em seguida, esses valores foram convertidos em percentuais, de modo que a pontuação máxima possível de ser obtida correspondesse a 100%, e as demais pontuações foram proporcionalmente calculadas.

Dados secundários de produção ambulatorial foram obtidos por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), pertencente ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A extração dos dados, referentes ao ano de 2024, foi realizada em junho de 2025. Nesse mesmo período (1º semestre de 2025), conduziu-se uma análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde referentes ao exercício de 2024, para extração das informações acerca da participação de CD como delegados e da proporção reuniões em que foram pautados temas relacionados à SB.

Para o cálculo da pontuação de cada indicador, subdimensão e dimensão, foi utilizada a média aritmética simples dos percentuais obtidos, independentemente do número de medidas ou indicadores envolvidos. Esse procedimento assegurou que o peso final de cada subdimensão e dimensão fosse dado pela média de seus componentes, evitando distorções causadas pela quantidade de indicadores presentes.

Para alguns indicadores, os valores corresponderam ao cálculo em nível regional. Essa decisão baseou-se no entendimento de que, na lógica das Redes de Atenção à Saúde, nem todos os serviços precisam estar presentes em cada município, desde que o acesso seja assegurado por pactuação regional. Assim, indicadores referentes à atenção especializada, oferta de próteses, estrutura dos CEOs, equipamentos, recursos humanos especializados e disponibilidade de especialidades odontológicas foram analisados em perspectiva regional. A interpretação dos resultados considerou a natureza de cada indicador e a forma de organização da rede, distinguindo oferta local de acesso referenciado, em consonância com os princípios de regionalização e complementaridade solidária do SUS.

O grau de implantação da região foi calculado a partir da média simples dos resultados dos sete municípios avaliados. Para interpretação e emissão do juízo de valor, os resultados foram classificados em quartis: 0%-25%=não

implantado (cor vermelha); 26%-50%=implantação incipiente (cor amarela); 51%-75%=implantação intermediária (cor verde); e 76%-100%=implantação avançada (cor azul).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sendo submetido à apreciação ética CAEE nº 74075923.8.0000.0003, tendo parecer aprovado sob o número 6.705.002 e como instituição proponente o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo A). Todos os participantes que aceitaram integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado integralmente no Apêndice F.

RESULTADOS

Participaram deste estudo os 7 coordenadores municipais de saúde bucal, o coordenador estadual e os 3 gestores dos centros de especialidades odontológicas da região. Em relação ao tempo de atuação na gestão de seus respectivos setores, 46% dos gestores atuam há menos de 2 anos, e 54% atuam entre 2 e 5 anos. Quanto à formação, 18% não possuem graduação em Odontologia; 36% possuem especialização em áreas como Saúde Coletiva, Gestão Pública ou outras; e 54% não possuem pós-graduação.

Dos 102 cirurgiões-dentistas participantes, apenas 44 responderam ao questionário. Desses, 20% atuam há menos de 2 anos na APS do município; 43% atuam entre 2 e 5 anos; e 36% atuam há mais de 5 anos. Apenas 11% não possuem pós-graduação em Odontologia, sendo que 36,4% possuem pós-graduação na área de Saúde coletiva, Saúde pública e saúde da família.

Os resultados foram sistematizados em dois quadros (Quadro 10 e Quadro 11), que trazem a pontuação em percentual e o juízo de valor para os municípios avaliados e para a região.

O grau de implantação da RASB na Região Central do Estado do Amapá foi classificado como incipiente, atingindo 45,8% da pontuação, conforme os critérios estabelecidos. Observou-se um cenário heterogêneo, no qual coexistem avanços estruturais e operacionais com fragilidades que comprometem a integralidade do cuidado. Das 5 dimensões avaliadas, apenas uma teve grau de implantação intermediário, as demais tiveram grau incipiente.

Entre os municípios avaliados, observou-se uma variação significativa, com 5 deles apresentando implantação incipiente e 2 implantação intermediária.

A dimensão “Estrutura e Composição da RASB” obteve o maior grau de implantação, destacando-se a elevada cobertura de saúde bucal na APS, e a completude das equipes na APS. No entanto, identificou-se fragilidades significativas na cobertura da atenção ambulatorial especializada na manutenção inadequada de equipamentos odontológicos.

Quanto à “Organização e Gestão do Acesso”, os resultados apontaram um tempo de espera relativamente baixo na APS. Contudo, a inexistência de centrais de regulação e a implementação incipiente de protocolos de estratificação de risco revelam desafios críticos na organização dos fluxos assistenciais.

A dimensão “Articulação e Integração da RASB” apresentou como ponto positivo a comunicação horizontal entre profissionais de saúde bucal, porém o sistema logístico apresentou-se não implantado, comprometendo a integração e articulação da RASB.

No que se refere à dimensão “Modelo de Atenção”, as ações de promoção e prevenção em saúde bucal foram bem avaliadas. Entretanto, a ausência de apoio matricial e a baixa articulação intersetorial evidenciam lacunas importantes.

Por fim, a dimensão “Gestão e Planejamento” destacou-se positivamente pela estruturação de sistemas de informação. No entanto, a baixa adesão ao planejamento participativo e a reduzida participação popular indicam fragilidades na governança democrática e no envolvimento da comunidade nas decisões, aspectos fundamentais para a consolidação da RASB no âmbito do SUS.

Quadro 10: Percentual da pontuação atingida nos indicadores por subdimensão (SD) nos 7 municípios avaliados (M1 a M7), e pontuação total da região (Reg). Amapá, 2024.

SD	INDICADOR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Reg
DIMENSÃO: Estrutura e composição da RASB									
Cobertura da	Cobertura de SB na APS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Cobertura de SB na AE ambulatorial	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	7,1

	Cobertura SB na AE Hospitalar	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	42,8
	Cobertura do sistema de apoio em SB	50,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	50,0	42,8
Recursos Humanos	Completação equipes APS	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	85,5
	Adequação de pessoal na AE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Equipamentos e Insumos	Suficiência equipamentos e insumos na APS	25,0	90,0	62,5	67,1	87,5	25,0	62,5	59,8
	Suficiência equipamentos e insumos na AE ambulatorial*	-	-	-	-	-	-	-	83,3
	Manutenção dos equipamentos odontológicos	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	57,0
Sistema de Apoio	Assistência farmacêutica	50,0	75,0	100	81,5	81,3	87,5	75,0	78,5
	Oferta de serviços de radiologia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	92,8
	Oferta de serviços de patologia	50,0	50,0	50,0	100,0	50,0	50,0	50,0	57,0
	Laboratório de prótese regional(LRPD)	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	50,0	50,0	70,0
DIMENSÃO: Organização e Gestão do Acesso									
Acesso e Fluxo dos Usuários na RASB	Coordenação do cuidado pela APS	50,0	85,0	100,0	67,3	100,0	62,5	87,5	78,8
	Forma de acesso à AE em SB*	-	-	-	-	-	-	-	83,3
	Tempo de espera na APS	75,0	95,0	100,0	73,0	87,5	75,0	100,0	86,5
	Tempo de espera para AE	41,7	58,3	41,7	75,0	58,3	33,3	58,3	52,3
	Monitoramento das listas de espera	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0	10,6
	Controle do absenteísmo dos usuários	0,0	100,0	25,0	0,0	100,0	0,0	100,0	46,4
	Central de regulação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Regulação com classificação de risco	100,0	40,0	100,0	5,8	25,0	0,0	50,0	45,8
Protocolos	Protocolos de Encaminhamento	0,0	100,0	0,0	50,0	100,0	0,0	0,0	35,5
	Referência e Contrarreferência	50,0	20,0	50,0	67,3	100,0	0,0	75,0	51,6
	Protocolo de Estratificação	0,0	0,0	0,0	4,3	25,0	0,0	0,0	4,0
DIMENSÃO: Articulação e Integração da RASB									
Comunicação e Integração	Comunicação horizontal entre os profissionais de SB	62,5	70,0	75,0	55,6	53,1	37,5	75,0	61,1
	Comunicação vertical entre os profissionais de SB	50,0	40,0	50,0	60,0	50,0	37,5	0,0	41,5

	Comunicação multiprofissional	62,5	70,0	75,0	52,3	50,0	31,2	75,0	59,3
	Realização de ações multiprofissionais	75,0	55,0	87,5	25,0	75,0	25,0	75,0	59,5
Sistema Logístico	Disponibilidade de transporte	0,0	87,5	0,0	50,0	37,5	37,5	37,5	35,6
	Existência de prontuário eletrônico (PE) do paciente*	-	-	-	-	-	-	-	38,3
	Integração do Prontuário Eletrônico	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	00	0,0	10,6
	Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	14,2
DIMENSÃO: Modelo de Atenção									
Modelo assistencial	Promoção e prevenção em saúde bucal	62,5	42,5	87,5	55,7	87,5	56,25	93,7	69,2
	Diagnóstico e tratamento em SB	33,3	0,0	100,0	33,3	100,0	33,33	33,3	47,6
	Apoio Matricial*	-	-	-	-	-	-	-	0,0
	Acompanhamento longitudinal	50,0	30,0	25,0	45,12	40,0	50,0	25,0	37,7
Cuidado ampliando	UOM	50,0	100,0	100,0	50,0	0,0	0,0	0,0	42,7
	SESB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Especialidades do CEO*	-	-	-	-	-	-	-	83,2
	Atenção Terciária	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	50,0	50,0	64,2
Articulação Intersetorial	Saúde Bucal Nas Escolas	25,0	15,0	81,2	21,1	75	68,7	25,0	44,3
	Heterocontrole Do Flúor	0,0	25,0	25,0	1,8	0,0	0,0	25,0	10,8
	Articulação com a Assistência Social	25,0	75,0	0,0	100,0	100,0	25,0	50,0	53,5
DIMENSÃO: Gestão e Planejamento									
Planejamento das Ações	Diagnóstico Situacional do Território	50,0	50,0	0	25,3	75	50,0	25	39,2
	Suporte ao Planejamento	87,5	32,5	62,5	67,2	80,6	43,7	28,1	27,8
	Planejamento Estratégico Situacional (PES)	41,6	23,3	25	74,3	68,3	12,5	8,3	18,6
	Planejamento Multiprofissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0	85,5
	Planejamento Participativo	0	0	0	0	50,0	0	0	7,12
Recursos Financeiros	Eficiência financeira	50,0	25	50,0	50,0	25	0	25	31,7
	Compra de materiais	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0	0	0	57
Gestão da RASB	Sistemas de Informação	0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	85,5
	Monitoramento das Ações Na RASB	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	25	62,5	62,3

	Saúde Bucal no Conselho de Saúde*	-	-	-	-	-	-	-	0
	Participação Popular	0	0	0	0	100,0	0	0	14,2
	Telessaúde	0	0	0	100,0	0	0	0	14,2
	Educação Permanente	0	50,0	0	100,0	50,0	0	0	28,5
GRAU IMPLANTAÇÃO		40,5	49,2	47,0	55,7	64,1	30,1	40,2	45,8

0%-25%=não implantado (cor vermelha); 26%-50%=implantação incipiente (cor amarela); 51%-75%=implantação intermediária(cor verde); e 76%-100%=implantação avançada (cor azul).

Fonte: Autoria Própria

Quadro 11: Percentual da pontuação atingida nas dimensões (D) e subdimensões (SD). Amapá, 2024.

Dimensão	Subdimensão	% SD	% D
Estrutura e composição da RASB	Cobertura da RASB	48,2	70,2
	Recursos humanos	92,8	
	Equipamentos e Insumos	66,7	
	Sistema de Apoio	73,1	
Organização e Gestão do Acesso	Acesso e Fluxo dos Usuários na RASB	50,4	40,4
	Protocolos	30,4	
Articulação e Integração da RASB	Comunicação e Integração entre os profissionais da RASB	55,4	40,1
	Sistema Logístico	24,7	
Modelo de Atenção	Modelo assistencial	38,7	40,8
	Cuidado ampliado	47,6	
	Articulação Intersectorial	36,3	
Gestão e Planejamento	Planejamento das Ações	34,2	37,6
	Recursos Financeiros	44,4	
	Gestão da RASB	34,1	
GRAU IMPLANTAÇÃO DA REDE		45,8	

Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

O maior grau de implantação da RASB na Região Central do Amapá foi observado na dimensão Estrutura e composição da RASB, evidenciando avanços na cobertura potencial da saúde bucal na APS e na completude das equipes. Esses resultados indicam ampliação da oferta de serviços, o que pode favorecer o acesso da população, desde que não haja barreiras organizacionais, geográficas ou relacionadas à continuidade do cuidado. A APS consolida-se como porta de entrada e ordenadora do cuidado em refletir em consonância com a literatura que reconhece a expansão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família como marco fundamental da PNSB (Menezes, 2025, Pucca Junior, 2020). No entanto, para exercer plenamente seu papel de centro de comunicação e coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema, conforme preconizado por Mendes (2010), e reforçado por análises mais recentes sobre a efetividade das redes de saúde no Brasil (Da Costa *et al.*, 2025), é imprescindível que a APS esteja integrada a uma rede articulada. A persistência de fragilidades estruturais, sobretudo na atenção ambulatorial especializada, configura um conhecido “gargalo” do SUS, caracterizado por oferta insuficiente, organização

heterogênea e baixa resolutividade, o que compromete a continuidade do cuidado e a integralidade preconizada (Tesser; Poli Neto, 2017).

O baixo desempenho observado nas dimensões relacionadas ao sistema logístico, à governança e ao planejamento evidencia que a RASB na região estudada apresenta fragilidades estruturantes, especialmente no que se refere à coordenação do cuidado. A ausência de protocolos padronizados, a limitação de sistemas de informação integrados e a fragilidade da regulação indicam que a rede opera mais como um conjunto de serviços coexistentes do que como um sistema articulado. Esse padrão aproxima-se daquilo que Mendes (2010) denomina redes “em construção”, nas quais há coexistência entre lógica fragmentada e tentativas de integração.

A heterogeneidade entre municípios evidencia que a presença de recursos humanos e equipamentos na APS não assegura, por si só, a articulação da rede, exigindo investimentos em infraestrutura, manutenção tecnológica e ampliação da oferta especializada. A inexistência de determinados serviços em alguns municípios ou o tempo prolongado de espera para atendimento especializado impactam diretamente a utilização dos serviços odontológicos e, conseqüentemente, a avaliação da RASB. Esses entraves revelam que desigualdades socioeconômicas, a organização municipal do sistema e até a localização geográfica dos centros de saúde configuram obstáculos ao acesso equitativo, reforçando a necessidade de políticas que enfrentem essas distorções (Lima *et al.*, 2024). Assim, embora a estrutura da APS represente um avanço, seu potencial é limitado pela insuficiência de insumos em alguns municípios, e pela fragilidade da atenção secundária, o que compromete a integralidade e resolutividade.

A quase inexistência de monitoramento das listas de espera evidencia limitações críticas para a organização dos fluxos assistenciais, uma vez que tal lacuna impede a oferta de um cuidado em tempo oportuno, podendo gerar perda de oportunidade terapêutica e conseqüente prognóstico desfavorável (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025). Esses resultados fragilizam a resolutividade e aumentam o risco de iniquidades no acesso, em consonância com achados de Souza *et al.* (2015) e Melo *et al.* (2021), que apontam a ausência de regulação e protocolos como barreiras estruturais à consolidação das redes. Essa disparidade confirma a crítica presente na literatura de que a ampliação de

equipamentos públicos, como as equipes de saúde bucal, não se traduziu necessariamente na criação de uma rede integrada de cuidados, mas, muitas vezes, em um conjunto robusto, porém atomizado de serviços, sem a devida integração e coordenação entre os níveis de atenção (Costa Júnior; Pereira; Andrade, 2021). Além disso, o baixo grau de implantação da dimensão “Modelo de Atenção”, evidenciado pela insuficiência de acompanhamento longitudinal, revela que a APS ainda não exerce plenamente sua função coordenadora da rede. Tal fragilidade também reflete a permanência de modelos assistenciais hegemônicos centrados no enfoque curativo, em que mesmo ações educativas e preventivas não rompem com a lógica da recuperação da doença. Esse predomínio do modelo biomédico, embora reconhecido como superado do ponto de vista conceitual, ainda orienta grande parte da prática em saúde bucal, limitando a efetivação de propostas mais integrais e voltadas para a vigilância em saúde (Silva *et al.*, 2021)

A ausência de uma central de regulação e a baixa implementação de protocolos de estratificação de risco configuram fragilidades críticas que comprometem a organização do acesso e a efetividade da RASB. As centrais de regulação e os complexos reguladores são reconhecidos como instrumentos estratégicos para a gestão integrada, pois organizam fluxos assistenciais, articulam diferentes níveis de atenção e garantem encaminhamentos mais ordenados e transparentes (Melo *et al.*, 2021). Além disso, colaboram para ampliar o acesso com equidade e possibilitam o uso racional dos recursos, priorizando casos mais graves e promovendo uma gestão mais justa das listas de espera (Melo *et al.*, 2021). Godoi (2020) evidencia que a ausência de protocolos, diretrizes e mecanismos de regulação transparente impacta negativamente a accountability e dificulta a integração da saúde bucal à provisão de serviços, acentuando a fragmentação. Nesse contexto, o delineamento de fluxos assistenciais por meio de linhas-guia e a padronização de protocolos regulatórios, como defendem Basso *et al.* (2019), são estratégias fundamentais para materializar a integralidade e a continuidade do cuidado, assegurando maior fluidez na trajetória dos usuários na rede. Outro aspecto crítico refere-se à baixa utilização da classificação de risco, cuja ausência prejudica a organização da demanda espontânea e compromete a oferta de atendimento resolutivo e humanizado. Ao negligenciar essa ferramenta, a rede perde

capacidade de priorizar casos mais graves, ampliando riscos de descontinuidade assistencial e iniquidades territoriais (Carvalho *et al.*, 2024).

