

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

Leticia Ferreira de Carvalho

Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades
da Atenção Primária à Saúde

Juiz de Fora

2022

Leticia Ferreira de Carvalho

**Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades
da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2022

Carvalho, Leticia Ferreira de .
Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência :
desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde / Leticia
Ferreira de Carvalho. -- 2022.
108 p. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite
Coorientadora: Beatriz Francisco Farah
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, 2022.

1. Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência
Odontológica . 4. Pessoas com Deficiência. 5. Saúde Bucal. I. Leite,
Isabel Cristina Gonçalves , orient. II. Farah, Beatriz Francisco ,
coorient. III. Título.

Leticia Ferreira de Carvalho

Rede de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência: desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 31 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Beatriz Francisco Farah - Coorientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Alessandra Valle Salino

Universidade do Estado do Amazonas

Juiz de Fora, 10/10/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 31/10/2022, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 31/10/2022, às 16:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Francisco Farah, Professor(a)**, em 31/10/2022, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Valle Salino, Usuário Externo**, em 03/11/2022, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0990072** e o código CRC **A55AE003**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os profissionais de saúde bucal que disponibilizaram seu tempo para participar desta pesquisa, compartilhando suas percepções e contribuindo para a melhoria da Rede de Atenção à Saúde Bucal de nossa região.

A Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora pela anuência, apoio e confiança na realização deste trabalho.

Aos colegas da Coordenação de Atenção à Saúde que gentilmente me proporcionaram momentos de tranquilidade no cotidiano do trabalho, me motivando a prosseguir.

A minha orientadora professora Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite, pela dedicação, presteza e excelência durante todo o processo de orientação e pelo estímulo, motivação e serenidade nos momentos necessários. Agradeço pela oportunidade de aprendizado, compartilhamento de conhecimento e ensinamentos recebidos.

A minha coorientadora Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah pela disponibilidade, confiança e pelo aprendizado, contribuindo sobremaneira para o êxito deste trabalho.

Aos membros titulares e suplentes da banca examinadora, em especial a Profa. Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva e Profa. Dra. Alessandra Valle Salino, pela gentileza em aceitar participar deste momento e pela experiência e conhecimento compartilhados.

Aos professores e professoras que ministram as disciplinas desta turma, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, por todos os ensinamentos e contribuições ao longo do curso.

A minha família, pelo incentivo e apoio durante o período de realização deste trabalho, me proporcionando a tranquilidade necessária para concluir este ciclo importante para minha formação profissional.

A minha amiga e ajudante Aparecida, por me auxiliar, cuidando da casa e de minha família, proporcionando a retaguarda necessária para que eu me dedicasse a conclusão deste trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram nesta etapa importante de minha vida, meu muito obrigada!

RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde são formadas por serviços de saúde de diferentes níveis e os mecanismos de interação entre eles, com a finalidade de prestar uma assistência integral à população e garantir a integralidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde tem como uma de suas principais atribuições a organização da trajetória dos pacientes dentro da rede, atuando como centro de comunicação entre os diferentes pontos. O objetivo deste trabalho é analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel coordenador nessa rede. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, cuja coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais e entrevistas com cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde; gerentes e cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); gestor, gerente e cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontologia Hospitalar, que atuam nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. A técnica escolhida para a análise dos dados foi a análise do conteúdo utilizando o método de Laurence Bardin, com auxílio do *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. No resultado emergiram duas categorias de análise: a Rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e os Desafios e Potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD. Neste estudo foi identificado que o fluxo assistencial de referência na RASB-PcD, apesar de estar instituído, ainda apresenta inconsistências, já o fluxo de contrarreferência demonstra fragilidades. Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar precisam ser mais bem discutidos e os exames pré-operatórios realizados em tempo oportuno. A oferta de vagas nos serviços especializados e hospitalar foi identificada como um desafio. Melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais, através de estratégias sólidas de Apoio Matricial e de educação permanente, surgiu como uma potencialidade para que a APS possa coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar atenção integral às PcD.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

The health care networks are formed by health services at different levels and by the mechanisms of interaction between them, in order to provide and ensure comprehensive care to the population. One of the main attributions of primary health care is the organization of the trajectory of patients within the network, acting as a communication center between the different points. The present work aims to analyze the oral health care network for people with disabilities (RASB-PcD) and to identify the main challenges and potentialities so that primary health care (APS) can fulfill its coordinating role in this network. This is a qualitative, exploratory-descriptive research, whose data collection was carried out through focus groups and interviews with dental surgeons from primary health care; managers and dental surgeons of the dental specialty centers (CEO); managers and dental surgeon of the hospital dental care service, who work in the four health micro-regions under the jurisdiction of the regional health superintendence of Juiz de Fora. The technique chosen for data analysis was content analysis using Laurence Bardin's method, with the aid of the IRAMUTEQ software (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Among the results, two categories of analysis emerged: the health care network for people with disabilities (RASB-PcD) and the challenges and potentialities so that APS can fulfill its coordinating role in the RASB-PcD. In this study, it was identified that the referral flow in the RASB-PcD still has inconsistencies, despite being established, whereas the counter-referral flow shows weaknesses. Criteria and protocols for access to hospital services need to be better discussed and preoperative tests need to be performed in a timely manner. The offer of vacancies in specialized services and hospital services was identified as a challenge. Improving communication and articulation between professionals, through solid strategies of matrixial support and permanent education, emerged as a potential so that APS can coordinate care and guarantee its longitudinality, providing comprehensive care to people with disabilities.

Keywords: Health Care. Oral Health. Primary Health Care. Dental Care for People with Disabilities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1	– A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.....	13
Figura 2	– A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	13
Figura 3	– Linha cronológica do Brasil Sorridente.....	24
Figura 4	– Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	25
Figura 5	– Rede de Atenção à saúde Bucal, Brasil Sorridente.....	26
Figura 6	– Legislação da Saúde das Pessoas com Deficiência.....	28
Figura 7	– Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	32
Figura 8	– Transversalidade das Ações da PNSB com o Plano “Viver sem Limites”.....	33
Figura 9	– Microrregiões de Saúde de Jurisdição da SRS Juiz de Fora – MG.....	39
Figura 10	– Noções de corpus, texto e segmento de texto.....	46
Quadro 1	Distribuição dos serviços de saúde bucal nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da SRS-JF.....	39
Quadro 2	Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da SRS-JF.....	39
Tabela 1	– Relação de municípios, número de habitantes, inserção nas microrregiões da SRS-JF e cobertura de saúde bucal na APS e na ESF.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AE	Atenção Especializada
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAPE	Centro Odontológico de Atenção à Pacientes com Necessidades Especiais
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PcD	Pessoas com Deficiência
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RASB-PcD	Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência
RCPD	Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
SRS-JF	Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UOM	Unidade Odontológica Móvel
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	12
2.2	ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
2.3	APOIO MATRICIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	17
2.4	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	20
2.4.1	Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência.....	27
3	JUSTIFICATIVA.....	36
4	OBJETIVOS.....	37
4.1	OBJETIVO GERAL.....	37
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
5.2	LOCAL.....	38
5.3	POPULAÇÃO.....	42
5.3.1	Critérios de inclusão	42
5.3.2	Critérios de exclusão	43
5.4	INSTRUMENTOS.....	43
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE A – Convite para participar da pesquisa.....	94
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	96
	APÊNDICE C – Formulário de aceite do convite para participar.....	99
	APÊNDICE D – Preâmbulo/Contextualização para grupos focais.....	101
	APÊNDICE E – Roteiro para grupos focais.....	102
	APÊNDICE F – Roteiro para entrevistas.....	104
	ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	106

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (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, 2011b). Para que as RAS funcionem adequadamente, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da Rede (BRASIL, 2015a). A APS deve atuar como o centro de comunicação das RAS, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer um desses pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada. As práticas de regulação realizadas na atenção primária devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais do nível primário e o acesso a outros pontos de atenção, nas condições e no tempo adequado e com equidade (BRASIL, 2017a).

As Equipes da Atenção Especializada e Hospitalar, por outro lado, têm a função de prestar Apoio Matricial para as equipes da APS. Tal apoio consiste em oferecer retaguarda assistencial, auxiliando na condução dos casos e dando suporte para a conduta dos profissionais, de modo que possa ser obtido o melhor resultado neste nível de atenção, evitando encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados. Para isso, é necessário oferecer aos profissionais suporte técnico-pedagógico, através de processos de educação permanente e apoio institucional (OLIVEIRA et al., 2017). O Apoio Matricial tem a finalidade de assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, personalizando a relação entre equipes de saúde, ampliando os cenários em que se realiza a atenção especializada, através da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que o oferecem. O Apoio Matricial pode ser desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos, até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos. As diretrizes de risco devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é composta, basicamente, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e o serviço de Assistência Odontológica Hospitalar (BRASIL, 2004a). A inserção das ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram de extrema importância para a reorganização das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS), pois contribuiu para a organização da demanda, a satisfação do usuário e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, potencializando a transformação das práticas, por meio do contato interprofissional e colaborativo e das reuniões de equipe e permitindo uma melhor organização dos processos de trabalho (OLIVEIRA et al., 2022). Além disso, estimulou o aprimoramento da vigilância em saúde, aumentou o acesso a esses serviços e melhorou a integralidade da atenção (MATTOS et al., 2014).