Na subdimensão Sistema Logístico, a baixa pontuação evidenciou fragilidades estruturais relacionadas ao uso das tecnologias de informação em saúde, configurando um cenário de uma rede pouco informatizada e ainda fragmentada. A reduzida utilização de sistemas informatizados, como prontuário eletrônico e Rede Nacional de Dados em Saúde revela uma rede pouco integrada e dificulta a coordenação entre níveis de atenção, como apontam estudos que destacam a informatização como condição para reduzir fragmentação e qualificar o cuidado (Saraiva *et al.*, 2021; Coelho Neto *et al.*, 2021). A subutilização dessas ferramentas não apenas reflete limitações técnicas, mas expõe lacunas de governança e de priorização política, indicando que a integração informacional permanece como um dos principais desafios para a consolidação da RASB. Nesse contexto, estudos têm destacado que os prontuários eletrônicos favorecem a continuidade do cuidado ao possibilitar que diferentes profissionais, em distintos níveis de atenção, tenham acesso às informações do paciente, reduzindo duplicidades e falhas assistenciais (Saraiva *et al.*, 2021). O sistema e-SUS, por exemplo, registra os dados de forma individualizada e permite interface com outras plataformas do SUS, evitando retrabalho na alimentação das informações e garantindo maior rastreabilidade no percurso do usuário (Santos *et al.*, 2021). Além disso, a facilidade de utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a possibilidade de acesso remoto têm ampliado a adesão de profissionais e favorecido o uso qualificado do sistema (Santos *et al.*, 2021). Dessa forma, a integração entre sistemas de informação em saúde mostra-se essencial para assegurar o acompanhamento contínuo do paciente, melhorar a coordenação do cuidado e qualificar a gestão em saúde (Santos *et al.*, 2021; Coelho Neto *et al.*, 2021).

A baixa pontuação observada na subdimensão de Articulação Intersetorial no presente estudo corrobora as fragilidades apontadas por Godoi *et al.* (2020) no contexto catarinense, onde os autores destacam o isolamento persistente da saúde bucal em relação às demais áreas da saúde e a ausência de integração com políticas intersetoriais. Essa desconexão reflete uma limitação estrutural na governança das RASB, que prioriza ações verticais e fragmentadas, em detrimento de abordagens integradas que envolvam educação, assistência

social e outras políticas públicas. Além disso, a baixa mobilização dos cirurgiões-dentistas para a efetiva inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, associada à conformidade desses profissionais com modelos assistenciais hegemônicos, revela como a própria formação, centrada na especialização e no enfoque curativista, atua como barreira à construção de práticas colaborativas e intersetoriais (Pinheiro *et al.*, 2023). Dessa forma, as dificuldades observadas não se restringem a fatores institucionais de gestão, mas se estendem a dimensões culturais e profissionais que reforçam a fragmentação e dificultam a consolidação de uma atenção integral em saúde.

Outro aspecto relevante é a relação entre vulnerabilidade socioeconômica e grau de implantação da RASB. Embora o estudo de Galvão e Roncalli (2021) tenha identificado que municípios com menor IDH-M apresentaram maior disponibilidade de serviços especializados em saúde bucal — sugerindo um efeito positivo da PNSB em contextos vulneráveis —, os resultados no Amapá, estado com IDH-M de 0,688, revelam uma realidade distinta. Essa divergência pode ser atribuída a desafios específicos do contexto amazônico, como o isolamento geográfico, a dispersão populacional e as limitações na infraestrutura de transporte e comunicação, que dificultam a integração regional dos serviços. Essa situação demonstra que a efetividade das redes de saúde está intrinsecamente ligada a fatores que vão além da oferta de serviços, dependendo também de condições estruturais básicas, como infraestrutura urbana e de saneamento, que são fundamentais para reduzir as iniquidades em saúde (Moreno *et al.*, 2022). Esses achados destacam a necessidade de adaptar as estratégias de implantação da RASB a realidades regionais extremas, investindo em modelos de atenção que considerem a territorialidade e a articulação intermunicipal solidária. Tal movimento demanda um olhar integrado que compreenda os múltiplos determinantes sociais do processo saúde-doença e que implemente ações intersetoriais, superando uma visão focalizada apenas na assistência. Nessa perspectiva, a articulação entre setores como educação, assistência social e saúde potencializa ações preventivas, educativas e integradas, promovendo um cuidado mais efetivo e contextualizado às necessidades da população (Saraiva *et al.*, 2021). Além disso, é fundamental que os gestores incorporem os determinantes sociais na formulação de políticas e no planejamento em saúde, e que se aprimorem, na graduação e por meio da

educação permanente, os processos de formação dos profissionais, de modo a ampliar a compreensão sobre o cuidado centrado nas pessoas e no território, reforçando a corresponsabilidade na promoção da saúde e na prevenção de agravos (Rabello *et al.*, 2024).

A dimensão de Gestão e Planejamento evidenciou baixa participação popular, tanto no processo de formulação de ações quanto na existência de canais efetivos de comunicação com a população, expondo uma fragilidade da governança democrática da rede (Araújo; André; Cruz, 2023). Essa constatação vai ao encontro dos achados de Ferreira, Bueno e Oliveria (2018), cujo estudo com gestores do oeste catarinense também revelou a falta de participação da população nas arenas decisórias e uma atuação pouco efetiva dos Conselhos Municipais de Saúde, além de dificuldades na utilização de dados epidemiológicos para embasar o planejamento. A ausência de espaços participativos consolidados compromete a construção de políticas contextualizadas às realidades locais e enfraquece a corresponsabilização dos diferentes atores. Nesse sentido, a participação social, entendida como promotora de mudanças nas relações entre usuários, comunidade, profissionais e Estado, é fundamental para assegurar não apenas a equidade, mas também o empoderamento das populações vulnerabilizadas, transformando-as em protagonistas na definição das prioridades em saúde (Araújo; André; Cruz, 2023). Dessa forma, a baixa institucionalização de mecanismos de participação e controle social na saúde bucal implica perda de oportunidades de aprimorar o planejamento regionalizado e de consolidar o SUS como sistema democrático de proteção social.

É importante reconhecer, contudo, as limitações do presente estudo. A utilização de dados autorreferidos por gestores e profissionais pode ter introduzido vieses de percepção. Outro aspecto refere-se à generalização dos achados, já que o estudo contemplou apenas a Região Central do Amapá, cuja realidade pode não refletir integralmente a diversidade do estado. Ademais, a própria natureza do modelo avaliativo, ao demandar decisões metodológicas sobre a atribuição de indicadores regionais e municipais, pode gerar variações na interpretação dos resultados. Tais limitações, entretanto, não invalidam os achados, mas reforçam a necessidade de estudos comparativos em diferentes

regiões amazônicas, bem como de investigações que permitam monitorar a evolução da implantação da RASB ao longo do tempo.

Este estudo evidenciou avanços importantes na cobertura da APS, mas também revelou limitações significativas na atenção secundária e no sistema de governança, indicando que a implantação da RASB no Amapá permanece incipiente e desigual. Os resultados reforçam a urgência de políticas que articulem o fortalecimento da atenção primária com a expansão dos serviços especializados acompanhados de investimentos em infraestrutura tecnológica e estímulo à participação social, a fim de consolidar uma rede mais integrada, equitativa e efetiva no território amazônico.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. G.; ANDRÉ, A. N.; CRUZ, P. J. S. C. Potencialidades da participação social no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Revista de Educação Popular*, v. 22, n. 2, 2023.
- BASSO, M. B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2155-2165, 2019.
- BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.572-de-8-de-maio-de-2023-476454553>. Acesso em: 19 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Institui as Redes de Atenção à Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.213-de-19-de-dezembro-de-2024-539088885>. Acesso em: 19 set. 2025.
- CARVALHO, T. F. *et al.* Estratificação de risco com participação popular e acolhimento humanizado à demanda espontânea em saúde bucal. *Revista de APS (Online)*, p. e272442994-e272442994, 2024.
- COELHO NETO, G. C.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 93, 2021.
- DA COSTA, D. S. *et al.* A integração dos sistemas de saúde: um estudo sobre a efetividade das redes de atenção à saúde no Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 518-527, 2025.

FERREIRA, J.; BUENO, R.; OLIVEIRA, L. O que dizem os gestores? Planejamento regional dos municípios do oeste catarinense. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

GIANNOTTI, E. M.; LOUVISON, M.; CHIORO, A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, p. e00220724, 2025.

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*, v. 30, p. 318-332, 2014.

GODOI, H. *et al.* Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00184719, 2020.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, p. e00184119, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184119>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2019: características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociais municipais: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2025.

LIMA, L. M. M. *et al.* Que fatores estão associados a um maior tempo de espera para atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil? *Revista Ciência Plural*, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2024.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, p. e310109, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, L. X. B. *et al.* Tendência temporal de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros de 2001 a 2021. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, p. e00169424, 2025.

MORENO, G. C. L.; HEINZ, D.; HEIN, N. Investimento em saneamento básico e a melhoria das condições de saúde das capitais estaduais brasileiras. *Revista de Políticas Públicas*, 2022.

NUNES, C. S. R.; COLUSSI, C. F. Rede de Atenção à Saúde Bucal: desenvolvimento e validação de um modelo avaliativo multidimensional. *Caderno Pedagógico*, v. 22, n. 11, p. e19572, 2025.

PINHEIRO, E. L. *et al.* Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 1139-1150, 2023.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, p. 29-43, 2020.

RABELLO, R. E. D. *et al.* Desafios do acesso à saúde bucal na Amazônia: pesquisa exploratória com os coordenadores municipais de saúde bucal do Amazonas. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, v. 9, n. esp. 2, 2024.
SANTOS, L. P. R. *et al.* e-SUS AB na cidade do Rio de Janeiro: projeto e implantação do sistema de informação em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, n. spe, p. 199-204, 2021.

SARAIVA, L. I. M. *et al.* Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 9, p. e6418, 2021.

SILVA, M. A. M. *et al.* A caracterização da gestão da rede de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro pelo perfil regional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, p. e310417, 2021.

SOUZA, G. C. *et al.* Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Revista de Salud Pública*, v. 17, p. 416-428, 2015.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 941-951, 2017.

5.3. ARTIGO 03: ARTIGO QUALITATIVO DE ANÁLISE DA PERCEPÇÕES DE GESTORES SOBRE AS FACILIDADE E BARREIRAS NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO AMAPÁ

Este manuscrito, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, apresenta e discute as percepções de gestores municipais e estadual sobre as facilidades e barreiras na implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na Região Central do Estado do Amapá. O estudo analisa as experiências de gestão à luz de cinco dimensões avaliativas de um modelo previamente validado, contribuindo para a compreensão dos fatores que influenciam a consolidação da rede em contextos amazônicos. Até o momento, o artigo não foi submetido a nenhum periódico científico, porém segue as diretrizes editoriais da Revista Ciência & Saúde Coletiva. De autoria de Camila Santa Rosa Nunes e Claudia Flemming Colussi.

Artigo 3: Percepções de Gestores sobre as Facilidade e Barreiras na Implantação e no processo de consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Amapá

Resumo

O presente estudo, de abordagem qualitativa, analisou as percepções de gestores municipais e estadual sobre as facilidades e barreiras na implantação e no processo de consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na Região Central do Amapá. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete coordenadores municipais e um estadual, e os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática segundo Bardin, organizados nas cinco dimensões avaliativas de um modelo previamente validado. Os resultados evidenciam avanços pontuais na infraestrutura e cobertura da Atenção Primária, mas revelam entraves persistentes, como alta rotatividade profissional, fragilidade na manutenção de equipamentos, ausência de fluxos de referência e contrarreferência, e deficiências na regulação, transporte e integração tecnológica. Observou-se coexistência de práticas curativas e preventivas, com experiências inovadoras em ações intersetoriais e estratégias móveis, embora ainda predomine um modelo de gestão centralizado e pouco participativo. A instabilidade administrativa e a influência política comprometem a continuidade das ações, enquanto a educação permanente e a informatização dos serviços de saúde — ainda incipiente e restrita a algumas experiências locais — despontam como potenciais de fortalecimento. Conclui-se que a consolidação da RASB requer estabilidade institucional, investimentos sustentados e maior

integração entre níveis de atenção e gestão, de modo a assegurar um cuidado integral, resolutivo e equitativo no contexto amazônico.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde; Saúde Bucal; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) constitui uma estratégia essencial para fortalecer a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída pela Portaria GM/MS nº 6.213, de 26 de dezembro de 2024, representa um avanço no escopo da Política Nacional de Saúde Bucal, consolidando-a como componente estruturante das Redes de Atenção à Saúde. Suas diretrizes orientam o desenvolvimento de linhas de cuidado, a regulação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação, organizando o fluxo do usuário dentro do SUS e assegurando que suas necessidades sejam inicialmente atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), com encaminhamento à atenção especializada apenas quando necessário. Essa estrutura busca ampliar o acesso, fortalecer a coordenação do cuidado e reduzir desigualdades regionais, promovendo um sistema mais resolutivo e integral (Brasil, 2024; Mendes, 2010).

Apesar dos avanços normativos, os estudos avaliativos sobre a RASB ainda são escassos, sobretudo quanto à análise das percepções e experiências de gestão. A maioria das pesquisas concentra-se em contextos urbanos e regiões mais estruturadas, como o Sudeste e o Sul do país, deixando lacunas sobre os desafios enfrentados em estados amazônicos, onde fatores geográficos, logísticos e políticos impõem barreiras adicionais à organização do cuidado.

Nesse cenário, abordagens qualitativas são indispensáveis para compreender as dinâmicas locais de implantação e coordenação da rede, revelando como os gestores interpretam as políticas, constroem estratégias e enfrentam limitações institucionais. Essa articulação é essencial para compreender a gestão, o trabalho e o cuidado como fenômenos sociais, atravessados por dimensões políticas, simbólicas e culturais que estruturam as práticas no SUS. Na Amazônia, essa perspectiva adquire contornos singulares, pois a política de saúde se entrelaça com um território de vida diverso,

culturalmente complexo e ambientalmente sensível, exigindo um referencial teórico que valorize o conhecimento nacional e internacional e permitindo a formulação de análises situadas nas especificidades amazônicas (Tobias *et al.*, 2023). A Região Central do Estado do Amapá foi escolhida como campo empírico deste estudo por reunir municípios de diferentes portes populacionais, capacidades de gestão e níveis de implantação da RASB, configurando um cenário representativo da diversidade amazônica. Trata-se de uma região marcada por desigualdades territoriais, limitações de infraestrutura e dificuldades de fixação profissional — fatores que influenciam diretamente a efetividade das redes de atenção. Ao analisar as percepções dos gestores desse território, busca-se compreender como tais particularidades interferem na implementação da política, fornecendo subsídios para estratégias de regionalização mais equitativas e adaptadas às realidades locais.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as percepções de gestores municipais e estadual sobre as facilidades e barreiras na implantação e no processo de consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Amapá, à luz das cinco dimensões avaliativas previamente validadas — Estrutura e Composição, Modelo de Atenção, Articulação e Integração, Organização e Gestão do Acesso, e Gestão e Planejamento. Ao adotar uma abordagem qualitativa, busca-se aprofundar a compreensão sobre como os gestores experienciam e interpretam a operacionalização da rede e os elementos de institucionalização da rede e integração funcional que sustentam sua consolidação, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde bucal no SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva, seguindo os critérios de rigor metodológico preconizados pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Souza *et al.*, 2021). A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014), busca compreender a realidade social a partir da perspectiva dos sujeitos, valorizando o significado atribuído às experiências vividas, o que a torna adequada para investigações em saúde coletiva.

A investigação foi realizada com os coordenadores de saúde bucal da Região Central de Saúde do Estado do Amapá. Foram convidados todos os coordenadores municipais dessa região, além do coordenador estadual de saúde bucal. O primeiro contato ocorreu por telefone e, após a concordância dos gestores, as entrevistas foram agendadas. A amostra final contou com sete coordenadores municipais e o coordenador estadual. Dos gestores contatados, apenas um recusou a participação (Quadro 12).

Quadro 12: Perfil demográfico e profissional dos participantes das entrevistas.

Entrevista	Gênero	Cargo-Funções	Graduação	Pós-graduação Em Saúde Coletiva/Pública/Gestão	Tempo na coordenação
1	feminino	TSB e coordenadora		Especialização	1 ano
2	masculino	Coordenador e Cirurgião -dentista	Odontologia	Especialização	5 anos
3	feminino	Coordenadora	Odontologia	Nenhuma	1 ano
4	feminino	Coordenadora	Odontologia	Nenhuma	2 anos
5	feminino	Coordenadora; técnica de enfermagem e cirurgiã-dentista	Odontologia	Nenhuma	3 anos
6	feminino	Coordenadora e cirurgiã-dentista	Odontologia	Especialização	1,5 anos
7	masculino	Coordenador e Cirurgião -dentista	Odontologia	Nenhuma	6 meses

Fonte: Autoria própria

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro construído a partir das cinco dimensões do modelo avaliativo da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Nunes; Colussi, 2025). As entrevistas foram conduzidas por uma doutoranda em Saúde Coletiva, sem vínculo prévio com os entrevistados, e tiveram duração média de 55 minutos, sendo realizadas entre os meses de dezembro de 2024 e janeiro de 2025.

O local e o formato da entrevista foram escolhidos pelo participante, podendo ser presencial ou virtual (via Google Meet). Ao final, duas entrevistas ocorreram de forma presencial e cinco de maneira remota. Não foram identificadas diferenças substantivas entre entrevistas presenciais e remotas quanto aos conteúdos centrais, embora as presenciais tenham favorecido maior

exemplificação situacional. Em ambos os formatos, asseguraram-se privacidade, tempo adequado e possibilidade de aprofundamento.

Foram contempladas questões sobre formação profissional, rotina de trabalho e, sobretudo, percepções sobre facilidades e dificuldades para a implantação da RASB.

Todo o material coletado foi registrado em áudio, transcrito integralmente e submetido à análise de conteúdo temática conforme Bardin (2004), por se tratar de uma investigação com categorias previamente definidas a partir das dimensões e subdimensões do modelo avaliativo desenvolvido pelas mesmas autoras (Nunes; Colussi, 2025). O processo analítico ocorreu em três etapas: (I) pré-análise, com a realização da leitura e organização dos dados; (II) exploração do material, com codificação e agrupamento de acordo com as dimensões avaliativas estabelecidas e subcategorias emergentes (facilidades e dificuldades); (III) tratamento, inferência e interpretação, momento em que se analisou o encadeamento das unidades de registro em cada categoria, articulando os achados qualitativos com a literatura especializada e com o referencial conceitual do modelo avaliativo utilizado como guia analítico.

Embora o procedimento analítico esteja ancorado na análise de conteúdo temática, a interpretação dos achados considerou que as narrativas dos gestores são produzidas em posições institucionais específicas e carregam racionalidades de gestão, valores e disputas de sentido sobre o que é “rede”, “acesso” e “resolutividade” no SUS. Assim, para além da categorização por dimensões, realizou-se uma leitura interpretativa do material, buscando identificar recorrências, silêncios, justificativas e formas de responsabilização atribuídas aos diferentes níveis de gestão e pontos de atenção. Essa estratégia permitiu problematizar como certos obstáculos são naturalizados e como algumas soluções locais são construídas discursivamente como possíveis ou inviáveis no contexto amazônico.