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da Portaria nº 793, republicada em 2017 no anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, que tem a finalidade de promover o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de saúde, por meio de um cuidado qualificado, humanizado e integral no SUS. A RCPD faz parte do conjunto de redes temáticas prioritárias, incluindo a saúde bucal, nos três níveis: Atenção Primária à Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas e centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às Pessoas com Deficiência. Assim, dentre os componentes estruturados pela RCPD está o atendimento odontológico, com incentivo financeiro mensal adicional para os CEOs que aderirem à rede e aquisição de equipamentos odontológicos para qualificar os centros cirúrgicos de hospitais gerais voltados para a atenção odontológica das PcD (BRASIL, 2017b).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, considera Pessoa com Deficiência (PcD) como:

aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015b, p. 1).

A atenção à saúde bucal das PcD requer um cuidado diferenciado, determinado pela própria deficiência, o qual deve ocorrer de forma qualificada, segura, humanizada, integral e em consonância com as evidências científicas. Assim, os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para realizar um tratamento adequado e de qualidade. As ESB da APS são o

primeiro contato das PcD com a Rede de Atenção à Saúde Bucal. Essas equipes devem acolher, realizar a anamnese, prestar assistência às queixas, orientar a realização de exames complementares, acompanhar o caso, realizar adequação do meio bucal, além de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde. Quando houver necessidade, devem encaminhar às unidades de atenção especializada. A APS deve ser resolutiva e orientar os fluxos das PcD dentro da RAS, articulando-se com os demais pontos de atenção, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017a; 2019).

Este trabalho surgiu da necessidade de compreender a organização, os fluxos assistenciais e as estratégias de Apoio Matricial para as equipes da APS, na Rede de Atenção à Saúde Bucal para PcD, visando contribuir para que a APS cumpra seu papel coordenador. A partir do entendimento dessa problemática e da reflexão sobre o assunto, poderão ser apresentadas, como desdobramentos deste estudo, alternativas para o gerenciamento regional dos serviços de saúde bucal que auxiliem a APS no cumprimento da função de coordenadora desta rede e amplie o acesso e a integralidade da atenção a estes pacientes. Além disso, o estudo pretende colaborar para a organização de outras redes de saúde bucal do SUS no estado de Minas Gerais (MG).

Assim, o objetivo geral deste estudo foi analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e compreender os principais desafios e potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador. Os objetivos específicos foram identificar como ocorrem os processos de referência e contrarreferência, a organização dos fluxos assistenciais e a existência de estratégias de Apoio Matricial nesta rede, a partir da visão de seus profissionais de saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura abordará o conceito de Redes de Atenção à Saúde, seus elementos constituintes e estrutura operacional; o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora da rede; a importância do Apoio Matricial para a organização do processo; a Rede de Atenção à Saúde Bucal e a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência.

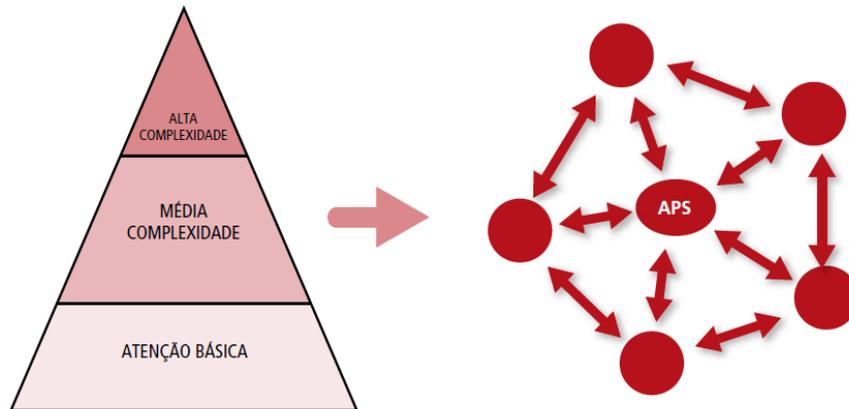
2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação em 1988, vem se reconfigurando na tentativa de organizar os serviços em diferentes níveis de complexidade, definir as portas de entrada do sistema, os fluxos de referência e a contrarreferência, a fim de regular o acesso e organizar os serviços de maneira integrada (SANTOS; ANDRADE, 2008).

No entanto, a fragmentação do cuidado é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde, pois impacta no acesso, na qualidade, na eficiência no uso de recursos públicos e na satisfação dos usuários (OPAS, 2010). A atual situação de saúde da população brasileira, caracterizada pela “Tripla Carga de Doenças”, com predomínio de doenças crônicas, exige mudanças profundas no sentido de superar tal fragmentação, através da implantação das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Esse arranjo favorece a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo, lugar, custo e qualidade certos, de forma humanizada, com responsabilidades sanitária e econômica (MENDES, 2009).

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

As RAS são constituídas por três elementos: uma **população** específica sob sua responsabilidade cadastrada e estratificada conforme riscos socio sanitários e organizada socialmente em famílias vinculadas a um serviço de APS; uma **estrutura operacional**, que tem a APS como centro de comunicação entre os demais pontos da rede e é composta também pela atenção especializada e hospitalar, além dos sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, farmacêutico, de informação e os sistemas logísticos e de governança; por fim, um **modelo de atenção à saúde**, que organiza o funcionamento das RAS, definindo as intervenções sanitárias mais adequadas de acordo com os riscos identificados naquela população, bem como a situação demográfica, epidemiológica e social (MENDES, 2010).

Figura 2 – A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

As RAS têm o potencial de melhorar os resultados sanitários, a qualidade clínica da assistência, a satisfação dos usuários e ainda reduzir os custos da atenção à saúde (MENDES, 2010). Em 2010, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu as RAS no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 4.279, aumentando a discussão em torno desse tema (BRASIL, 2011b). No ambiente acadêmico, a produção do conhecimento sobre o assunto tem abordado com maior frequência os modelos de atenção à saúde, a APS como ordenadora e coordenadora da rede, a formação acadêmica e profissional, bem como a educação permanente para a atuação nas RAS. Já os demais componentes do sistema operacional, como os sistemas logístico, de apoio e de governança, assim como a integração entre os diferentes pontos de atenção e a continuidade do cuidado ao longo da rede, são lacunas que precisam ser melhor exploradas em futuros estudos sobre a temática (ARRUDA, 2015; PEITER *et al.*, 2019).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como marco histórico mundial a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão, na antiga União Soviética, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Na oportunidade, a APS foi colocada como atenção à saúde essencial, mediante tecnologias apropriadas e custo-efetivas, sendo o primeiro componente do processo de assistência à saúde, considerando os princípios de solidariedade e equidade, garantindo acesso às pessoas e famílias da comunidade, com foco na proteção e promoção da saúde (ALMA-ATA, 1978).

Na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS no Brasil, a APS, então denominada Atenção Básica, foi definida como porta de entrada e primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes, e os define como:

um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b, p. 1).

Atualmente, a APS é considerada como modelo assistencial de sistemas de saúde centrado no usuário, sendo o primeiro nível da atenção ambulatorial, devendo responder às condições sanitárias mais comuns de uma população, bem como resolver a maioria dos problemas de saúde da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Porém, o que ocorre no Brasil são diferentes modelos de estruturação da APS, muitas vezes mistos, indo desde modelos tradicionais com ênfase em consultas médicas e de enfermagem generalistas, passando por cuidados primários focados na tríade de médicos especialistas (clínico, gineco-obstetra e pediatria) até a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na ESF o cuidado primário é realizado por equipe multiprofissional, com trabalho interdisciplinar, envolvendo consultas individuais e atividades coletivas. Porém, apesar de ser considerada a estratégia prioritária para a organização da APS no Brasil, a ESF ainda não é hegemônica (BRASIL, 2015a).

O foco da APS deve ser a comunidade e as famílias, reconhecendo as diferentes necessidades de saúde da população, tendo como atributos essenciais o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Em 2008, o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), “*Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*”, em comemoração aos 30 anos da Declaração de Alma-Ata, enfatizou a APS como coordenadora em todos os níveis de atenção, objetivando uma resposta integral e uma cobertura universal com participação social, reconhecendo a necessidade de maiores investimentos e priorização deste nível de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A coordenação é definida como a organização do cuidado individual, a fim de dar continuidade às ações de saúde nos diversos pontos da rede, garantindo ao usuário que sua necessidade seja atendida de forma integral e em tempo oportuno (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017). Tal coordenação entre os níveis de atenção se dá na organização dos fluxos assistenciais; na análise sistemática pelos profissionais da APS dos encaminhamentos para os serviços especializados, de urgência/emergência e hospitalares; na elaboração de instrumentos de coordenação clínica, como protocolos de acesso à atenção especializada (AE); no monitoramento e gestão das filas de espera; na garantia do acesso aos serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e consultas especializadas; na utilização de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços e na estruturação dos sistemas de regulação e marcação de consultas e exames. Políticas públicas que fortaleçam esse atributo da APS são essenciais, pois a coordenação do cuidado consiste na articulação entre diferentes serviços e ações de saúde, voltados a uma determinada intervenção, de modo que, independentemente do

local em que sejam prestados, estejam em sintonia e voltados ao mesmo objetivo (ALMEIDA et al., 2010).

Os Sistemas de Saúde fundamentados em uma forte orientação da atenção primária são mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades de saúde da população, sendo mais efetivos no enfrentamento das doenças crônicas, eficientes, equitativos e de melhor qualidade (STARFIELD; SHI, 2002). Para isso, a APS deve cumprir suas funções dentro da RAS, dentre elas a de coordenação, que consiste em orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os pontos da rede, destacando a potência da ação regulatória deste nível de atenção. Assim, a deficiência de instrumentos regulatórios e de protocolos de referência e contrarreferência podem comprometer a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado (FERREIRA et al., 2016).