Os dados foram organizados e categorizados no software ATLAS.ti®, o qual funcionou como ferramenta de apoio, sem substituir o olhar crítico do pesquisador. A análise buscou evidenciar, em cada dimensão, os elementos percebidos como facilidades (estratégias efetivas, avanços, boas práticas) e dificuldades (entraves, fragilidades estruturais, barreiras organizacionais), compondo um quadro interpretativo coerente com os referenciais adotados. A

pesquisa respeitou todos os aspectos éticos, estando vinculada ao Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE nº 74075923.8.0000.0003 e parecer nº 6.705.002 e como instituição proponente o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a implantação da RASB e o seu processo de consolidação na Região Central do Amapá apresenta um cenário de contrastes, combinando avanços pontuais na estrutura física e na cobertura da Atenção Primária com persistentes fragilidades na integração entre níveis assistenciais e na gestão do cuidado. As percepções dos gestores entrevistados revelam que, embora existam esforços locais para sustentar a rede, as limitações estruturais, políticas e organizacionais ainda comprometem a integração funcional necessária à consolidação da RASB.

Na dimensão Estrutura e Composição, observou-se consenso entre os gestores quanto à melhoria das condições físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As falas indicam que “todas as salas foram reformadas e os consultórios estão novos”, o que demonstra avanços relacionados à infraestrutura e à oferta de insumos, que em alguns casos ficam sob controle logístico, ocorrendo a liberação conforme o perfil de produção da unidade, estratégia que colabora para a redução da falta de materiais. Entretanto, os problemas de manutenção e a ausência de contratos permanentes ainda são relatados como recorrentes. Uma coordenadora afirmou: “tem dois aparelhos de raio-x novos, mas nenhum funciona, falta manutenção e o contrato não resolve”. Esse achado reforça um problema histórico já identificado por Leal e Tomita (2006), que destacaram a dificuldade dos gestores municipais em manter equipamentos odontológicos em funcionamento, comprometendo a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados. Quase duas décadas depois, a questão permanece atual, revelando a persistência de fragilidades estruturais na gestão da manutenção que atravessam diferentes contextos regionais e geracionais.

A análise também aponta que, embora os municípios tenham ampliado o número de cirurgiões-dentistas e auxiliares, a rotatividade profissional é alta,

motivada por baixos salários, ausência de moradia e vínculos precários. Um gestor relatou: “teve dentista que durou um mês, dois meses... o salário não compensa e não oferecem nada para moradia”. Esse achado dialoga diretamente com a revisão integrativa conduzida por Oliveira *et al.* (2024), que identificou como principais causas da rotatividade nas equipes da Estratégia Saúde da Família as condições de trabalho precárias, carga horária excessiva, localização das unidades em áreas de risco social, término de contrato e busca por melhores oportunidades de carreira. Segundo os autores, esses fatores geram insatisfação profissional, ruptura da continuidade do cuidado e perda de vínculo com as comunidades atendidas, comprometendo a longitudinalidade e a efetividade das ações de saúde. No contexto da RASB, esses elementos se reproduzem de forma semelhante, sugerindo que a precarização dos vínculos e a instabilidade contratual seguem como barreiras estruturais à consolidação da atenção integral.

A recorrência de problemas como manutenção de equipamentos, rotatividade profissional e fragilidade de fluxos indica a persistência de desafios históricos da organização da saúde bucal no SUS. Esses achados sugerem que parte das barreiras observadas não decorre exclusivamente do momento da implantação e do estágio de consolidação da RASB, mas de questões estruturais já descritas em diferentes contextos do país.

Na dimensão Organização e Gestão do Acesso, observou-se que a marcação de consultas na APS é majoritariamente manual e de demanda espontânea, sendo a lógica de acesso baseada na ordem de chegada. “A pessoa chega, se não consegue hoje, tenta amanhã”, relatou um coordenador. Esse modelo, centrado na procura livre pelo serviço, reflete uma organização do cuidado ainda fortemente reativa, em que o atendimento se estrutura a partir da presença do agravo e não das necessidades de saúde previamente identificadas no território. A necessidade de adoecer permanece como determinante para a busca por cuidado, o que demonstra a centralidade da doença como motivador do acesso aos serviços. Essa lógica reforça o predomínio de práticas curativas e compromete a efetividade das ações de promoção e prevenção, além de fragilizar o vínculo longitudinal entre usuários e equipes, reduzindo o potencial de planejamento e organização do processo de trabalho em saúde bucal (Chávez; Rennó; Viegas, 2020).

A ausência de protocolos de referência e regulação formalizada dificulta o acesso aos níveis secundário e terciário, sobretudo pela dependência de deslocamentos à capital. “Os pacientes pagam o transporte e, às vezes, são mandados de volta”, relatou uma coordenadora do interior. Esse cenário indica que as barreiras de acesso não decorrem apenas de falhas na organização dos fluxos, mas também da concentração e, em alguns casos, da insuficiência da oferta de serviços especializados na própria região, o que limita as possibilidades de regulação efetiva. O acesso à atenção especializada permanece um dos maiores desafios para o SUS, condicionado pela insuficiente oferta de serviços diagnósticos e terapêuticos e pela fragilidade dos fluxos de encaminhamento e contrarreferência entre os níveis de atenção, sendo o enfrentamento dessas barreiras dependente do esforço conjunto da gestão e das equipes de saúde bucal para reorganizar os processos de trabalho de acordo com as necessidades do território (Arrais; Roncalli; Rosendo, 2021).

De forma articulada, a dimensão Modelo de Atenção expressa a coexistência de práticas preventivas e curativas que traduzem tanto os avanços quanto os desafios da RASB no território. Entre as facilidades, destacou-se a manutenção do atendimento básico operante nas Unidades Básicas de Saúde, com oferta regular de consultas e resolutividade imediata de casos simples, descrita pelos entrevistados como um serviço “que funciona bem para os atendimentos do dia a dia”. Esse funcionamento contribui para que a Atenção Primária à Saúde cumpra seu papel de coordenadora do cuidado, essencial ao controle e à prevenção de doenças e à promoção contínua da saúde (Mendes, 2011). Também foram relatadas ações intersetoriais consistentes com escolas, como palestras, escovação supervisionada e atividades educativas em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), além da participação da assistência social em campanhas e mutirões, o que reforça o caráter de promoção e prevenção no nível local. A literatura ressalta que a intersetorialidade é elemento estruturante para a integralidade do cuidado, ao articular diferentes setores e fortalecer a ação comunitária em saúde (Carvalho et al, 2024; Da Silva Marques *et al.*, 2022).

Por outro lado, as barreiras relatadas indicam a permanência de um modelo de atenção fortemente orientado para o atendimento de demandas agudas, com centralidade em procedimentos de alta procura e limitada ênfase na longitudinalidade do cuidado. Segundo uma gestora, “a gente ainda trabalha

muito com o paciente que já chega com dor, ele só procura quando o problema está avançado”, ao que outra acrescenta: “é difícil convencer o paciente a voltar para terminar o tratamento, eles acham que tirar o dente resolve”. Esses relatos sugerem que a busca por cuidado permanece associada à presença de sintomas, o que restringe a incorporação de práticas preventivas e de acompanhamento continuado. As falas também apontam a inexistência de protocolos clínicos padronizados e de fluxos estruturados de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, conforme relatou um coordenador: “a gente encaminha, mas não tem retorno formal, cada um faz do seu jeito”. Essa variabilidade na condução dos casos fragiliza a continuidade do cuidado, compromete a integralidade e dificulta a consolidação de um modelo de atenção alinhado às necessidades do território.

A análise das falas evidencia uma diversidade significativa na forma como os serviços odontológicos têm sido organizados na região, revelando múltiplos arranjos de atenção que coexistem e refletem diferentes graus de estruturação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Alguns municípios utilizam estratégias móveis, como o odontomóvel, principalmente para ações educativas e preventivas, buscando não interromper o atendimento regular nas UBS. Outros implementam iniciativas comunitárias, como o projeto “Mais Sorriso”, que leva equipes e consultórios móveis aos conjuntos habitacionais, articulando atenção básica e especializada. Em nível estadual, destacam-se experiências de ampliação da cobertura com a implantação da odontologia hospitalar, respaldada por legislação específica desde 2020, e a introdução gradual do atendimento domiciliar (home care) para casos específicos. Essa multiplicidade de formatos assistenciais revela tanto a capacidade de adaptação local quanto a ausência de uma padronização clara na condução do modelo de atenção, o que pode representar flexibilidade, mas também fragilidade na consolidação da integralidade do cuidado. No entanto, a coexistência dessas diferentes formas de organização reforça a necessidade de uma coordenação regional mais efetiva, capaz de integrar as estratégias locais e garantir a continuidade do cuidado em todos os níveis da rede.

Um achado relevante foi que, diante de limitações estruturais persistentes, parte dos gestores mobiliza soluções de caráter incremental e pragmático, baseadas em arranjos locais: uso de estratégias móveis para ampliar acesso,

pactuações informais para reduzir filas, organização de mutirões e ações intersetoriais com escolas e assistência social. Ainda que essas iniciativas não substituam a necessidade de regulação formal e financiamento estável, elas expressam capacidade de adaptação territorial e indicam zonas de potência para o fortalecimento da rede. Explorar essas experiências como aprendizagem institucional pode ser útil para desenhar estratégias regionalizadas mais factíveis no contexto amazônico.

Apesar dos avanços locais, o modelo de atenção ainda carece de mecanismos estruturados que garantam a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde bucal. A inexistência de fluxos formais de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis assistenciais compromete a articulação da rede e enfraquece o acompanhamento longitudinal dos usuários. Estudos recentes corroboram essa constatação ao demonstrar que a ausência de regulamentação clara e de comunicação efetiva entre profissionais e serviços de saúde fragmenta o cuidado e reduz a efetividade das ações no âmbito das redes regionais (Nogueira *et al.*, 2022). Da mesma forma, a construção de fluxos de contrarreferência bem definidos é apontada como elemento essencial para garantir a integralidade e a coordenação do cuidado, permitindo o retorno dos pacientes à unidade de origem de forma resolutiva e contínua (REIS *et al.*, 2019).

As falas dos gestores revelam que a articulação entre os pontos de atenção da RASB combina experiências locais de integração e comunicação eficiente com persistentes fragilidades logísticas e tecnológicas. Observa-se que a comunicação entre equipes e setores ocorre, em muitos casos, de maneira direta e colaborativa, facilitando o desenvolvimento de ações conjuntas e a resolução de demandas cotidianas. Segundo um gestor, existe “facilidade de comunicação entre os setores, todo mundo se conhece, saúde, assistência e educação estão próximos e se articulam facilmente”. Outro complementou que “há boa interlocução entre os profissionais, o que permite resolver juntos antes de encaminhar para outros níveis”. Essa proximidade favorece o trabalho multiprofissional, contribuindo para uma atenção mais integral e resolutiva (Scherer *et al.*, 2018).

As experiências positivas também incluem o funcionamento articulado entre médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais de apoio, como nutricionistas e psicólogos. De acordo com os relatos, “quando o dentista percebe

necessidade, já encaminha o paciente ao nutricionista ou psicólogo, e o agendamento é feito imediatamente”, prática que demonstra a efetividade do diálogo multiprofissional e o potencial de atuação integrada das equipes.

Por outro lado, os depoimentos indicam limitações estruturais importantes, sobretudo quanto à informatização dos serviços e à integração entre sistemas. Em parte das unidades básicas de saúde, o registro de informações ainda é manual: “o prontuário é só na ficha, não é fácil, mas é o que temos”. Mesmo nos locais que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os gestores relataram limitações de interoperabilidade e de continuidade informacional entre pontos de atenção, o que dificulta o acompanhamento de encaminhamentos e a retroalimentação clínica. Nesse sentido, o fortalecimento da rede depende tanto de investimentos tecnológicos e logísticos quanto do aprimoramento da governança e do compartilhamento interprofissional de responsabilidades, uma vez que a falta de coordenação e regulação entre os níveis de atenção compromete a integralidade e a continuidade do cuidado (Almeida, Silva e Bousquat, 2022).

As falas dos gestores indicam que a gestão da RASB na Região Central do Amapá é marcada por descontinuidade administrativa e forte influência política. A rotatividade de coordenadores e a nomeação por critérios de confiança pessoal comprometem a continuidade das ações e dificultam o acompanhamento de pactos e metas. Uma gestora sintetizou essa instabilidade ao afirmar que “cada gestão atua de uma forma; às vezes a coordenação de saúde bucal deixa de existir e passa para outro setor”, revelando fragilidade institucional e dependência de ciclos políticos locais.

Outro aspecto que emergiu do perfil dos participantes foi o acúmulo de funções exercido por parte dos coordenadores, que frequentemente conciliam a coordenação da saúde bucal com atividades clínicas ou outras responsabilidades na gestão municipal. Esse arranjo tende a reduzir a capacidade de planejamento sistemático, acompanhamento de indicadores e articulação intersetorial, além de reforçar o caráter operacional da função em detrimento de seu papel estratégico na condução da rede.

Em contrapartida, observam-se iniciativas estaduais relevantes de fortalecimento técnico, como a oferta de cursos descentralizados, o uso de aplicativo de Estomatologia voltado ao diagnóstico do câncer bucal e o

planejamento de investimentos em equipamentos e infraestrutura. Essas ações configuram avanços no campo da educação permanente e da inovação tecnológica, fundamentais para o aprimoramento da gestão e o aumento da resolutividade das equipes. A literatura reforça que a educação permanente deve ser compreendida como investimento estratégico para a qualificação do cuidado e fortalecimento institucional; ao promover atualização contínua e valorização profissional, contribui para a motivação das equipes, a melhoria da qualidade dos serviços e uma gestão mais eficaz (Kamikawa *et al.*, 2022).

No entanto, o planejamento ainda ocorre de forma centralizada, com pouca participação das equipes e dos usuários, evidenciando distanciamento entre a gestão e a base operacional. Uma coordenadora descreveu: “a gente só executa; as decisões vêm prontas”. Essa percepção reforça a persistência de um modelo verticalizado e pouco participativo, o que contrasta com os princípios de colegialidade e corresponsabilização preconizados pelo SUS. Estudos indicam que o planejamento do cuidado deve ser construído a partir de encontros entre trabalhadores e usuários, promovendo autonomia e corresponsabilidade nas decisões, de modo a garantir maior resolutividade, vínculo e integralidade. Entretanto, restrições financeiras e burocracia administrativa também emergem como entraves significativos à execução das ações, frequentemente associadas à escassez de recursos e à lentidão dos processos de compra pública. Um gestor relatou: “a gente luta contra a burocracia para trabalhar; falta verba e os materiais demoram a chegar”. Outros mencionaram que “os recursos do Ministério são pequenos, e a contrapartida do Estado quase nunca vem”, evidenciando a fragilidade da cooperação federativa no financiamento das redes. Essa percepção reforça que o fortalecimento da RASB depende tanto de investimentos tecnológicos e logísticos quanto do aprimoramento da governança, da regulação compartilhada e do planejamento interprofissional entre os entes federados, de modo a garantir sustentabilidade e continuidade às políticas públicas. A síntese das facilidades e barreiras identificadas encontra-se sistematizada no quadro 13, organizado segundo as cinco dimensões avaliativas do modelo. O quadro 14 apresenta trechos literais das entrevistas, organizados por dimensão avaliativa e categorizados em facilidades e dificuldades, permitindo observar como as percepções dos gestores se materializam na prática cotidiana da RASB.

Quadro 13: Facilidades e dificuldades percebidas pelos gestores na implantação da RASB

Dimensão	Facilidades	Dificuldades
Estrutura e Composição	- Expansão da cobertura de SB na APS - Completude das equipes em alguns municípios - Disponibilidade de insumos básicos	- Rotatividade de profissionais - Fragilidades na infraestrutura - Falta de manutenção de equipamentos - Oferta limitada de próteses
Modelo de Atenção	- Ações de promoção e prevenção - Experiências pontuais de cuidado ampliado	- Predomínio de práticas curativistas - Baixa longitudinalidade - Ausência de apoio matricial - Pouca articulação intersetorial
Articulação e Integração	- Comunicação horizontal entre alguns profissionais - Uso parcial de prontuário eletrônico na APS	- Falta de integração entre APS, CEO, UPA e hospitais - Dificuldade de adesão à RNDS - Insuficiência de transporte sanitário
Organização e Gestão do Acesso	- Resolutividade inicial na APS - Experiências de controle de absenteísmo	- Inexistência de centrais de regulação - Longa espera na atenção especializada - Monitoramento incipiente das filas - Pouca adesão aos protocolos
Gestão e Planejamento	- Uso de alguns sistemas de informação e indicadores	- Planejamento participativo frágil - Baixa participação social - Pouca articulação entre gestão municipal e estadual - Educação permanente pouco estruturada - Telessaúde incipiente

Fonte: Autoria Própria

Quadro 14: Falas ilustrativas por dimensão e categoria (facilidades e dificuldades)

Dimensão	Categoria	Trecho literal (fala do gestor)
Estrutura e Composição	Facilidade	“Hoje todas as UBS foram reformadas e as salas estão novas, com boas cadeiras e materiais.” (E5)
	Dificuldade	“Tem dois aparelhos de raio-x novos, mas nenhum funciona, falta manutenção.” (E6)

Dimensão	Categoria	Trecho literal (fala do gestor)
Modelo de Atenção	Facilidade	“A gente ainda faz busca ativa de gestantes, é o único grupo que nunca deixamos de acompanhar.” (E3)
	Dificuldade	“Enquanto o paciente achar que é só extrair para resolver, a odontologia não vai pra frente.” (E5)
Articulação e Integração	Facilidade	“Às vezes consigo marcar no CEO porque conheço o coordenador, aí facilita.” (E1)
	Dificuldade	“A gente não tem prontuário eletrônico, é tudo manual, e a contrarreferência quase nunca vem.” (E2)
Organização e Gestão do Acesso	Facilidade	“Se o paciente não consegue hoje, ele volta amanhã e consegue ser atendido.” (E6)
	Dificuldade	“O paciente paga transporte pra ir pra Macapá e às vezes é mandado embora sem ser atendido.” (E4)
Gestão e Planejamento	Facilidade	“Ano passado o Estado trouxe três capacitações, foi bem proveitoso pra gente.” (E6)
	Dificuldade	“É como se a coordenação de saúde bucal fosse excluída de tudo, a gente só executa o que mandam.” (E5)

Fonte: Autoria Própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das percepções dos gestores revela que a implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal e seu processo de consolidação na Região Central do Amapá avança de forma desigual, permeada por experiências inovadoras e persistentes desafios estruturais, organizacionais e políticos. A coexistência de arranjos assistenciais diversos, que vão desde práticas curativas tradicionais até estratégias móveis, hospitalares e domiciliares, demonstra tanto a capacidade adaptativa dos serviços quanto a ausência de coordenação regional consolidada. Persistem fragilidades na regulação, no financiamento e na participação das equipes e usuários nos processos decisórios, elementos que limitam a consolidação de um modelo de atenção integral e corresponsável. Ainda assim, iniciativas como a educação permanente, o uso de tecnologias digitais e o fortalecimento da intersetorialidade evidenciam potenciais caminhos para o aprimoramento da gestão e da integralidade do cuidado. O avanço efetivo

da RASB requer, portanto, investimentos sustentados, estabilidade institucional, valorização e fixação de profissionais e integração entre os níveis de gestão e atenção, para que a saúde bucal se consolide como componente estruturante do SUS no contexto amazônico.