Dentre os principais desafios para a coordenação do cuidado pela APS estão: o modelo biomédico; a medicalização; o consumo de consultas e procedimentos; a ausência de informatização; a inexistência de prontuário eletrônico; a fragmentação da rede; a falta de padronização dos processos de trabalho; a comunicação entre os profissionais, o sistema de referência e contrarreferência e o acesso aos serviços especializados, destacando também a relevância da contrarreferência para a continuidade do cuidado e resolubilidade dos serviços de saúde, além da necessidade de ampliar a discussão em torno da coordenação do cuidado, por meio da formação profissional e educação permanente (SILVA et al., 2017; ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018; COSTA; GUERRA; LEITE, 2022).

A Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde tem a função de controlar o acesso aos outros níveis de atenção da rede, de acordo com os recursos assistenciais disponíveis e as necessidades da população, a fim de garantir a equidade e a integralidade da atenção. A regulação do acesso ou regulação assistencial não deve ser apenas um ato normativo burocrático, baseado em protocolos clínicos, mas um mecanismo dinâmico, com foco no usuário e em suas necessidades. Assim, é importante a construção coletiva desse procedimento, com transparência, flexibilidade, inovação e tecnologia, com o objetivo de agregar valor aos processos regulatórios em saúde, em busca de melhor qualidade e integração com as demais políticas públicas de saúde (BATISTA, 2019).

Nesse sentido, o Apoio Matricial é uma boa estratégia para transcender a lógica dos encaminhamentos que fragmentam o cuidado, quebrar a burocratização da modalidade de referência e contrarreferência e aumentar o vínculo durante o atendimento interdisciplinar, criando oportunidades de comunicação, de troca de saberes e de organização dos fluxos dentro da Rede de Atenção à Saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).

2.3 APOIO MATRICIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Apoio Matricial ou Matriciamento é um método de trabalho interprofissional, que começou a ser utilizado no Brasil no início dos anos 90, do século XX, no SUS de Campinas, São Paulo, como estratégia para integrar as equipes da APS com os núcleos de saúde mental. Posteriormente, esse instrumento foi experimentado em outras áreas: de Reabilitação Física, Traumatologia, Dermatologia, Hospitais, Centros de Referência para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), dentre outros. Ao longo da década de 90, outros municípios experimentaram esta estratégia, como: Belo Horizonte (MG), Quixadá (CE), Sobral (CE), Recife (PE), Aracaju (SE) e Rio de Janeiro (RJ). A partir de 2003, esse processo tem sido incorporado a algumas Políticas do Ministério da Saúde como Saúde Mental, Humaniza SUS e Atenção Primária à Saúde. Em 2008, com a criação do então Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), houve maior estímulo por parte do Ministério da Saúde para a utilização desta metodologia na APS (CAMPOS, 1999; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2003, DOMITTI, 2006; BRASIL, 2009a; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

O Ministério da Saúde conceitua Apoio Matricial ou Matriciamento como “um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica” (BRASIL, 2011).

O Apoio Matricial é um arranjo para organização do trabalho interprofissional, por meio do qual ocorre a troca de conhecimentos e o atendimento compartilhado, com a finalidade de apoio entre os profissionais, particularmente, entre as equipes de APS e as equipes do serviço especializado, objetivando ampliar e qualificar o cuidado em saúde. Essa ferramenta tem sido utilizada internacionalmente pelo Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, no cuidado a doenças crônicas, principalmente diabetes e doenças mentais, possuindo diferentes nomenclaturas, como cuidado compartilhado (*shared care*) e cuidado colaborativo (*collaborative care*) (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Essa metodologia atribui maior resolutividade à APS – que, isoladamente, não supera as particularidades das doenças crônicas e comorbidades –, integrando-a com a atenção especializada, por meio de uma relação horizontal entre o generalista e o especialista, através do compartilhamento do atendimento, da atuação conjunta na continuidade do cuidado, além de consultas breves e intervenções pontuais. O papel do especialista seria o de um consultor, sem excluir a necessidade de consulta periódica dos pacientes, quando indicado. O atendimento

e o cuidado compartilhado geram maior satisfação do usuário e reduzem o número de exames e procedimentos realizados (STARFIELD, 2003).

O Apoio Matricial em Saúde tem como objetivo assegurar retaguarda especializada para os profissionais generalistas, sendo uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos preconizados nos sistemas de saúde hierarquizados, como referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Além da retaguarda assistencial, essa metodologia de trabalho oferece também suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, por meio da construção conjunta de diretrizes clínicas e sanitárias, as quais devem estabelecer critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade, tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para que o Apoio Matricial seja desenvolvido são necessários alguns elementos, como: aproximação entre os serviços de saúde e construção de objetivos em comum; territorialização, de modo que cada grupo de especialistas seja referência para uma determinada área; elaboração de uma proposta em consonância com as necessidades da população; definição conjunta de um modelo clínico e de monitoramento dos pacientes; fortalecimento das instâncias de gestão; contato pessoal nas relações interprofissionais e não somente fluxo burocrático das informações; diretrizes de apoio adequadas ao contexto; critérios de risco que definam o compartilhamento do cuidado; definição clara das responsabilidades e educação permanente dos profissionais, com criação de espaços coletivos para refletir as práticas em saúde. Além disso, o usuário e sua família devem ser inseridos no processo, para que participem ativamente da elaboração de seu projeto terapêutico. É importante salientar que a inserção do usuário em um sistema de Apoio Matricial muda a lógica dos encaminhamentos pois, nesse caso, a definição e a execução do projeto terapêutico são realizadas em conjunto, porém o paciente continua sob a responsabilidade da equipe de referência no nível primário (CAMPOS, 1999; KELLY et al., 2011; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Alguns critérios importantes devem ser considerados para a implementação do Apoio Matricial, como a definição clara das funções dos profissionais generalistas e especialistas. Também é essencial o investimento na formação e qualificação das equipes que prestam assistência à saúde, com foco na corresponsabilização e compartilhamento do cuidado e contato frequente entre os profissionais, para discutir casos e avaliar conjuntamente os processos de trabalho, por meio da constituição de ambientes institucionais que facilitem esta interação (TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019).

O contato entre a equipe de referência da APS e os apoiadores matriciais pode ocorrer tanto por meio de encontros periódicos programados para a discussão de casos, planejamento e execução das ações conjuntas; quanto de maneira emergencial, em situações imprevistas, devendo ser evitadas a burocratização dos fluxos ou a criação de barreiras de acesso. Os profissionais devem realizar, de modo conjunto, a regulação do acesso da população aos serviços ofertados; o gerenciamento das listas de espera; a definição das funções de cada profissional; a construção de diretrizes para o acionamento do apoio, baseada em critérios de risco, vulnerabilidade e prioridade; a discussão de casos mais complexos; os atendimentos compartilhados; a construção de projeto terapêutico e as intervenções coletivas. O Matriciamento também deve incluir processos de educação permanente, direcionados para as necessidades identificadas, a fim de aumentar a autonomia e a confiança das equipes da APS e qualificar os encaminhamentos. Também podem ser oferecidas interconsultas breves, presenciais, remotas ou utilizando prontuário compartilhado (MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005; BYING et al., 2008; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c; SARAIVA; ZEPEDA, 2012).

A diversidade de formas na organização dos territórios exige uma composição dinâmica no processo de Apoio Matricial, permitindo diferentes possibilidades, conforme as especificidades locais. Além disso, essa metodologia é uma boa oportunidade para a mudança de paradigma, fortemente marcado pela especialidade e pela fragmentação dos processos de trabalho, possibilitando uma visão compartilhada das situações de saúde e a identificação de recursos dentro da própria comunidade. Assim, o Apoio Matricial pretende mudar o foco da assistência, revendo os processos de produção da saúde de forma interdisciplinar, considerando a realidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Portanto, traz uma visão ampliada do processo saúde e doença, com determinação múltipla e a necessidade do envolvimento de outros setores para além da saúde, demonstrando a importância das articulações intersetoriais para a resolutividade dos problemas de saúde da população (SOUSA; TÓFOLI, 2012).

O Apoio Matricial potencializa a comunicação e o diálogo entre os envolvidos, amplia a cogestão do cuidado em saúde, facilita o reconhecimento das necessidades de mudança nas intervenções individuais e coletivas e estimula as ações de planejamento (MEDEIROS et al., 2020). Assim, o uso dessa estratégia permite identificar as principais necessidades da população, auxiliando o planejamento das atividades, as articulações intersetoriais e a discussão de temas de interesse coletivo, a partir da experiência prática. **Matriciar** pressupõe democratizar o conhecimento, discutir, refletir e pactuar as responsabilidades para a continuidade das ações. O processo fortalece as ações interdisciplinares, a construção de novas

lógicas de trabalho, a transformação das práticas e a organização do trabalho, produzindo uma relação de cooperação e confiança (BARROS et al., 2015).

A incorporação de mudanças na prática clínica exige a adequação dos processos de trabalho, a ampliação dos conhecimentos e habilidades e o gerenciamento da agenda interna e externa da equipe de saúde. Assim, o grau de organização dos serviços de saúde, incluindo formação e estabilidade dos profissionais, são fatores essenciais para o êxito das ações de Apoio Matricial. Além disso, envolve também melhoria na capacidade clínica, educativa e de escuta dos profissionais (SARAIVA; ZEPEDA, 2012).

Os gestores de saúde possuem um papel importante na implantação, no desenvolvimento, na coordenação e na manutenção do Apoio Matricial, tendo as funções de sensibilizar os profissionais; mediar conflitos; ofertar soluções gerenciais; promover processos formativos; colaborar para a integração dos serviços; contribuir para a construção de normativas; monitorar as atividades e realizar as reformas necessárias no âmbito clínico, financeiro e estrutural (MAUER, 2003; SARAIVA; CREMONESE, 2008; PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB)

A Atenção à Saúde Bucal no mundo tem forte influência do modelo liberal, com predominância de serviços privados, mesmo em países com tradição em sistemas públicos de saúde com Itália, Canadá e Reino Unido. A implantação de ações e serviços de saúde bucal públicos tem baixa prioridade na política global, com baixa adesão dos profissionais da área (BENZIAN et al., 2011; COHEN; HOREV, 2017).