Do ponto de vista científico, este estudo amplia o campo da avaliação em saúde bucal ao oferecer evidências empíricas situadas sobre a implantação de redes em contexto amazônico, território ainda pouco explorado na literatura nacional. Ao articular avaliação de implantação, análise qualitativa e referencial de redes de atenção, a pesquisa contribui para o avanço metodológico e teórico da avaliação de políticas públicas em saúde bucal no SUS.

Como limitações deste estudo, destacam-se o recorte territorial e a participação restrita a gestores da região central, o que delimita o alcance analítico e não permite extrapolações para outras regiões do estado. Soma-se a isso a opção por abordagem qualitativa, cujo propósito é a compreensão aprofundada de contextos específicos, e não a generalização estatística dos achados. A inclusão exclusiva de gestores diretamente vinculados à coordenação de saúde bucal pode ainda ter limitado a apreensão de condicionantes político-orçamentários mais amplos e das prioridades definidas na alta gestão municipal e estadual. A incorporação de dirigentes de maior escalão e de áreas-meio, como planejamento, finanças e regulação, poderia ampliar a leitura sobre o contexto político-institucional e suas repercussões na sustentabilidade da RASB. Da mesma forma, a inclusão dos cirurgiões-dentistas e usuários permitiria aprofundar a compreensão sobre como a rede se materializa no cotidiano do cuidado. Ainda assim, os resultados produzem evidências relevantes sobre as dinâmicas locais de gestão e oferecem subsídios para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal em contextos amazônicos. Recomenda-se que investigações futuras incluam também profissionais da linha de frente e usuários, de modo a ampliar a perspectiva avaliativa e aprofundar a compreensão sobre práticas, desafios e potencialidades da rede em distintos territórios.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. M. V. ; ANDRADE, Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves; VÉRAS, André Ricardo de Alencar Roza e; FREITAS NETO, Olival de Gusmão; FACHIN, Laercio Pol. Interoperabilidade e sistemas de informações em saúde: o que estamos publicando no Brasil? *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 17771-17790, jul./ago. 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-292.
- ALMEIDA, P. F.; SILVA, Kamilla Santos; BOUSQUAT, Aylene. Atenção especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 4025-4038, 2022.
- ARRAIS, M. G. S.; RONCALLI, A. G.; ROSENDO, T. S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 2, p. e310203, 2021.
- CARVALHO, R.N. C.*et al.* Gestão em saúde em um município da região nordeste brasileira: um olhar para a intersetorialidade. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 15, p. e151461-e151461, 2024.
- CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M.S.; VIEGAS, S.M F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. e300320, 2020.
- DA SILVA MARQUES, V. G. P. *et al.* A importância da promoção da saúde no âmbito da saúde pública. *RECISATEC – Revista Científica Saúde e Tecnologia*, v. 2, n. 7, p. e27168-e27168, 2022.
- FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020.
- JANUÁRIO, T. G. F. M. *et al.* Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 8, p. 2283-2290, 2023.
- KAMIKAWA, D.S. ; UCHIDA, T. H.; FUJIMAKI, M. Percepção sobre a implementação da educação permanente em saúde bucal no estado do Paraná. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 1, p. 2126-2136, 2022.
- LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 155-160, 2006.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
- NOGUEIRA, R.S.; SILVA, D. M F.; JORGE, M S. B. Mapeamento da organização dos fluxos de acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa.

Research, Society and Development, v. 11, n. 1, p. e16011124574-e16011124574, 2022.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 12, n. 3, p. 4441-4449, 2024.

REIS, N.S. *et al.* Construção de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde de um estado brasileiro. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 180-198, 2019.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 233-246, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S216.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.

TOBIAS, R.; LELES, F. A. G.; LIMA, M. G. C. R. F. *Planejamento e políticas de saúde na Amazônia*. 2024. p. 320-320.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como propósito central desenvolver, validar e aplicar um modelo avaliativo multidimensional capaz de aferir o grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no Estado do Amapá, articulando simultaneamente os aspectos estruturais, logísticos, assistenciais, gerenciais e contextuais que conformam esse arranjo organizacional complexo. A escolha pela RASB mostrou-se especialmente relevante diante da escassez de instrumentos específicos para sua análise e da limitada produção científica sobre saúde bucal no estado, onde praticamente inexistem estudos avaliativos capazes de informar a gestão e o planejamento regional.

A elaboração do modelo avaliativo representou etapa decisiva para suprir essa lacuna. A construção do Modelo Teórico, do Modelo Teórico-Lógico e da Matriz de Análise e Julgamento articulou evidências normativas, literatura científica e consenso de especialistas, resultando em um instrumento robusto e sensível à complexidade das redes de atenção. Sua aplicação na Região Central do Amapá evidenciou não apenas o grau de implantação da RASB, mas também a coexistência de arranjos distintos, diferentes capacidades instaladas e variadas práticas de gestão, revelando assimetrias e áreas prioritárias de intervenção.

O estudo qualitativo aprofundou a compreensão desses achados ao explorar, a partir dos coordenadores municipais e estadual, as percepções sobre facilidades e barreiras para a implantação da rede, os desafios organizacionais, a relação entre níveis de atenção e o papel das instâncias de gestão. Os resultados apontam dificuldades persistentes como fragilidade da APS, insuficiência de recursos humanos, problemas nos sistemas logísticos e limites na regulação e no planejamento integrado, mas também identificam avanços e estratégias locais que contribuem para tornar a RASB mais funcional e responsiva às necessidades da população.

Avaliar uma rede de atenção implica lidar com sua complexidade intrínseca, o que exigiu o uso de múltiplas fontes primárias e secundárias, a interpretação

criteriosa de indicadores e a definição metodológica de quando o mesmo deveria refletir o município ou a totalidade da rede regional.

Reconhecendo que a pesquisa em saúde é também um compromisso ético e colaborativo, esta tese prevê a devolutiva sistemática dos resultados aos sete municípios da Região Central e à gestão estadual. Cada município receberá um relatório-síntese contendo seus resultados específicos, análises interpretativas e recomendações práticas; e a Secretaria Estadual de Saúde receberá um relatório integrado para subsidiar ações de governança e planejamento regional.

Diante dos achados, o estudo permitiu ainda a sistematização de recomendações para diferentes níveis de gestão, considerando a natureza avaliativa da pesquisa.

No nível municipal, recomenda-se o fortalecimento da coordenação local de saúde bucal, com definição clara de atribuições e maior estabilidade das equipes gestoras. Sugere-se institucionalizar fluxos de referência e contrarreferência, reduzir a centralidade da demanda espontânea por meio de agendas programadas e fortalecer o uso de sistemas de informação para monitoramento. Destaca-se a necessidade de políticas de valorização e fixação de cirurgiões-dentistas, com priorização de vínculos estáveis, planos de carreira e incentivos à permanência. Recomenda-se também ampliar ações de apoio matricial em saúde bucal, promover maior participação social e inserir de forma mais sistemática a temática da saúde bucal nas discussões dos Conselhos de Saúde.

No nível regional, recomenda-se o fortalecimento da governança interfederativa, com pactuação mais clara de fluxos assistenciais, organização regional do transporte de usuários e a definição de responsabilidades na oferta especializada. Sugere-se utilizar o modelo avaliativo como ferramenta periódica de monitoramento regional, apoiar tecnicamente municípios de menor capacidade instalada e fomentar espaços regionais de planejamento integrado da RASB.

No nível nacional, recomenda-se o fortalecimento de políticas de indução à implantação da RASB, com financiamento adequado, definição de indicadores de monitoramento da rede como sistema integrado e estímulo à institucionalização de processos avaliativos. Destaca-se a importância da oferta de cursos de capacitação em gestão da saúde bucal e RAS pelo Ministério da Saúde, apoio à transformação digital e integração de sistemas de informação,

além de estratégias nacionais de provimento e fixação de profissionais em regiões de maior vulnerabilidade.

Assim, esta tese se encerra reafirmando que o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal depende de instrumentos avaliativos consistentes, sensíveis às singularidades territoriais e capazes de orientar a gestão e qualificar práticas de cuidado. Ao integrar teoria, mensuração e interpretação, este trabalho contribui para preencher uma lacuna histórica na avaliação da RASB, oferecendo ao Amapá e potencialmente a outras regiões um modelo aplicável, replicável e alinhado aos fundamentos do SUS.

É na interseção entre produção científica, gestão pública e prática do cuidado que emergem as possibilidades de consolidar uma RASB mais equitativa, integrada e resolutiva, comprometida com a efetivação dos princípios do SUS e com a melhoria sustentável das condições de vida da população. Reconheço que avaliar uma rede de atenção é um processo que exige precisão técnica, clareza conceitual e atenção às particularidades do território. Este estudo buscou justamente isso: produzir uma análise sólida, útil e coerente com a realidade da saúde bucal no Amapá. Se os resultados aqui apresentados contribuírem para decisões mais qualificadas, planejamentos mais consistentes e avanços concretos na organização da RASB, então o objetivo central foi alcançado. Acredito que o diálogo entre pesquisa, gestão e prática continua sendo o caminho mais seguro para aprimorar políticas públicas e fortalecer o cuidado em saúde

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M., BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde & Sociedade**, v.26, n.2, p.424–434, 2017.

AMARAL JÚNIOR, O. L. et al. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. ág. 143-159, 2020.

ARAUJO, D. E. *et al.* Avaliação do desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **RECIIS (Online)**, p. 1-16, 2016.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 169-173, 2015.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições 70, 2004. 223 p. ISBN 9724412148. v. 3. ed.

BARROS, M. G.; BARBOSA, A. B. Redes de Atenção à saúde bucal. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 11, p. 1571-1587, 2022.

BASSO, M B *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2155-2165, 2019.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 801-821, 2021.

BENELLI, K. G. Mapeamento da rede de atenção à saúde bucal do Município de Canoas-RS. **STOMATOS**, v. 25, n. 48, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

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 República Federativa do Brasil**, p. 88-88, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012*. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. **Lei nº 14.572, de 9 de maio de 2023**. Altera a Lei nº 8.080/1990 para incluir a saúde bucal na organização do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal – RASB no âmbito da PNSB. **Diário Oficial da União**, 2024 (retificada em 26 mar. 2025).

CALVASINA, P. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 785-788, 2023.

CARNEIRO, J. D. B. *et al.* Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica em duas regiões de saúde brasileiras entre 2007 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3555-3566, 2021.

CNI: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (Brasil). *Perfil da indústria nos estados: Amapá*. Brasília, DF: CNI, 2019.

COSTA JUNIOR, S. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

DA COSTA, D. S. *et al.* A integração dos sistemas de saúde: um estudo sobre a efetividade das redes de atenção à saúde no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 518-527, 2025.

DA COSTA DUTRA, L. *et al.* Da lógica flexneriana à integração do sujeito–do hospital ao território, da fragmentação à integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, v. 23, n. 8, p. e11025-e11025, 2025.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. enferm. UFSM*, p. 14-14, 2020.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. In: **Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines**. 1964.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E. ; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1508-1518, 2010.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018406, 2020.

GLIEDT, Jordan A. *et al.* A description of theoretical models for health service utilization: a scoping review of the literature. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 60, p. 00469580231176855, 2023.

GLONGO, Maiara *et al.* Rede de atenção à saúde bucal pública: experiência em um município de médio porte. **Revista de APS**, v. 18, n. 1, 2015.

GODOI, Heloisa; 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**, v. 30, p. 318-332, 2014.

GONÇALVES, A. J. G. *et al.* Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 725-738, 2020.

HARTZ, Z. M. DE A. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2019: características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2021: população e domicílios – resultados preliminares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: [<https://www.ibge.gov.br>](https://www.ibge.gov.br/). Acesso em: 19 abr 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociais municipais: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2025.

KUSCHNIR, R. ; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, M. L. L. T.; LIMA, M. L. C. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 597-607, 2013.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate** [on-line], v. 52, p. 15-37, 2014.

MAIA, M. P. *et al.* Produção e validação do índice de oferta da atenção psicossocial no Brasil: avaliação das redes de atenção. **Saúde em Debate**, v. 13, n. 1, 2024

MARTINS, L. G.T. *et al.* Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

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

MEIRELLES, M. C. P.; KANTORSKI, L.P. Ação Comunicativa: um olhar sobre processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4183-4192, 2021.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 205-214, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010:

MENDES E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964

NAKATA, L.C. **Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NUNES, C. S. R.; COLUSSI, C. F. Rede de Atenção à Saúde Bucal: desenvolvimento e validação de um modelo avaliativo multidimensional. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 11, p. e19572, 2025

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200767, 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, R. S. A. F. *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, v. 39, p. 268-282, 2015.

SANTOS, C. M. *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011^a.

SILVA, S. F. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: Saberes, 2011^b. 202 p.

SILVA, L. B. R. A. A. *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 931-940, 2021.

SCHILLER, C. O. A. *et al.* Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3657-3670, 2021.

SOARES, R. Z. *et al.* Mapeamento da rede de atenção à saúde bucal da região metropolitana de Porto Alegre. **Aletheia**, v. 53, n. 1, 2020.

SOUSA, C. S. *et al.* UM ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS: UM ESTUDO REFLEXIVO. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 2, p. e024335-e024335, 2024.

STARFIELD, B *et al.* Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2006.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**, 2004.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, 2021.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalization and health networks. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. ed. Porto Alegre.

APÊNDICE A–QUESTIONÁRIO GESTOR MUNICIPAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

DOCTORADO INTERSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

questionário para a gestão

Dados do entrevistado:

Nome:

Email:

Telefone:

Cargo/Função:

- 1) Qual a sua Formação profissional?
- 2) Qual seu tempo de atuação no cargo?

Cobertura da RASB

D1S1I2M2: Qual a quantidade de UPA presente na região de saúde? Quantas delas apresentam atendimento odontológico?

D1S1I3M1: Qual a quantidade de hospitais presentes na região de saúde? Quantos deles possuem o cirurgião dentista compondo as equipes multiprofissionais de saúde?

Recursos Humanos

D1S2I2M1: Todos os Centros de Especialidades Odontológicas da região de saúde atuam com a quantidade mínima de cirurgiões dentistas preconizados de acordo com a sua classificação? (CEO tipo I deve dispor de 3 ou mais CD; CEO tipo II deve possuir 4 ou mais CD; CEO tipo III, 7 ou mais CD)

() SIM () NÃO

Suficiência de equipamentos e insumos na APS

D1S3I1M1 Alguma equipe suspendeu algum atendimento por não ter equipamento(s) necessário ou por não estar funcionando adequadamente, nos últimos 6 meses

- () Frequentemente os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos
- () Raramente os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos.
- () Nunca os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos

D1S3I1M2 As unidades de APS em saúde bucal já interromperam seus atendimentos por falta de insumo, nos últimos 6 meses?

- () Frequentemente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos
- () Raramente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos
- () Nunca os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos

Suficiência de equipamentos e insumos na atenção especializada

D1S3I2M1 A unidades de atenção especializada já suspendeu algum atendimento por não ter equipamento(s) necessário ou por não estar funcionando adequadamente, nos últimos 6 meses?

() Frequentemente os serviços foram interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos

() Raramente os serviços foram interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos.

() Nunca os serviços foram interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos

D1S3I2M2 A unidade de atenção especializada em saúde bucal já interrompeu seus atendimentos por falta de insumo, nos últimos 6 meses?

() Frequentemente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos

() Raramente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos

() Nunca ou Raramente os serviços são interrompidos devido à falta de insumos

D1S3I3M1: Existe contrato de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos no município? () SIM () NÃO

Sistema de apoio

Quanto ao sistema de apoio, são oferecidos serviços na área de:

D1S4I2M1	Exames	D1S4I3M1 Exames de análise histopatológica em odontologia	D1S4I4M1 Laboratório de prótese regional ou contrato com empresa de fornecimento de prótese
() Não		() não	() não
() Sim, porém em outra localidade		() sim, porém em outra localidade	() sim, porém em outra localidade
() Sim, na mesma localidade do município		() sim, na mesma localidade do município	() sim, na mesma localidade do município

SISTEMA LOGÍSTICO:

Quanto a disponibilidade de transporte:

D2S2I2M1 A população dispõe do serviço de transporte aos usuários para a locomoção dentro dos pontos de atenção?

() Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequente () Muito frequente

D2S2I2M2 A população dispõe do serviço de transporte intermunicipal aos usuários para a locomoção dentro dos pontos de atenção?

() Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequente () Muito frequente

Quanto a adoção do prontuário eletrônico:

Os prontuários eletrônicos são utilizados nas unidades de saúde abaixo?

CÓDIGO	UNIDADE DE SAÚDE	RESPOSTAS
--------	------------------	-----------

D2S2I2M1	APS	() Não é realizado o registro em prontuário eletrônico	() Menos de 80% das unidades registram suas informações em prontuário eletrônico	() 80% ou mais das unidades realizam os registros de informações em prontuário eletrônico
D2S2I2M2	CEO	() Não é realizado o registro em prontuário eletrônico	() Menos de 80% das unidades registram suas informações em prontuário eletrônico	() 80% ou mais das unidades realizam os registros de informações em prontuário eletrônico
0D2S2I2M3	UPA	() Não é realizado o registro em prontuário eletrônico	() Menos de 80% das unidades registram suas informações em prontuário eletrônico	() 80% ou mais das unidades realizam os registros de informações em prontuário eletrônico
D2S2I2M4	HOSPITAIS	() Não é realizado o registro em prontuário eletrônico	() Menos de 80% das unidades registram suas informações em prontuário eletrônico	() 80% ou mais das unidades realizam os registros de informações em prontuário eletrônico

Quanto a integração do prontuário utilizado nas diferentes unidades de saúde:

CÓDIGO	UNIDADE DE SAÚDE	PERGUNTA	RESPOSTAS
D2S2I3M1	APS	O prontuário utilizado permite o acesso as informações dos pacientes em qualquer ponto da APS?	() SIM () NÃO
D2S2I3M2	CEO	O prontuário utilizado permite o compartilhamento das informações entre APS e CEO?	() SIM () NÃO
D2S2I3M3	UPA	O prontuário utilizado permite o compartilhamento das informações entre APS e UPA?	() SIM () NÃO

O prontuário utilizado permite o ☐ SIM ☐ NÃO

D2S2I3M4 HOSPITAIS compartilhamento das informações entre APS e Hospitais?

D2S2I4M1 Os prontuários utilizados nas unidades de saúde estão integrados a Rede Nacional de dados em saúde (RNDS)?

- ☐ Não
☐ Nem todos os níveis de atenção estão integrados a RNDS
☐ Sim, todos os níveis de atenção estão integrados a RNDS

QUANTO À ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO ACESSO:

D3S1I1M1 O atendimento na atenção primária é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde (CEO, atenção hospitalar)?

- ☐ Sim ☐ Não

D3S1I2M1 O acesso a atenção especializada se dá exclusivamente por meio da demanda referenciada?

- ☐ Não
☐ O acesso se dá por meio da demanda referenciada e livre demanda
☐ O acesso se dá por meio apenas demanda referenciada

Quanto ao monitoramento das listas de espera:

D3S1I4M1 Ele é realizado pela gestão? Com que frequência?

- ☐ Não realiza ☐ Raramente realiza ☐ Às vezes realiza
☐ Frequentemente realiza ☐ Muito frequentemente realiza

D3S1I4M2 Caso o monitoramento seja realizado, de que forma ele é feito?

- ☐ De forma manual ☐ De forma informatizada

Quanto ao absenteísmo:

D3S1I5M1 A gestão realiza o monitoramento do absenteísmo para os serviços da atenção especializada?

- ☐ Não realiza
☐ Realiza, porém não de um modo sistemático
☐ Realiza de um modo sistemático, com reavaliação periódica dos casos

D3S1I5M2 A gestão realiza alguma ação para a redução do absenteísmo?

- ☐ Não ☐ Sim

Quanto a regulação odontológica:

D3S1I6M1 Existe uma Central de regulação para a odontologia de forma unificada para o agendamento de consultas e exames?

- ☐ Não ☐ Sim

D3S1I6M2 A regulação é realizada por cirurgião dentista regulador?

- ☐ Não ☐ Sim

Quanto a classificação de risco:

D3S1I7M1 São utilizados critérios para agendamento de acordo com a classificação de risco?

- ☐ Não
☐ Sim, para alguns serviços/especialidades
☐ Sim para todos os serviços/especialidades

D3S2I3M2 Existe protocolo para estratificação dos pacientes por riscos na AE?

- ☐) Não
- ☐) Sim, porém não em todas especialidades
- ☐) Sim para todos as especialidades

Quanto a utilização de protocolos de encaminhamento

D3S2I1M1 São utilizados protocolos de encaminhamento que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica em odontologia e sua interpretação (laudo)?

- ☐) Não possui protocolo de encaminhamento
- ☐) Possui protocolo de encaminhamento, mas não utiliza
- ☐) Possui e utiliza protocolo de encaminhamento

D3S2I1M2 São utilizados protocolos de encaminhamento que orientam a indicação e o fluxo dos exames de radiologia?

- ☐) Não possui protocolo de encaminhamento
- ☐) Possui protocolo de encaminhamento, mas não utiliza
- ☐) Possui e utiliza protocolo de encaminhamento

D3S2I1M3 São utilizados protocolos de encaminhamento para a prótese dentária?

- ☐) Não possui protocolo de encaminhamento
- ☐) Possui protocolo de encaminhamento, mas não utiliza
- ☐) Possui e utiliza protocolo de encaminhamento

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO

Quanto a integralidade da atenção:

D4S1I4M1 O município conta com UOM para atendimento da população?

- ☐) Não
- ☐) Sim, porém não em número suficiente
- ☐) Sim e em quantidades suficientes

D4S2I1M1 Os CEO realizam tratamento odontológico em alguma especialidades além das exigidas de acordo com o seu tipo de classificação?

- ☐) Não ou Menos de 60% dos CEO apresentam alguma especialidade além das exigidas;
- ☐) Sim, porém nem todos os CEO atendem com especialidades além das exigidas não em número suficiente(de 60% a 80% das unidades apresentam alguma especialidade além das exigidas);
- ☐) Sim todas os CEO atendem com especialidades além das exigidas ou mais de 80% dos CEO apresentam alguma especialidade além das exigidas

Quanto à presença dos Serviços de Especialidades Odontológicas (SESB):

D4S2I2M1 A região de saúde conta com unidades de SESB para atendimento odontológico em regiões menos populosas?

- ☐) Não
- ☐) Sim

Quanto a integralidade da atenção na atenção especializada:

D4S2I4M1 Existe atendimento odontológico hospitalar para os cuidados de cirurgia e traumatismos buco-maxilo-faciais na região de saúde?

- ☐) Não(☐) Sim

D4S2I4M2 Existe atendimento odontológico, de nível terciário, para o tratamento do câncer bucal?

() Não () Sim

D4S2I2M3 Existe atendimento odontológico, de nível terciário, para pessoas com necessidades especiais na região de saúde?

() Não () Sim

Quanto a articulação intersetorial:

D4S3I1M1 Existe alguma ação por parte da gestão para restringir a oferta de alimentos cariogênicos nas cantinas?

() Não () Sim

D4S3I1M2: Com que frequência são realizadas ações de saúde bucal nas escolas?

() Nunca () 1 vez ao ano () 1 vez no semestre () 1 vez ao mês () Quinzenalmente

D4S3I2M1: É realizado o monitoramento do teor de flúor nas águas de abastecimento da região?

0 – Não se aplica, pois não é realizada a fluoretação nas águas de abastecimento da região.

2- É realizada a fluoretação porém seus índices não são monitorados.

4 – Sim

Quanto ao planejamento da Rede de atenção à saúde bucal:

D5S1I2M3: O município possui um cargo exclusivo para a coordenação de saúde bucal?

() Não existe coordenador de saúde bucal

() Não existe o cargo de coordenador de saúde bucal, porém o gestor de saúde geral reserva carga horária para o desenvolvimento dessa função.

() Sim

D5S1I3M2: A coordenação de SB utiliza quais recursos para realização do seu planejamento? Informações do território, informações epidemiológicas, dados dos Sistema de informações, percepção dos usuários.

() Não utiliza nenhum recurso () Somente um recurso () Dois recursos () Três recursos () Quatro recursos

D5S1I4M1 A equipe de planejamento do município é multiprofissional?

() Não () Sim

D5S1I5M2 As informações provenientes dos canais de comunicação (ouvidoria, satisfação dos usuários) são utilizadas para o planejamento das ações locais?

() Não há canais de comunicação

() Não são utilizadas as informações obtidas por esses meios de comunicação

() As informações obtidas pelos canais de comunicação são utilizadas para o planejamento das ações

Quanto aos recursos financeiros destinados à saúde bucal:

D5S2I1M1: Os recursos disponibilizados para a saúde bucal são suficientes para o desempenho de todas as atividades?

() Insuficiente () Parcialmente suficiente () Suficiente

D5S2I1M2: São ofertados cursos de capacitação para a compra de materiais odontológicos e/ou licitações?

(☐)Não(☐)Sim

D5S2I1M3: O gestor realiza o monitoramento dos recursos disponibilizados para a saúde bucal?

(☐)Não(☐)Sim

Quanto a gestão da rede de atenção à saúde bucal

D5S3I1M1 Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de saúde bucal no SIA/SUS e SISAB?

(☐)Não(☐)Sim

D5S3I2M1 A gestão realiza monitoramento contínuo das ações realizadas na RASB?

(☐)Não(☐)Sim

D5S3I3M2 Caso seja realizado o monitoramento, quais são os indicadores utilizados? Indicadores próprios, do Ministério da saúde? Ou Ambos?

(☐) Não utiliza indicadores(☐) Indicadores próprios(☐) Indicadores do Ministério da Saúde(☐) Ambos

D5S3I4M1 Existe de um Canal de comunicação com a população?

(☐) Não existe canal de comunicação(☐) Existe canal de comunicação

Quanto ao uso do telessaúde:

D5S3I5M1 Os cirurgiões -dentistas utilizam os serviços oferecidos pelo Telessaúde?

(☐)Não(☐)Sim

D5S3I5M2 São utilizados todos os serviços utilizados do Telessaúde (Teleconsultoria, Teleducação, Telediagnósticos, Teleconsulta)?

(☐) A tecnologia não é utilizada(☐) São utilizados até 2 serviços(☐) Três serviços ou mais

Quanto à educação permanente:

D5S3I6M1 São realizadas ações de educação permanente de caráter contínuo e permanente para os profissionais de saúde bucal?

(☐) Não são realizadas ações

(☐) São realizadas com periodicidade anual

(☐) São realizadas com periodicidade semestral mínima

D5S3I6M2 As ações de educação permanente são oferecidas de acordo com as necessidades da região?

(☐)Não(☐)Sim

APÊNDICE B–QUESTIONÁRIO CIRURGIÃO-DENTISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**
Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

DOCTORADO INTERSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

questionário para o cirurgião-dentista

Dados:

Nome:

Email:

Telefone:

Cargo/Função:

Perguntas

- 1) Qual a sua Formação profissional?
- 2) Qual seu tempo de atuação no cargo?

Quanto a suficiência de insumos e equipamentos:

D1S3I1M1 A equipe suspendeu algum atendimento por não ter equipamento(s) necessário ou por não estar funcionando adequadamente, nos últimos 6 meses?

- () Frequentemente os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos
() Raramente os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos
() Nunca os serviços são interrompidos devido à inexistência de equipamentos ou por falta de manutenção dos mesmos

D1S3I1M2: As unidades de APS em saúde bucal já interromperam seus atendimentos por falta de insumo, nos últimos 6 meses?

- () Frequentemente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos
() Raramente os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos
() Nunca os serviços foram interrompidos devido à falta de insumos

D1S4I1M1 Os medicamentos prescritos para problemas de saúde bucal são disponibilizados com que frequência na farmácia da unidade?

- () Nunca () Eventualmente () Frequentemente

D2S1I1M1 Existe comunicação entre os profissionais que integram a rede de atenção à saúde bucal no mesmo nível de atenção?

- () Não existe comunicação
() Existe comunicação entre os profissionais do mesmo nível de atenção, através apenas de encaminhamento
() Existe comunicação entre os profissionais do mesmo nível de atenção

através apenas da troca de informações via telefone e internet de modo informal

() Existe comunicação entre os profissionais do mesmo nível de atenção, via prontuários eletrônicos integrados e/ou Telessaúde.

D2S1I2M1 Existe comunicação entre os profissionais que integram a rede de atenção à saúde bucal entre os diferentes níveis de atenção?

() Não existe comunicação

() Existe comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, através apenas de encaminhamento

() Existe comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção através apenas da troca de informações via telefone e internet de modo informal

() Existe comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção via prontuários eletrônicos integrados e/ou Telessaúde.

D2S1I3M1 Existe comunicação entre os profissionais que integram a rede de atenção à saúde bucal com outras equipes de saúde?

() Não existe comunicação

() Existe comunicação entre os profissionais com outras equipes de saúde através apenas de encaminhamento

() Existe comunicação entre os profissionais com outras equipes de saúde através apenas da troca de informações via telefone e internet de modo informal e/ou reuniões sem periodicidade definida

() Existe comunicação entre os profissionais com outras equipes de saúde via prontuários eletrônicos integrados e/ou Telessaúde, e/ou são realizadas reuniões de forma periódica (no mínimo mensal)

D2S1I4M1 Com que frequência o cirurgião dentista participa de ações multiprofissionais da APS?

() Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequente () Muito frequente

D3S1I1M2 É realizada a busca ativa de pacientes?

() Não () Sim

Quanto ao tempo de espera para as especialidades odontológicas

D3S1I3M1 Como você considera o tempo de espera para o atendimento odontológico na atenção primária à saúde? Inadequado ou adequado?

() 50% ou menos dos CD consideram o tempo de espera adequado.

() Mais de 50% e menos 90% consideram o tempo de espera adequado

() Mais de 90 % dos CD consideram o tempo de espera adequado

D3S1I3M2 Como você considera o tempo de espera para o atendimento odontológico especializado? Inadequado ou adequado?

() 50% ou menos dos CD consideram o tempo de espera adequado.

() Mais de 50% e menos 90% consideram o tempo de espera adequado

() Mais de 90 % dos CD consideram o tempo de espera adequado

D3S1I3M3 Como você considera o tempo de espera para o usuário conseguir atendimento na área de patologia? Inadequado ou adequado?

- () 50% ou menos dos CD consideram o tempo de espera adequado.
 () Mais de 50% e menos 90% consideram o tempo de espera adequado
 () Mais de 90 % dos CD consideram o tempo de espera adequado

D3S1I3M1 Como você considera o tempo de espera para o usuário conseguir atendimento na área de radiologia? Inadequado ou adequado?

- () 50% ou menos dos CD consideram o tempo de espera adequado.
 () Mais de 50% e menos 90% consideram o tempo de espera adequado
 () Mais de 90 % dos CD consideram o tempo de espera adequado

D3S1I3M5 Como você considera o tempo de espera para o usuário conseguir atendimento na área de prótese? Inadequado ou adequado?

- () 50% ou menos dos CD consideram o tempo de espera adequado.
 () Mais de 50% e menos 90% consideram o tempo de espera adequado
 () Mais de 90 % dos CD consideram o tempo de espera adequado

Quanto ao uso de protocolos:

D3S2I2M1 São utilizados protocolos de encaminhamento de referência para os diferentes níveis de atenção?

- () Não possui protocolo de encaminhamento
 () Possui protocolo, mas não utiliza
 () Possui e utiliza protocolo de encaminhamento

D3S2I2M2 São utilizados protocolos de encaminhamento de contra referência?

- () Não possui protocolo de encaminhamento
 () Possui protocolo, mas não utiliza
 () Possui e utiliza protocolo de encaminhamento

D3S2I3M1 Existe protocolo para estratificação dos pacientes por riscos na APS?

- ()Não()Sim

Quanto as ações de prevenção e promoção à saúde bucal

D4S1I1M1 A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e/ou promoção à saúde de forma periódica?

- () Não realiza
 () Realiza, porém não de forma periódica (menos de 1x na semana)
 () Realiza de forma periódica (pelo menos uma ação por semana).

D4SII2M1 Com que frequência ocorre o matriciamento?

- () Ele não é realizado
 () Existe apoio matricial, mas não atende à demanda
 () Existe apoio matricial e abrange a demanda

Quanto ao vínculo empregatício:

D4S1I3M1 Quanto tempo você desempenha a sua função no seu atual local de trabalho?

☐ Menos de 01 ano ☐ De 01 ano a 2 anos ☐ Mais de 2 Anos

D4S1I3M2 Qual seu tipo de vínculo empregatício?

☐ Contrato ou Seleção pública ou empresa terceirizada ☐ Estatutário

Quanto as ações intersetoriais:

D4S3I2M2 O cirurgião dentista realiza a identificação da população que não tem acesso a água de abastecimento?

☐ Não ☐ Sim

Quanto ao planejamento em saúde bucal

D5S1I1M1 A ESB realiza a Territorialização da área onde atua, uma vez ao ano?

☐ Não ☐ Sim

D5S1I1M2 A ESB realiza o levantamento de informações epidemiológicas locais, uma vez ao ano?

☐ As ESB não realizam o levantamento de informações epidemiológicas locais

☐ As ESB realizam o levantamento de informações epidemiológicas locais

D5S1I2M1 Os profissionais têm a sua disposição dados referentes a saúde da população para a realização de planejamento?

☐ Nunca ☐ Eventualmente ☐ Frequentemente

D5S1I2M2 A gestão disponibiliza carga horária à equipe de saúde bucal para o planejamento das ações, de forma semanal?

☐ Não ☐ Sim

D5S1I3M1 A ESB utiliza quais recursos para realização do seu planejamento? Informações do território, informações epidemiológicas, dados dos Sistema de informações, percepção dos usuários)

☐ Não utiliza nenhum recurso

☐ Somente um recurso

☐ Dois recursos

☐ Três recursos

☐ Quatro recursos

D5S1I5M1 Os usuários participam do processo de planejamento das ações, como definição de diretrizes, acompanhamento e avaliação das ações de saúde bucal?

☐ Nunca ☐ Eventualmente ☐ Frequentemente

Quanto ao uso do telessaúde:

D5S3I5M1 Você, cirurgião –dentista, utiliza o Telessaúde no seu atendimento clínico?

☐ Não ☐ Sim

D5S3I5M2 Você utiliza todos os serviços oferecidos do Telessaúde (Teleconsultoria, Teleducação, Telediagnosticos, Teleconsulta)?

☐ A tecnologia não é utilizada

- ☐ São utilizados até 2 serviços
- ☐ Três serviços ou mais

Quanto à educação permanente:

D5S3I6M1 A você, cirurgião- dentista, são ofertadas ações de educação permanente de caráter contínuo e permanente?

- ☐ Não são realizadas ações
- ☐ São realizadas com periodicidade anual
- ☐ São realizadas com periodicidade semestral mínima

D5S3I6M2 As ações de educação permanente, se ofertadas, são oferecidas de acordo com as necessidades da região?

- ☐ Não são ofertadas
- ☐ Não
- ☐ Sim

APÊNDICE C–QUESTIONÁRIO GESTOR CEO



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**
Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

DOCTORADO INTERSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

QUESTIONÁRIO PARA O GESTOR CEO

Dados:

Nome:

Email:

Telefone:

Cargo/Função:

Perguntas

- 1) Qual a sua Formação profissional?
- 2) Qual seu tempo de atuação no cargo?