A formação universitária nas faculdades de odontologia possui uma visão limitada, pouco crítica, de caráter curativista e especialista, direcionado para a fragmentação da assistência, com pequeno foco nos determinantes sociais da saúde. Apesar das Novas Diretrizes Curriculares preconizarem a formação para a promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS e noções de gestão, a educação superior no Brasil ainda se dá de modo hospitalocêntrico, pouco voltada para a prática interprofissional e para o trabalho colaborativo. Assim, os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico, tornando-se um desafio para o cirurgião-dentista desenvolver ações gerenciais e multidisciplinares, sendo necessária uma sólida política de educação permanente, com esforços contínuos no âmbito da gestão do trabalho e da formação, capaz de suprir as possíveis fragilidades durante a formação profissional, construindo

habilidades e competências para a compreensão e atuação no SUS (MORAES et al, 2015; BRASIL, 2018; HOLANDA et al., 2019).

A primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ocorrida em 1986 evidenciou, pela primeira vez, a situação de saúde bucal da população brasileira, correlacionando saúde bucal com os determinantes sociais da saúde (DSS) e planejou a inclusão da odontologia no SUS. A segunda CNSB, em 1993, classificou o modelo odontológico como individualista e sem atividade na realidade do Brasil, reforçando a necessidade de reconhecer a saúde bucal como direito de cidadania. Porém, em 2003, o país ainda tinha resultados insatisfatórios em saúde bucal, conforme levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil), realizado pelo Ministério da Saúde. Os programas eram de difícil acesso, direcionados para crianças e gestantes, e os tratamentos oferecidos eram limitados a ações curativas e mutiladoras. Somente em 2004, a partir da terceira CNSB, foi instituída a Política Nacional Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, que gerou mudanças significativas na organização dos serviços odontológicos no SUS, avanços epidemiológicos e impactos significantes na saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004b; FERNANDES; NARVAI, 2011; TAVARES, 2020).

O Brasil Sorridente abrange diversas ações para a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, como reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal através das Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas a Estratégia Saúde da Família, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e assistência odontológica hospitalar, compondo assim a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS. Inclui também ações de promoção e proteção da saúde, individuais e coletivas, nas unidades de saúde, domicílios e escolas, como políticas de alimentação saudável para redução do consumo de açúcar, abordagens para fomentar o autocuidado e higiene bucal, tratamento do tabagismo e redução de acidentes (BRASIL, 2004c; AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

A criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) em 2000 e a inserção destas no Programa Saúde da Família (PSF), através da Portaria nº 1.444, em 2001, foi um avanço significativo para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS (BRASIL, 2000). O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994, visando à reorientação da atenção básica no país, e somente alguns anos depois as Equipes de Saúde Bucal foram incorporadas ao programa (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013).

A Portaria nº 267, de março de 2001, regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na APS, elencando os procedimentos desse nível de

atenção e os tipos de equipes. As ESB da ESF foram definidas em duas modalidades, sendo a modalidade I composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e a modalidade II de um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2001a).

A inserção das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família e a Política Nacional de Saúde Bucal foram de extrema importância para a reorganização das práticas odontológicas no SUS, pois estimulou o aprimoramento da vigilância em saúde, aumentou o acesso a tais serviços e melhorou a integralidade da atenção. O estabelecimento de incentivo financeiro de custeio mensal para as ESB da ESF foi primordial para a expansão destas equipes, porém os vínculos empregatícios precários e a falta de capacitação/formação dos profissionais de saúde bucal são fatores que dificultam a progressão deste modelo de atenção. Outros fatores ainda precisam ser aprimorados como a garantia de acesso à atenção secundária e terciária; a territorialização; a organização da demanda e a interação com os demais profissionais das ESF (SOUZA, 2007; MATTOS et al., 2014).

As Unidades Odontológicas Móveis (UOM), instituídas em 2009, pela Portaria nº 2.371, são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal pelas ESB da ESF em áreas com dificuldade de acesso, dispersão populacional e populações específicas (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2017a).