(D5S1I2M3_2) Você exerce a função de coordenação do CEO:

- () De forma exclusiva (toda a carga horária para a gestão)
- () A carga horária é exercida em parte na gestão, em parte na assistência
- () Outro:

(D4S1I3M2) Qual o tipo de vínculo que você tem no município?

- () Estatutário (ingresso por concurso público)
- () Celetista (Contrato temporário - ingresso por processo seletivo)
- () Celetista (Contrato temporário - ingresso sem processo seletivo)
- () Contrato por empresa terceirizada
- () Outro:

QUESTIONÁRIO DO SERVIÇO

(D4S2I1M1) 1. Quais as especialidades odontológicas oferecidas no CEO?

- () Endodontia () Periodontia () Cirurgia () Estomatologia () PNE ()

Outro:

O CEO atende usuários

- () Apenas do município onde está sediado
- () Do município sede e outros municípios da região

(D1S2I2M1) Especifique a quantidade de cirurgiões dentistas(CD) que trabalham no CEO e a carga horária correspondente. Por exemplo: 2 CD com CH de 10h semanais, 5 CD com CH de 20h, 2 CD com CH de 30h e CD com CH de 40h *
:_____

(D1S2I2M1) Especifique a quantidade de técnico em saúde bucal(TSB) que trabalham no CEO e a carga horária correspondente. Por exemplo: 2 TSB com CH de 20h e 1 TSB com CH de 40h *:

_____. **(D1S2I2M1)** Especifique a quantidade de auxiliar em saúde bucal (ASB) que trabalham no CEO e a carga horária correspondente.

Por exemplo: 2 ASB com CH de 10h semanais, 5 ASB com CH de 20h, 2 ASB com CH de 30h e 1 ASB com CH de 40h *:

(D1S3I2M1) O CEO teve que suspender algum atendimento por não ter equipamento(s) necessário ou por não estar funcionando adequadamente, nos últimos 6 meses?

- () Sim, houve a suspensão de atendimentos por 2 vezes ou mais
- () Sim, porém isso ocorreu apenas 1 vez
- () Não houve suspensão do atendimento por problemas de equipamento

(D1S3I2M2) O CEO teve que suspender algum atendimento por falta de últimos 6 meses?

- () Sim, houve a suspensão de atendimentos por 2 vezes ou mais
- () Sim, porém isso ocorreu apenas 1 vez
- () Não houve suspensão do atendimento por falta de insumos

(D2S1I2M1) Em relação à comunicação entre os profissionais de saúde, com que frequência os profissionais do CEO se comunicam com os profissionais da Atenção Básica?

- () Muito frequentemente () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

(D2S1I2M1) De que forma ocorre essa comunicação dos profissionais?

- () Via telefone/whatsapp () Via e-mail () Via prontuário eletrônico
- () Via telessaúde () Em reuniões presenciais/virtuais () Outra(s) forma(s)
- () Não há comunicação entre os profissionais do CEO e Atenção Básica

(D3S1I2M1) O CEO atende usuários por demanda espontânea?

- () Sim, com muita frequência
 () Sim, com pouca frequência
 () Não, somente pacientes agendados

Os usuários atendidos no CEO passam por regulação?

- () Sim, todas as especialidades são reguladas
 () Algumas especialidades são reguladas
 () Não há regulação das especialidades

Os usuários atendidos no CEO são agendados considerando prioridade por classificação de risco?

- () Sim, para todas as especialidades
 () Sim, para algumas especialidades
 () Não há classificação de risco dos usuários encaminhados para o CEO

(D3S1I4M1) Você realiza o monitoramento das listas de espera para as especialidades oferecidas no CEO?

- () Sim, continuamente () Sim, com pouca frequência () Não

(D3S1I3M1) Aproximadamente quanto tempo o usuário espera para ser atendido no CEO? Se a especialidade não é oferecida no CEO, assinale “Não se aplica”

Até 1	De 1	De 1	De 4	De 7	Mais	Não se	Não sei
semana	semana a	mês a 3	meses a	meses a	de 1	aplica	informar
	1 mês	meses	6 meses	1 ano	ano		

Endodontia

Periodontia

Cirurgia

Estomatologia

PNE

(D3S1I5M1) Você realiza o monitoramento do absenteísmo (das faltas) dos usuários às consultas especializadas?

- () Sim, continuamente () Sim, com pouca frequência () Não

(D3S1I5M2) É realizada alguma ação para a redução do absenteísmo?

- () Sim () Não

D3S2I2M1) São utilizados protocolos de contrarreferência?

- () Sim, para todas as especialidades () Sim, para algumas especialidades
 () Não são utilizados () Não há protocolos de contrarreferência

(D3S2I4M1) São utilizados protocolos clínicos no CEO?

- () Sim, em todas as especialidades

- () Sim, em algumas especialidades
 () Há protocolos clínicos porém não são utilizados
 () Não há protocolos clínicos

É utilizado protocolo que orienta as usuários para condições clínicas para o encaminhamento e o fluxo dos

Sim Não Não se aplica / Não tem
protocolo

(D3S2I1M1) Patologia bucal

(D3S2I1M3) Prótese dentária

(D3S2I1M2) Radiologia odontológica

(D5S3I6M1) São realizadas ações de educação permanente de caráter contínuo para os profissionais do CEO?

() Sim, e são suficientes () Sim, porém são insuficientes () Não são realizadas **(D5S3I6M2)** As ações de educação permanente são oferecidas de acordo com as necessidades da prática dos profissionais?

- () Sim, totalmente de acordo com as necessidades da prática dos profissionais
 () Parcialmente de acordo com as necessidades da prática dos profissionais
 () Não estão de acordo com as necessidades da prática dos profissionais
 () Não são realizadas ações de educação permanente

Você identifica as necessidades de educação permanente dos profissionais e remete à gestão municipal?

- () Sim, com bastante frequência
 () Sim, com pouca frequência
 () Não

Registre aqui suas sugestões, informações complementares ou observações relevantes sobre a temática abordada neste questionário. _____

APÊNDICE D-ENTREVISTA GESTOR MUNICIPAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

DOCTORADO INTERSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA PARA A GESTÃO MUNICIPAL

Doutoranda: Camila Santa Rosa Nunes

E-mail: camilasrnunes@gmail.com – Fone: (96) 981109996

Orientadora: Dr^a Cláudia Flemming Colussi

Dados:

Nome:

Email:

Telefone:

Cargo/Função:

- 1) Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até a coordenação municipal de SB? Há quanto tempo está no cargo?
- 2) Você já fez alguma formação sobre gestão em saúde?

ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO:

Cobertura populacional:

Qual a cobertura populacional média para as equipes de SB na AB/ESF no município?

O número está abaixo ou acima do preconizado? O que justifica tal indicador?

A gestão tem algum parâmetro populacional definido para cobertura dos CEO? CEO é regionalizado?

Referência para quais municípios?

Os serviços hospitalares com atenção à SB são de referência municipal ou regional?

Para quantos e quais municípios são referência?

Qual(is) área(s) apresentam maior escassez de profissionais? Existe muita rotatividade de profissionais?

Qual a justificativa?

Infraestrutura

De maneira geral, como você observa as condições físicas e estruturais dos pontos de atenção em saúde bucal?

Problemas estruturais costumam afetar o andamento das atividades de maneira geral? O que justificaria tal ocorrência?

E em relação a equipamentos e insumos?

A coordenação de SB recebe reclamações dos dentistas sobre problemas na estrutura ou sobre a qualidade e suficiência de equipamentos e insumos?

Sistema de Apoio

Como você avalia o serviço de prótese do município?

Existe levantamento de necessidade de prótese dentária no município? Existe algum critério de priorização para oferta das próteses? Qual?

ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RASB

De maneira geral, qual a percepção da gestão sobre a acessibilidade da população aos pontos de atenção de SB estruturados no município?

Todas as UBS do município possuem prontuário eletrônico? Qual o prontuário utilizado? Como você avalia esse prontuário (atende às necessidades, facilidade de uso, etc.). Os profissionais são capacitados para uso do prontuário eletrônico?

Os CEO, UPA e hospitais têm acesso ao mesmo prontuário que a UBS? Como se dá a integração da rede?

Quais as maiores facilidade e dificuldades para a integração dos prontuários eletrônicos a RNDS?

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO ACESSO

Como você considera a regulação da odontologia? Quais seriam os maiores entraves e facilitadores na oferta dos serviços odontológicos?

Qual sua percepção sobre o tempo de espera para uma consulta na APS, secundária e terciária? A que se deve esse período de espera?

Como é realizado o controle das filas de espera?

A gestão realiza o controle de faltas às consultas nos serviços de SB? Como é realizado o controle das faltas? Qual a percepção da gestão para os motivos das faltas? O percentual de faltas é maior na AB ou CEO? Por que?

O município tem protocolos de encaminhamento e protocolos clínicos? A gestão promove a discussão dos protocolos de encaminhamento e protocolos clínicos?

Os profissionais são incentivados / treinados a utilizar os protocolos? De que forma?

Quais as maiores dificuldades e facilidades para a adoção desses protocolos?

A contrareferência é realizada com frequência para a APS? Quais as maiores dificuldades e facilidades para a sua realização?

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

São planejadas ações intersetoriais com frequência? Quais as maiores dificuldades e facilidades para a realização dessas ações?

São estimulados, por parte da gestão, que os profissionais de SB participem de reuniões para discussão de caso, matriciamento, cuidado clínico compartilhado em todos os níveis de atenção?

GESTÃO E PLANEJAMENTO

Como é a relação entre os serviços intramunicipais e intermunicipais?

Como é a relação entre a gestão municipal e a estadual? São realizadas reuniões entre as coordenações?

Você participa da elaboração do plano anual de saúde?

Atualmente existe algum indicador relacionado a saúde bucal vigente?

Você consegue identificar características econômicas, políticas, sociais que interferem na gestão de SB no município?

As equipes de SB conhecem as características sociais, econômicas e culturais da população da área de abrangência no qual atuam?

É incentivado por parte da gestão a realização da territorialização?

A população participa nas propostas e decisões? De que forma?

Quais os profissionais que atuam no planejamento das ações de saúde bucal?

Você considera que a RASB está integrada? O que precisa melhorar dessa integração?

Educação permanente e telessaúde

São realizadas de forma rotineira ações de educação permanente? Qual a periodicidade? Quais os últimos temas abordados? Os mesmos foram escolhidos baseados em quais justificativas?

A gestão apoia alguma estratégia de EAD?

A gestão realiza alguma capacitação ou incentivo por parte dos profissionais para a utilização de indicadores e/ou uso dos sistemas de informação? Cite nos alguns exemplos.

A gestão realiza o monitoramento e avaliação de algum indicador? Se sim, cite nos alguns exemplos

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

APÊNDICE E- ENTREVISTA GESTOR ESTADUAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**
Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

DOUTORADO INTERSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA PARA A GESTÃO ESTADUAL

Doutoranda: Camila Santa Rosa Nunes
E-mail: camilasrnunes@gmail.com – Fone: (96) 981109996
Orientadora: Dr^a Cláudia Flemming Colussi

Dados:

Nome:
Email:
Telefone:
Cargo/Função:

Qual sua formação e qual sua trajetória profissional até a coordenação de SB? Há quanto tempo está no cargo?

Você já fez alguma formação sobre gestão em saúde?

Quais as principais atividades que você realiza como coordenador(a) de saúde bucal? Como é o organograma? O cargo está previsto no organograma? Você tem dedicação exclusiva à coordenação ou tem CH na assistência também? Fale um pouco sobre a sua rotina de trabalho. Tem outras pessoas que atuam com você na gestão da SB?

ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO:

Cobertura populacional:

Qual a cobertura populacional média para as equipes de SB na AB/ESF no município?

O número está abaixo ou acima do preconizado? O que justifica tal indicador?

A gestão tem algum parâmetro populacional definido para cobertura dos CEO? CEO é regionalizado?

Referência para quais municípios?

Os serviços hospitalares com atenção à SB são de referência municipal ou regional?

Para quantos e quais municípios são referência?

Qual(is) área(s) apresentam maior escassez de profissionais? Existe muita rotatividade de profissionais?

Qual a justificativa?

Infraestrutura

De maneira geral, como você observa as condições físicas e estruturais dos pontos de atenção em saúde bucal?

Problemas estruturais costumam afetar o andamento das atividades de maneira geral? O que justificaria tal ocorrência?

E em relação a equipamentos e insumos?

A coordenação de SB recebe reclamações dos dentistas sobre problemas na estrutura ou sobre a qualidade e suficiência de equipamentos e insumos?

Sistema de Apoio

Como você avalia o serviço de prótese do município?

Existe levantamento de necessidade de prótese dentária no município? Existe algum critério de priorização para oferta das próteses? Qual?

ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RASB

De maneira geral, qual a percepção da gestão sobre a acessibilidade da população aos pontos de atenção de SB estruturados no município?

Todas as UBS do município possuem prontuário eletrônico? Qual o prontuário utilizado? Como você avalia esse prontuário (atende às necessidades, facilidade de uso, etc.). Os profissionais são capacitados para uso do prontuário eletrônico?

Os CEO, UPA e hospitais têm acesso ao mesmo prontuário que a UBS? Como se dá a integração da rede?

Quais as maiores facilidade e dificuldades para a integração dos prontuários eletrônicos a RNDS?

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO ACESSO

Como você considera a regulação da odontologia? Quais seriam os maiores entraves e facilitadores na oferta dos serviços odontológicos?

Qual sua percepção sobre o tempo de espera para uma consulta na APS, secundária e terciária? A que se deve esse período de espera?

Como é realizado o controle das filas de espera?

A gestão realiza o controle de faltas às consultas nos serviços de SB? Como é realizado o controle das faltas? Qual a percepção da gestão para os motivos das faltas? O percentual de faltas é maior na AB ou CEO? Por que?

O município tem protocolos de encaminhamento e protocolos clínicos? A gestão promove a discussão dos protocolos de encaminhamento e protocolos clínicos?

Os profissionais são incentivados / treinados a utilizar os protocolos? De que forma?

Quais as maiores dificuldades e facilidades para a adoção desses protocolos?

A contrareferência é realizada com frequência para a APS? Quais as maiores dificuldades e facilidades para a sua realização?

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

São planejadas ações intersetoriais com frequência? Quais as maiores dificuldades e facilidades para a realização dessas ações?

São estimulados, por parte da gestão, que os profissionais de SB participem de reuniões para discussão de caso, matriciamento, cuidado clínico compartilhado em todos os níveis de atenção?

GESTÃO E PLANEJAMENTO

Como é a relação entre os serviços intramunicipais e intermunicipais?

Como é a relação entre a gestão municipal e a estadual? São realizadas reuniões entre as coordenações?

Você participa da elaboração do plano anual de saúde?

Atualmente existe algum indicador relacionado a saúde bucal vigente?

Você consegue identificar características econômicas, políticas, sociais que interferem na gestão de SB no município?

As equipes de SB conhecem as características sociais, econômicas e culturais da população da área de abrangência no qual atuam?

É incentivado por parte da gestão a realização da territorialização?

A população participa nas propostas e decisões? De que forma?

Quais os profissionais que atuam no planejamento das ações de saúde bucal?

Você considera que a RASB está integrada? O que precisa melhorar dessa integração?

Educação permanente e telessaúde

São realizadas de forma rotineira ações de educação permanente? Qual a periodicidade? Quais os últimos temas abordados? Os mesmos foram escolhidos baseados em quais justificativas?

A gestão apoia alguma estratégia de EAD?

A gestão realiza alguma capacitação ou incentivo por parte dos profissionais para a utilização de indicadores e/ou uso dos sistemas de informação? Cite nos alguns exemplos.

A gestão realiza o monitoramento e avaliação de algum indicador? Se sim, cite nos alguns exemplos

Quais as facilidades e dificuldades para o alcance do acesso universal e atenção integral à SB?

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 466/2012 CNS/CONEP

Gestores e Cirurgiões dentistas

Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. As pesquisadoras me explicaram e eu compreendi que esta pesquisa tem como objetivo principal construir, validar e aplicar um modelo avaliativo da rede de atenção em saúde bucal.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e aprovado. Estou ciente de que a pesquisa realizada é pré-requisito para a pesquisadora obter o título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fui selecionado(a) por ser referência no campo de conhecimento de monitoramento, avaliação, gestão da rede de atenção à saúde e/ou no campo da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Minha participação nesta pesquisa consiste, inicialmente, de uma entrevista individual, presencial ou via internet por chamada de vídeo, conforme sua disponibilidade e preferência, sobre a Rede de atenção à Saúde Bucal. Minhas respostas não serão objeto de avaliação. Minha colaboração nesta pesquisa consistirá em contribuir com a aplicação de um instrumento de pesquisa elaborado pela pesquisadora visando proporcionar um maior conhecimento sobre Rede de Atenção à Saúde Bucal, permitindo, assim, a identificação dos fatores que influenciam no seu grau de implantação

Fui informado que durante a realização da entrevista poderá ser necessária a gravação da mesma em aparelho digital. Durante a gravação, minha identificação não será nominal e sim por uma codificação estabelecida pelos pesquisadores cuja relação com minha identidade permanecerá restrita às etapas de análise da pesquisa e sob sigilo.

Quanto aos benefícios, minha contribuição para esta pesquisa consistirá na prestação de informações acerca do funcionamento da rede de atenção à saúde bucal, como fluxo de atendimento, coordenação entre os pontos de atenção, gestão da saúde bucal. Tais informações contribuirão para avaliar o grau de implantação da rede de saúde bucal no Estado do Amapá.

Foi-me assegurada a indenização financeira, caso venha a sofrer danos comprovados decorrentes da participação nesta pesquisa, nos termos da legislação brasileira. Minha participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento. Minha recusa, desistência ou retirada

de consentimento não acarretará qualquer prejuízo. Todas as minhas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e na divulgação dos resultados o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação, tendo a privacidade do participante respeitada. Os riscos possíveis que podem ocorrer durante o trabalho são o constrangimento ou desconfortos em algum nível por causa de alguma pergunta, disposição de tempo além do previamente agendado.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Camila Santa Rosa Nunes e Cláudia Flemming Colussi, da Universidade Federal de Santa Catarina, e com elas poderei manter contato nos endereços ou pelos telefones disponibilizados, antes, durante e após a realização da pesquisa, em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento. Ambas asseguraram que os itens constantes no presente TCLE atendem às exigências contidas na Resolução 466 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas em seres humanos.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seus objetivos, riscos e benefícios, manifesto meu livre consentimento em participar como voluntário desse estudo, assinando este TCLE em duas vias ao seu término e rubricando todas as páginas que o constituem, pois, uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome: _____
RG: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e contato das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:

Camila Santa Rosa Nunes
Telefone: (96) 98110-9996
E-mail: camilasrnunes@gmail.com

Cláudia Flemming Colussi
Telefone: (48) 99156-0191
E-mail: claucolussi@hotmail.com

Endereço: Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá.
Campus Marco Zero – Macapá Rod. Juscelino Kubitschek, KM-02 Jardim Marco Zero
Macapá – AP CEP 68.903-419. Centro Integrado de Pesquisa da Amazônia – Unifap

E-mail: cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA****Pró-Reitoria de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade
Prédio Reitoria II - CEP: 88040-400 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 55 (48) 3721-6094
Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

Participantes da Conferência de Consenso

Eu, _____ estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação do grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. As pesquisadoras me explicaram e eu compreendi que esta pesquisa tem como objetivo principal construir, validar e aplicar um modelo avaliativo da rede de atenção em saúde bucal.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e aprovado. Estou ciente de que a pesquisa realizada é pré-requisito para a pesquisadora obter o título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fui selecionado(a) por ser referência no campo de conhecimento de monitoramento, avaliação, gestão da rede de atenção à saúde e/ou no campo da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Minha participação nesta pesquisa consiste em colaborar com a criação de um modelo avaliativo para a rede de atenção à saúde bucal. No primeiro momento será enviado a mim, por meio de formulário eletrônico (o qual não permite a identificação do respondente), o modelo avaliativo inicial da Rede de atenção à Saúde Bucal, onde responderei sobre a discordância ou concordância plena/parcial quanto ao modelo. Na segunda etapa, será realizada uma oficina por meio da plataforma do google meet para discutir o modelo avaliativo com os demais participantes do estudo. As modificações discutidas na oficina serão realizadas e enviadas novamente via correio eletrônico para minha apreciação final.

Quanto aos benefícios, minha contribuição para esta pesquisa consistirá no auxílio da formação de um modelo avaliativo para a rede de atenção à saúde bucal, aumentando o conhecimento quanto aos aspectos teóricos e sobre os componentes desta rede o que contribuirá no planejamento e na implantação desta rede de atenção.

Foi-me assegurada a indenização financeira, caso venha a sofrer danos comprovados decorrentes da participação nessa pesquisa, nos termos da legislação brasileira. Minha participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento. Minha recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer prejuízo. Todas as minhas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e na divulgação dos resultados o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação, tendo a privacidade do participante respeitada. Os riscos possíveis que podem ocorrer durante o trabalho são

o constrangimento ou desconfortos em algum nível por causa de alguma pergunta, disposição de tempo além do previamente agendado. Também pode ocorrer, mesmo que remota, a quebra de sigilo, involuntário e não intencional, e suas eventuais consequências pessoais e profissionais decorrente da emissão de opinião sobre o material analisado frente a outros especialistas. Para minimizar tal exposição, as opiniões emitidas sobre o modelo avaliativo nas etapas realizadas individualmente serão mantidas em anonimato durante toda a oficina de consenso presencial e demais etapas da pesquisa, além disso, durante a oficina presencial o pesquisador responsável conduzirá o debate de modo que todos tenham oportunidade de expor suas opiniões.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Camila Santa Rosa Nunes e Cláudia Flemming Colussi, da Universidade Federal de Santa Catarina, e com elas poderei manter contato nos endereços ou pelos telefones disponibilizados, antes, durante e após a realização da pesquisa, em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento. Ambas asseguraram que os itens constantes no presente TCLE atendem às exigências contidas na **Resolução 466 de dezembro de 2012**, que regulamenta pesquisas em seres humanos.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seus objetivos, riscos e benefícios, manifesto meu livre consentimento em participar como voluntário deste estudo, assinando este TCLE em duas vias ao seu término e rubricando todas as páginas que o constituem, pois, uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome: _____

RG: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e contato das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:

Camila Santa Rosa Nunes
Telefone: (96) 98110-9996
E-mail: camilasrnunes@gmail.com

Cláudia Flemming Colussi
Telefone: (48) 99156-0191
E-mail: claucolussi@hotmail.com

Endereço: Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá.
Campus Marco Zero – Macapá Rod. Juscelino Kubitschek, KM-02 Jardim Marco Zero
Macapá – AP CEP 68.903-419. Centro Integrado de Pesquisa da Amazônia – Unifap.
Email: cep@unifap.br

APÊNDICE G – RATIONALES

DIMENSÃO : ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA RASB	
A análise da estrutura, dos componentes e dos pontos de atenção é fundamental para a oferta dos serviços de saúde. Deve-se dispor de estrutura física, equipamentos, materiais, medicamentos, recursos humanos e insumos em quantidade suficiente para o atendimento da demanda local e de acordo com as necessidades de saúde da população.	
SUBDIMENSÃO: COBERTURA DA RASB	
A cobertura populacional é importante pois fornece dados quanto ao acesso da população aos serviços de saúde bucal na APS, acesso este, que segundo Mendes (2011) deve ser colocado como um ponto central nas RAS para que os serviços ofertados sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente.	
Indicador 1:	Cobertura de saúde bucal na atenção básica: A cobertura de saúde bucal na Atenção Básica expressa a capacidade da rede em garantir acesso regular e territorializado às ações odontológicas, sendo um parâmetro central da organização das RAS (Mendes, 2011). O número de equipes por habitante permite identificar adequação da oferta, distribuição desigual e possíveis vazios assistenciais
Medida 1:	Nº de equipes de saúde bucal (40h) na atenção básica por habitante
Indicador 2:	Cobertura de saúde bucal na atenção especializada (AE) ambulatorial: A cobertura de saúde bucal na AE ambulatorial indica a capacidade da rede em ofertar procedimentos de maior complexidade, complementares à APS, sendo crucial para assegurar integralidade e continuidade do cuidado. A mensuração de procedimentos por habitante permite avaliar se a oferta é compatível com as necessidades populacionais e se há equilíbrio entre demanda, capacidade instalada e resolutividade. A literatura evidencia que a disponibilidade e o uso adequado dos serviços especializados são determinantes para o desempenho das ações de saúde bucal no SUS
Medida 1:	Nº de procedimentos na AE ambulatorial realizados por habitante./ano
Medida 2:	% de UPA com atendimento odontológico
Indicador 3:	Cobertura de saúde bucal na AE hospitalar: A cobertura de saúde bucal na atenção hospitalar indica a capacidade da rede em ofertar cuidados odontológicos a usuários com necessidades complexas, compondo a integralidade da atenção. A existência e a produção desses serviços refletem a ampliação da atenção especializada prevista na PNSB e permitem identificar desigualdades de acesso e insuficiência da oferta(Leme; Seiffert, 2021)
Medida 1:	% de hospitais com dentistas na equipe multiprofissional de UTI
Indicador 4:	Cobertura do sistema de Apoio em Saúde Bucal: A ausência de cobertura desse sistema compromete a integralidade do atendimento, pois ele é um dos componentes essenciais das RAS e garante a retaguarda necessária ao funcionamento da RASB
Medida 1:	Nº de aparelhos de raio-x periapical/habitante
Medida 2:	Nº de procedimentos de prótese dentária realizados por habitante/ano
SUBDIMENSÃO: RECURSOS HUMANOS	
A adequada oferta de recursos humanos para a prestação dos serviços de saúde como a adoção da proporção mínima de 1:1 entre o número de cirurgiões dentistas e o de auxiliares de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, por parte da gestão, garantem a qualidade da atenção, facilitam o processo de trabalho pois os profissionais podem se organizar melhor para atender as suas demandas, possibilitam o maior vínculo entre os profissionais e por consequência aumentam a resolubilidade dos problemas de saúde. Todas essas características são fundamentais para a consolidação e efetividade da RASB	
Indicador 1:	Completo das equipes na APS: Expressa a capacidade da rede em manter suas Equipes de Saúde Bucal funcionando conforme o padrão definido para a Estratégia Saúde da Família, garantindo oferta

	contínua e qualificada de cuidado. A ausência de profissionais ou a composição incompleta fragiliza a coordenação do cuidado e compromete a integralidade, já que as equipes são componentes estruturantes das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2011). Esse indicador permite identificar lacunas na força de trabalho e orientar ações de gestão para assegurar estabilidade, continuidade e resolutividade na RASB
Medida 1:	Proporção entre Cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal
Indicador 2:	Adequação de pessoal na Atenção Especializada: A insuficiência de recursos humanos compromete a resolutividade e gera barreiras de acesso, enquanto equipes completas fortalecem a articulação entre níveis assistenciais.
Medida 1:	% de CEO com quantidade de CD preconizado
SUBDIMENSÃO: EQUIPAMENTOS E INSUMOS	
A existência dos pontos de atenção providos de equipamentos e insumos necessários para a prestação dos serviços é fundamental para a oferta do atendimento odontológico de forma integral, requisito fundamental para a qualificação da RASB. Bem como a existência de um contrato de manutenção garante o funcionamento dos equipamentos necessários a prática dental. Sua ausência compromete a oferta de serviços, tornando a RASB não resolutiva fragilizando o seu funcionamento.	
Indicador 1 :	Suficiência de equipamentos e insumos na APS: A RASB tem como objetivo oferecer o atendimento integral, logo, o fornecimento de insumos de forma regular para a odontologia é essencial para a execução dos serviços de saúde. Sua falta pode comprometer grandemente a prática clínica, limitando a resolubilidade das demandas em saúde da odontologia, por fim, gerando descrédito da população.
Medida 1:	Percepção sobre a suficiência de equipamento na APS
Medida 2:	Percepção sobre a suficiência de insumos na APS
Indicador 2:	Suficiência de equipamentos e insumos na AE ambulatorial: indica a capacidade real dos serviços de executar procedimentos de maior complexidade. A inadequação desses recursos reduz a resolutividade, gera atrasos no cuidado e compromete a integralidade, já que a atenção especializada integra os componentes essenciais das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2011)
Medida 1:	Percepção sobre a suficiência de equipamento no CEO
Medida 2:	Percepção sobre a suficiência de insumos no CEO
Indicador 3 :	Manutenção dos Equipamentos odontológicos: A manutenção dos equipamentos na odontologia é indispensável para assegurar um alto padrão de cuidado, segurança dos pacientes e eficiência operacional. A adoção de práticas de manutenção preventiva e a formação contínua dos profissionais são pilares essenciais para a qualidade dos serviços odontológicos
Medida 1:	Existência de contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos
SUBDIMENSÃO: SISTEMA DE APOIO	
Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das RAS em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Sua existência é fundamental para a oferta do atendimento integral	
Indicador 1:	Assistência Farmacêutica: A assistência farmacêutica em saúde bucal representa um serviço de apoio essencial às práticas clínicas, garantindo a disponibilidade de insumos terapêuticos necessários à continuidade do cuidado. A ausência ou irregularidade dessa oferta compromete a integralidade e afeta diretamente o desempenho da RASB, pois o sistema de apoio é um dos componentes estruturantes das redes
Medida 1:	Disponibilidade de medicamentos prescritos pelo CD
Indicador 2:	Ofertas de serviços de radiologia em saúde bucal: A oferta de serviços de radiologia em saúde bucal expressa a capacidade do sistema de apoio em fornecer diagnóstico por imagem, fundamental para a condução adequada de tratamentos de média complexidade. A falta desse recurso gera atrasos,

	encaminhamentos desnecessários e perda de resolutividade, comprometendo a integralidade e a coordenação da rede(BRASIL,2018)
Medida 1:	Existência de serviços para exames radiológicos em saúde bucal
Indicador 3:	Ofertas de serviços de patologia em saúde bucal: A disponibilidade de serviços de patologia em saúde bucal assegura suporte diagnóstico especializado para lesões orais e condições de maior complexidade. Sua ausência limita a detecção precoce, reduz a resolutividade e compromete a linha de cuidado, especialmente em agravos que exigem confirmação anatomopatológica. Como componente do sistema de apoio, é indispensável ao funcionamento integrado da RASB
Medida 1:	Existência de serviços para exames de análise histopatológica oral
Indicador 4:	Laboratório de Prótese Regional (LPRD): A oferta de serviços de prótese por meio de LPRD amplia o acesso à reabilitação oral e reduz desigualdades, alinhando-se às diretrizes da PNSB para integralidade e ampliação da atenção especializada. A presença e funcionamento do LPRD fortalecem a resolutividade da rede e compõem um dos serviços estratégicos do sistema de apoio em saúde bucal (Leme; Seiffert, 2021)
Medida 1:	LPRD em funcionamento

DIMENSÃO : ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO ACESSO	
A dimensão organização e gestão do acesso tem como objetivo a identificação de fluxos assistenciais, o gerenciamento do acesso aos serviços de saúde como central de regulação, e a coordenação do cuidado.	
SUBDIMENSÃO: ACESSO E FLUXO DE USUÁRIOS NA RASB	
Uma rede de atenção fortalecida considera a APS como coordenadora do cuidado, assegurando a continuidade e sendo a porta de entrada preferencial do sistema. Filas de espera evidenciam barreiras de acesso, frequentemente associadas à oferta de serviços desalinhada com as necessidades da população e à ausência de mecanismos como classificação de risco para agendamento e monitoramento das listas. Para enfrentar essas fragilidades, é essencial dispor de um sistema de regulação eficiente, capaz de organizar a oferta com critérios que garantam acesso mais ágil, equânime e resolutivo.	
Indicador 1:	Coordenação do cuidado pela APS: A coordenação do cuidado pela APS reflete sua capacidade de acompanhar usuários, ordenar fluxos e atuar como porta de entrada preferencial da rede. Quando há busca ativa e entrada organizada pela APS, há maior continuidade do cuidado e menor fragmentação, fortalecendo seu papel estruturante nas RAS
Medida 1:	Busca ativa de paciente
Medida 2:	APS como porta de entrada:
Indicador 2:	Forma de acesso à atenção especializada (AE) em saúde bucal: A forma de acesso à atenção especializada indica se o encaminhamento aos serviços, como os CEO, ocorre de maneira regulada e mediada pela APS. Fluxos adequados evitam acessos diretos e desordenados, garantindo continuidade, equidade e coerência na linha de cuidado
Medida 1:	Forma de acesso dos usuários ao Centro de Especialidades odontológicas
Indicador 3:	Tempo de espera APS: O tempo de espera na APS expressa a capacidade do serviço em ofertar cuidado oportuno, refletindo responsividade e organização da agenda. Tempos excessivos podem indicar barreiras de acesso que comprometem a coordenação e a resolutividade da atenção primária
Medida 1:	Percepção sobre o tempo de espera APS
Indicador 4:	Tempo de espera para AE: O tempo de espera para a atenção especializada revela a agilidade da rede em ofertar diagnóstico e tratamento de maior complexidade. Filas longas para patologia,

	radiologia ou prótese comprometem a continuidade do cuidado e reduzem o desempenho global da RASB
Medida 1:	Tempo de espera Patologia
Medida 2:	Tempo de espera Radiologia
Medida 3:	Tempo de espera Prótese
Indicador 5:	Monitoramento das listas de espera: O monitoramento das listas de espera demonstra a capacidade de gestão em organizar a demanda e ordenar o acesso aos serviços especializados. Monitoramento sistemático reduz filas, aumenta transparência e melhora a equidade na distribuição das vagas
Medida 1:	Frequência do Monitoramento da lista de espera para AE
Medida 2:	Forma de Monitoramento
Indicador 6:	Controle do absenteísmo dos usuários: O controle do absenteísmo expressa a eficiência na gestão das agendas e a capacidade de evitar desperdício de vagas. Estratégias de monitoramento e prevenção do absenteísmo tornam o acesso mais racional e aumentam a efetividade da atenção especializada.
Medida 1:	Monitoramento do absenteísmo para a AE
Medida 2:	Ações para a redução do absenteísmo
Indicador 7:	Central de regulação: A existência de uma central de regulação operante indica organização institucional para ordenar fluxos e garantir acesso regulado. A presença de cirurgião-dentista regulador qualifica a avaliação dos encaminhamentos e fortalece a coerência da linha de cuidado
Medida 1:	Existência de central de regulação operante
Medida 2:	Cirurgião dentista regulador
Indicador 8:	Regulação com classificação de risco: A regulação com classificação de risco assegura que os encaminhamentos priorizem casos segundo gravidade e necessidade clínica. Esse mecanismo torna o acesso mais equitativo, aumenta a resolutividade e fortalece a função ordenadora da APS dentro da rede
Medida 1:	Agendamento com classificação de risco
SUBDIMENSÃO : PROTOCOLOS	
São instrumentos importantes pois facilitam a organização do processo de trabalho em uma unidade e no território, esclarecendo os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais.	
Indicador:	Protocolos de encaminhamento: Os protocolos de encaminhamento estruturam critérios clínicos e organizacionais para acesso à patologia, radiologia e prótese, garantindo coerência e previsibilidade no fluxo assistencial. Sua existência reduz encaminhamentos inadequados, fortalece a coordenação pela APS e melhora a integração entre os pontos de atenção da RASB
Medida 1:	Protocolos de encaminhamento patologia
Medida 2:	Protocolos de encaminhamento radiologia
Medida 3:	Protocolos de encaminhamento prótese
Indicador:	Referência e Contrareferência: A presença de protocolos de referência e contrareferência expressa a maturidade da rede em organizar a comunicação clínica entre APS e atenção especializada. Quando esses fluxos são claros e padronizados, há maior continuidade do cuidado, menor perda de informação e melhor integração entre serviços
Medida 1:	Protocolos de referência
Medida 2:	Protocolos de contrareferência
Indicador:	Protocolo de Estratificação: Os protocolos de estratificação de risco orientam a priorização de usuários segundo gravidade e necessidade clínica, tanto na APS quanto na atenção especializada. Sua

	adoção torna o acesso mais equitativo, qualifica o manejo clínico e fortalece o papel ordenador da APS na RASB
Medida 1:	Existência de protocolo de estratificação por risco para APS
Medida 2:	Existência de protocolo de estratificação por risco para AE

DIMENSÃO : ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RASB	
A articulação e integração dos serviços de saúde oferecidos na RASB é de extrema importância para demonstrar o grau de integração desta rede de atenção, facilitando desta forma o fluxo desse usuário dentro desta rede, contribuindo para a não fragmentação da atenção e para a continuidade do cuidado. Compete ao gestor garantir instrumentos que possibilitem a integração de informações, dos serviços de saúde e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção.	
SUBDIMENSÃO: COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA RASB	
Indicador 1:	Comunicação horizontal entre os profissionais de saúde bucal da RASB: Expressa a capacidade da rede em compartilhar informações, alinhar condutas e organizar o trabalho de forma integrada. Meios e frequências adequados de comunicação fortalecem a colaboração cotidiana e reduzem fragmentações no cuidado em saúde bucal
Medida 1:	Meio de comunicação entre os profissionais da RASB no mesmo nível de atenção
Medida 2:	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS
Indicador 2:	Comunicação vertical entre os profissionais de saúde bucal da RASB: A comunicação vertical entre diferentes níveis de atenção demonstra o grau de integração entre APS e atenção especializada. Quando os profissionais se comunicam de forma sistemática e estruturada, há maior continuidade do cuidado, melhor encaminhamento clínico e maior articulação entre os pontos da rede.
Medida 1:	Meio de comunicação entre os profissionais de SB entre diferentes níveis de atenção
Medida 2:	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS e os diferentes níveis de atenção
Indicador 3:	Comunicação multiprofissional na RASB: A comunicação multiprofissional reflete a articulação entre equipes de saúde bucal e demais equipes da rede, condição essencial para abordagens ampliadas e integradas do cuidado. Essa interação qualifica o manejo clínico, favorece intervenções interdisciplinares e fortalece a integralidade.
Medida 1:	Existência de comunicação entre profissionais das eq. SB e outras eq. de saúde
Medida 2:	Frequência de comunicação entre os profissionais da APS e as outras eq. de saúde
Indicador 4:	Realização de ações multiprofissionais: A realização de ações multiprofissionais indica práticas colaborativas entre diferentes categorias profissionais, ampliando a resolutividade e a abordagem integral dos usuários. Quanto mais frequentes essas ações, maior a integração e a capacidade da rede de responder de forma abrangente às necessidades em saúde bucal.
Medida 1	Frequência da realização de ações multiprofissionais
SUBDIMENSÃO: SISTEMA LOGISTICO	
O sistema logístico contribui para organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas colaborando para a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, aumentando a produtividade pela utilização ótima dos recursos comuns e contribuindo em definitivo para uma RASB mais estruturada. Também atua no compartilhamento de informações entre os profissionais, por meio de ferramentas como o prontuário eletrônico, que organiza os fluxos de informação, melhora a continuidade do cuidado e reduz custos, evitando, por exemplo, a duplicação de exames de apoio diagnóstico.	
Indicador 1:	Disponibilidade de transporte: A disponibilidade de transporte, tanto intra quanto intermunicipal, é essencial para garantir que os usuários acessem os diferentes pontos da RASB, especialmente em regiões com longas distâncias e pouca oferta local. A ausência desse suporte logístico gera barreiras de acesso e compromete a integralidade do cuidado ao dificultar o deslocamento para serviços especializados
Medida 1:	Disponibilidade de transporte intramunicipal

Medida 2:	Disponibilidade de transporte intermunicipal
Indicador 2:	Existência de prontuário eletrônico(PE) do paciente: A existência de prontuário eletrônico nos diferentes pontos de atenção expressa o grau de informatização da rede e sua capacidade de registrar informações de forma padronizada. A adoção do PE melhora a continuidade do cuidado, reduz perda de dados clínicos e fortalece a organização da RASB
Medida 1:	Existência de PE na APS
Medida 2:	Existência de PE nos CEOS
Medida 3:	Existência de PE nas UPAS
Medida 4:	Existência de PE nas Unidades Hospitalares
Indicador 3:	Integração do PE: A integração do prontuário eletrônico entre APS, atenção especializada, urgência e hospitais reflete a maturidade tecnológica da rede e sua capacidade de compartilhar informações clínicas em tempo real. Essa integração aumenta a segurança do cuidado, reduz duplicações e apoia a coordenação entre os níveis da RASB.
Medida 1:	Integração do P.E entre os pontos da APS
Medida 2:	Integração do P.E entre APS e CEO
Medida 3:	Integração do P.E entre APS e UPA
Medida 4:	Integração do PE entre APS e hospitais
Indicador 4:	Rede Nacional de Dados em Saúde(RNDS): A integração à RNDS demonstra alinhamento da rede às diretrizes nacionais de saúde digital, permitindo interoperabilidade e troca segura de informações. Essa conexão fortalece a vigilância em saúde, melhora o acompanhamento dos usuários e qualifica a gestão da RASB.
Medida 1:	Integração a RNDS

DIMENSÃO : MODELO DE ATENÇÃO

O modelo assistencial baseado em APS fortalecida deve integrar promoção, prevenção e cuidado longitudinal como eixos centrais. O apoio matricial e o vínculo contínuo buscam superar a fragmentação da atenção. No entanto, a alta rotatividade de profissionais desafia a sustentabilidade desse modelo, evidenciando a necessidade de políticas estáveis para garantir a integralidade e a resolutividade do cuidado.

Indicador 1:	Promoção e prevenção em saúde bucal: A promoção e a prevenção em saúde bucal refletem a capacidade da APS de ofertar ações que ampliam o acesso e qualificam o cuidado, dimensões valorizadas nas diretrizes nacionais de monitoramento e avaliação em saúde bucal (FRANÇA et al., 2020). A presença dessas práticas indica atuação orientada à redução de riscos e ao fortalecimento da integralidade.
Medida 1:	Realização de ações de prevenção e promoção a saúde bucal
Medida 2:	Proporção de gestantes com pré-natal odontológico
Indicador 2:	Diagnóstico e tratamento em saúde bucal: O diagnóstico e o tratamento expressam a resolutividade da atenção, dimensão destacada nas diretrizes oficiais ao avaliar proporções entre procedimentos restauradores, exodontias e conclusão de tratamentos como marcadores de qualidade (FRANÇA et al., 2020). A análise desses equilíbrios permite inferir efetividade clínica e capacidade de resposta do serviço.
Medida 1:	Proporção entre procedimentos restauradores em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais
Medida 2:	Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais
Medida 3:	Resolutividade dos tratamentos (TC/1ª consulta programática)
Indicador 3 :	Apoio Matricial: O apoio matricial permite uma maior comunicação entre os profissionais de saúde e interação entre a equipe, o que reflete na qualificação da APS, com o objetivo de

	oferecer o atendimento integral e resolubilidade da atenção. A partir de tais reuniões que são definidas ações conjuntas o que contribui para o fortalecimento da RAS.
Medida 1:	Existência de apoio matricial entre profissionais da APS e CEO
Indicador 4:	Acompanhamento Longitudinal: Permite a criação de um vínculo entre os pacientes e as equipes de saúde, promovendo um melhor acompanhamento e uma abordagem mais personalizada, portanto, uma alta rotatividade entre os profissionais de saúde é bastante prejudicial para garantir a continuidade do cuidado
Medida 1:	Tempo de serviço do cirurgião dentista na mesma lotação
Medida 2:	Tipo de vínculo
SUBDIMENSÃO: CUIDADO AMPLIADO	
É fundamental para avaliar a capacidade da rede em ofertar serviços odontológicos diversificados e resolutivos, contemplando desde as Unidades Odontológicas Móveis até a Atenção Terciária. Sua mensuração permite identificar a extensão e a efetividade do acesso a procedimentos especializados e de maior complexidade, fundamentais para assegurar a integralidade do cuidado em saúde bucal.	
Indicador 1:	UOM (Unidade Odontológica Móvel): A existência de Unidade Odontológica Móvel amplia o acesso em territórios de difícil alcance e reduz barreiras geográficas, permitindo que a rede chegue a populações desassistidas. Sua presença fortalece a equidade e complementa a oferta fixa da APS
Medida 1:	Existência de Unidade Odontológica Móvel
Indicador 2:	SESB (Serviço de Especialidades em Saúde Bucal): A presença de um SESB demonstra capacidade de ofertar procedimentos especializados e apoiar a APS em casos de maior complexidade. Esse serviço amplia a resolutividade da rede e qualifica a linha de cuidado em saúde bucal
Medida 1:	Presença de SESB
Indicador 3:	Especialidades odontológicas do CEO: A cobertura de especialidades no CEO indica o nível de complexidade ofertado pela atenção especializada e sua habilidade de responder a necessidades que extrapolam a APS. A presença de especialidades adicionais reforça a resolutividade e diversifica o cuidado oferecido
Medida 1:	Cobertura das especialidades no CEO
Medida 2:	Realiza atendimento em alguma especialidade além das mínimas
Indicador 4:	Atenção terciária: A oferta de atenção terciária, como CTBMF, tratamento de câncer bucal e cuidado a PNE em ambiente hospitalar, expressa a maturidade da rede em assegurar integralidade para condições de alto risco. Esses serviços completam o atendimento integral e elevam a capacidade resolutiva da RASB
Medida 1:	Atendimento hospitalar de CTBMF
Medida 2:	Atendimento odontológico hospitalar para tratamento de Câncer Bucal
Medida 3:	Atendimento odontológico hospitalar para PNE
SUBDIMENSÃO: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	
Promover ações e políticas articuladas a outros setores constitui uma preocupação da integralidade do cuidado.	
Indicador 1:	Saúde Bucal Nas Escolas: A saúde bucal nas escolas expressa a capacidade da rede de atuar de forma integrada com o setor educacional. Essa articulação fortalece ações de promoção, prevenção e vigilância alimentar, ampliando o alcance das intervenções e contribuindo para uma abordagem intersetorial da saúde das crianças
Medida 1:	Vigilância da merenda escolar para redução do consumo de açúcar
Medida 2:	Frequência ações de saúde bucal nas escolas
Indicador 2:	Heterocontrole Do Flúor: O heterocontrole do flúor demonstra a articulação entre saúde bucal, vigilância sanitária e setor de abastecimento de água. A existência dessa vigilância assegura proteção coletiva e torna o cuidado mais abrangente e preventivo
Medida 1:	Existência de Vigilância ao teor de flúor
Medida 2:	Vigilância epidemiológica do flúor na água de abastecimento

Indicador 3:	Articulação com A Assistência Social: A articulação com a assistência social indica a capacidade da RASB de integrar ações voltadas a populações em maior vulnerabilidade. Parcerias intersetoriais ampliam o acesso, qualificam intervenções e reforçam a integralidade como diretriz do cuidado
Medida 1:	Realização de ações em parceria com a assistência social

DIMENSÃO: GESTÃO E PLANEJAMENTO	
O sistema de governança tem como papel o gerenciamento e integração dos componentes da RASB, definindo metas e objetivos a serem alcançados pela rede de atenção, ao mesmo tempo em que, articula as políticas institucionais para o cumprimento destes, através de mecanismos de gestão e tecnologias que facilitem tal atividade.	
SUBDIMENSÃO: PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	
O planejamento para a oferta de serviços deve ser participativo e baseado em informações epidemiológicas locais disponíveis, sendo imprescindível o conhecimento da realidade dos problemas e necessidades odontológicas, pois um planejamento subsidiado por informações da realidade e necessidades locais resultará no oferecimento de ações e ofertas de serviços que derivarão em ações com real possibilidade de impacto positivo e mudança da realidade.	
Indicador 1:	Diagnóstico Situacional Do Território: O diagnóstico situacional do território expressa a capacidade das equipes de conhecer sua população, mapear vulnerabilidades e identificar necessidades. A territorialização e o levantamento epidemiológico são bases indispensáveis para um planejamento coerente com a realidade local, favorecendo ações mais efetivas e contextualizadas.
Medida 1:	A ESB faz territorialização
Medida 2:	A ESB faz levantamento de dados epidemiológicos
Indicador 2:	Suporte ao planejamento: O suporte ao planejamento avalia se equipes dispõem de dados, tempo institucional e estrutura organizacional para planejar suas ações. A presença desses elementos qualifica o processo decisório e permite que o planejamento seja contínuo, fundamentado e alinhado às prioridades do território.
Medida 1:	Disponibilização de dados para o planejamento
Medida 2:	Reserva de carga horária(CH) para planejamento das ações
Medida 3:	Coordenação de saúde bucal
Medida 4:	Capacitação para o gestor
Indicador 3:	Planejamento Estratégico Situacional (PES): O PES indica se a gestão e as equipes utilizam metodologias estruturadas para organizar problemas, definir prioridades e orientar ações. A existência de recursos e instrumentos formais de gestão fortalece a capacidade de resposta da rede e aumenta a eficácia do planejamento
Medida 1:	Recursos para o PES para as ESB
Medida 2:	Recursos para o PES para a gestão
Medida 3:	Elaboração dos instrumentos de gestão
Indicador 4:	Planejamento Multiprofissional: Este planejamento reflete a integração entre diferentes categorias da equipe de saúde, permitindo que decisões e ações sejam construídas de forma compartilhada, ampliando a resolutividade e favorecendo intervenções mais completas e integradas.
Medida 1:	Planejamento multiprofissional
Indicador 5:	Planejamento Participativo: O planejamento participativo expressa a abertura da rede para incluir usuários e comunidades na definição das ações, fortalecendo transparência, corresponsabilidade e aderência das intervenções. A utilização de canais de comunicação reforça esse processo e aproxima a gestão das demandas reais da população.
Medida 1:	Planejamento participativo incluindo os usuários
Medida 2:	Utilização dos canais de comunicação

SUBDIMENSÃO: RECURSOS FINANCEIROS	
Sua análise é essencial para garantir eficiência e equidade na aplicação dos recursos da SB, evitando desperdícios e garantindo insumos necessários para a assistência promovendo a qualificação da gestão financeira, impactando diretamente na qualidade do cuidado oferecido à população.	
Indicador 1:	Eficiência Financeira: A eficiência financeira expressa a capacidade da gestão em alocar e utilizar adequadamente os recursos destinados à saúde bucal, garantindo suficiência de financiamento e conhecimento claro das fontes tripartite. Quando o fluxo financeiro é conhecido e bem administrado, a rede evita desperdícios, assegura insumos essenciais e fortalece a qualidade da assistência.
Medida1:	Suficiência dos recursos financeiros
Medida 2:	Informação dos recursos tripartite para a saúde bucal
Indicador 2:	Compra de materiais: A compra de materiais reflete a organização da gestão para planejar, adquirir e abastecer adequadamente os serviços de saúde bucal. Processos de compra bem estruturados e equipes capacitadas reduzem desabastecimentos, ampliam eficiência e garantem condições adequadas de trabalho e atendimento.
Medida1:	Planejamento da compra de materiais
Medida 2:	Capacitação para compra de materiais e licitações
SUBDIMENSÃO: GESTÃO DA RASB	
A gestão da RASB é um desafio que demanda abordagem sistêmica e integrada. Para qualificá-la, é necessário adotar SI eficientes, favorecer decisões baseadas em evidências e alocar recursos conforme as demandas locais. Também é estratégico investir na educação permanente das equipes e incorporar tecnologias como o telessaúde para ampliar acesso e a resolutividade. Por fim, a participação social e a presença da saúde bucal nas pautas dos conselhos de saúde são essenciais para alinhar as ações às necessidades reais da população e promover equidade.	
Indicador 1:	Sistemas de Informação: Os sistemas de informação refletem a capacidade da gestão de registrar, organizar e analisar a produção em saúde bucal de forma contínua. Fluxos regulares garantem dados confiáveis, essenciais para decisões baseadas em evidências e para o planejamento efetivo da RASB
Medida1:	Fluxo regular de alimentação dos procedimentos de SB no SIA/SUS e SISAB
Indicador 2:	Monitoramento das Ações na RASB: O monitoramento das ações indica o grau de acompanhamento sistemático das práticas assistenciais e de gestão. Quando a RAS utiliza indicadores e realiza análise contínua, aumenta a capacidade de identificar problemas, ajustar rotas e qualificar resultados.
Medida1:	A gestão realiza monitoramento contínuo das ações da RASB
Medida 2:	Indicadores para o monitoramento
Indicador 3:	Saúde Bucal no Conselho de Saúde: A presença da saúde bucal nas pautas dos conselhos e a participação de cirurgiões-dentistas como delegados expressam o compromisso da gestão com o controle social. Esse indicador demonstra alinhamento com a participação democrática e favorece decisões mais próximas das necessidades reais da população
Medida1:	Proporção reuniões do Conselho Estadual de Saúde com temas SB em pauta
Medida 2:	Participação de CD como delegados nos Conselhos de Saúde
Indicador 4:	Participação Popular: A participação popular revela se a gestão dispõe de canais que permitam a escuta ativa das demandas da comunidade. A existência desses mecanismos fortalece transparência, corresponsabilidade e adequação das ações da RASB ao território
Medida1:	Existência de canal de comunicação da população com gestão
Indicador 5:	Telessaúde: O uso do telessaúde indica a incorporação de tecnologias de apoio clínico e educacional que ampliam a resolutividade da rede. Essa ferramenta qualifica decisões, encurta distâncias e fortalece o suporte técnico às equipes
Medida1:	Uso do telessaúde

Medida 2:	Serviços do Telessaúde utilizados
Indicador 6:	Educação Permanente: A educação permanente expressa o investimento da gestão na qualificação contínua das equipes, articulando teoria e prática para responder às necessidades reais do serviço. Essa estratégia fortalece competências clínicas e organizacionais, aumentando a efetividade da RASB
Medida1:	Oferta de ações de Educação permanente
Medida 2:	Oferta de cursos de acordo com as necessidades práticas

ANEXO A-APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - HU/UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Amapá

Pesquisador: Camila Santa Rosa Nunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 74075923.8.0000.0003

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.705.002

Apresentação do Projeto:

Conforme o parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme o parecer anterior

Recomendações:

Conforme o parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências sanadas

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02, Marco Zero

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - HU/UNIFAP**



Continuação do Parecer: 6.705.002

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2169853.pdf	22/02/2024 22:14:39		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_preenchida_Camila_Rosa_Nunesassinado.pdf	22/02/2024 22:13:53	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ufsc_novo_TCLE_ROTÉIRO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	17/02/2024 13:03:03	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito
Declaração de concordância	termo_de_concordancia_atualizadoassinado.pdf	31/01/2024 11:55:00	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	31/01/2024 11:54:04	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito
Cronograma	NOVO_CRONOGRAMA.pdf	31/01/2024 11:52:41	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOProjetoPlataformaBrasil.pdf	31/01/2024 11:48:55	Camila Santa Rosa Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPÁ, 15 de Março de 2024

Assinado por:

**Francisco Fábio Oliveira de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02, Marco Zero
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPÁ
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br