Os resultados da segunda edição do SB Brasil, em 2010, indicaram que houve redução do índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, porém, esta queda foi mais significativa nas regiões sul e sudeste, evidenciando maior fragilidade nas demais regiões do país. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos houve redução de 30% do CPO, quando comparado aos resultados do SB Brasil de 2003, além da redução da necessidade de prótese nesta faixa etária. Também ocorreu redução de 19% do CPO entre os adultos de 35 a 44 anos, com importante redução no componente de dentes perdidos e aumento do número de dentes restaurados, revelando um maior acesso desta faixa etária ao tratamento odontológico, quando comparado os períodos analisados anteriormente. Já entre os idosos de 65 a 74 anos, o levantamento evidenciou que mais de 3 milhões necessitavam de prótese total e outros 4 milhões de prótese em uma das arcadas. Nas crianças de 5 anos de idade houve redução de 17% no índice CPO (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

A Saúde Bucal avançou com o SUS, principalmente no que tange a ampliação da Cobertura de Atenção Básica, o que pode ser observado no levantamento epidemiológico nacional realizado em 2010, que mostrou avanços no perfil epidemiológico das doenças bucais,

porém os resultados pressupõem ações eminentemente clínicas e restauradoras, com ações preventivas e direcionadas a escolares, sendo insuficientes perante as necessidades da população (SCHERER; SCHERER, 2015).

A atenção especializada em saúde bucal é prestada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) estabelecidos em 2004, pela Portaria nº 1.570, juntamente com os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Os CEOs são serviços especializados de Odontologia, classificados em três tipologias, conforme capacidade instalada para atender a população referenciada: tipo I é a capacidade instalada para atender uma população referenciada de até 90 mil habitantes; tipo II é a capacidade instalada para atender população referenciada entre 90 mil e 130 mil habitantes e tipo III é a capacidade instalada para atender população referenciada acima de 130 mil habitantes. Os CEOs devem realizar, no mínimo, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Os LRPD são serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) que devem realizar na APS ou nos CEOs, no mínimo, prótese dentária total e prótese parcial removível (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012c).

Os serviços de saúde bucal em ambiente hospitalar foram inseridos no SUS a partir de 2005, através da Portaria nº 741, que incluiu a odontologia como serviço de apoio multidisciplinar, caracterizada como atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, dentro da Rede de Atenção Oncológica, composta pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Ainda em 2005, por meio da Portaria nº 743, a categoria cirurgião-dentista foi autorizada a emitir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, assim, internar pacientes nos hospitais do SUS. Porém, em 2014, houve revogação desta portaria, pela Portaria MS/SAS nº 1.011, que citou como profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de autorização para internação hospitalar os cirurgiões-dentistas, nos casos de autorizações de procedimentos bucomaxilofaciais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014; SALINO, 2019).

Em 2010, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, procedimento voltado aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Esse foi um importante avanço para este serviço de saúde bucal (BRASIL, 2010).

Em 2018, como o objetivo de rever as regulamentações e criar linhas de cuidado, protocolos e diretrizes para a assistência odontológica hospitalar, bem como a inclusão,

exclusão e alteração de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho formado por representantes de diversos setores do Ministério e também do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Federal de Odontologia (CFO) (BRASIL, 2018). Porém, até o momento não foram encontrados registros das ações realizadas por este grupo.

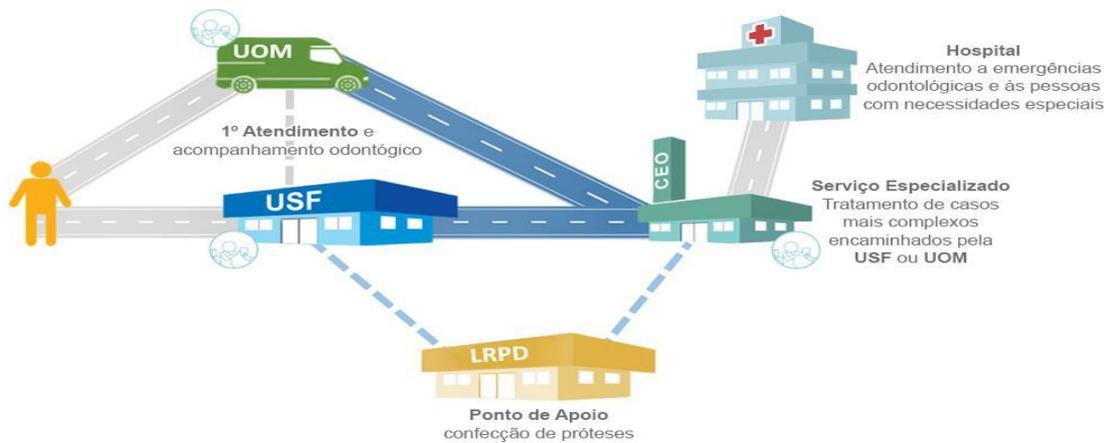
Figura 3 – Linha cronológica do Brasil Sorridente



Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>

A organização dos serviços de saúde bucal como uma Rede de Atenção à Saúde foi favorecida pela Política Nacional de Saúde Bucal, que fomentou os princípios do cuidado, equidade e integralidade. O Brasil Sorridente ampliou o acesso da população à atenção em saúde bucal, através da vigilância em saúde bucal, do sistema de fluoretação de água, da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e da estruturação de Unidades de Assistência a Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (PINTO, 2016).

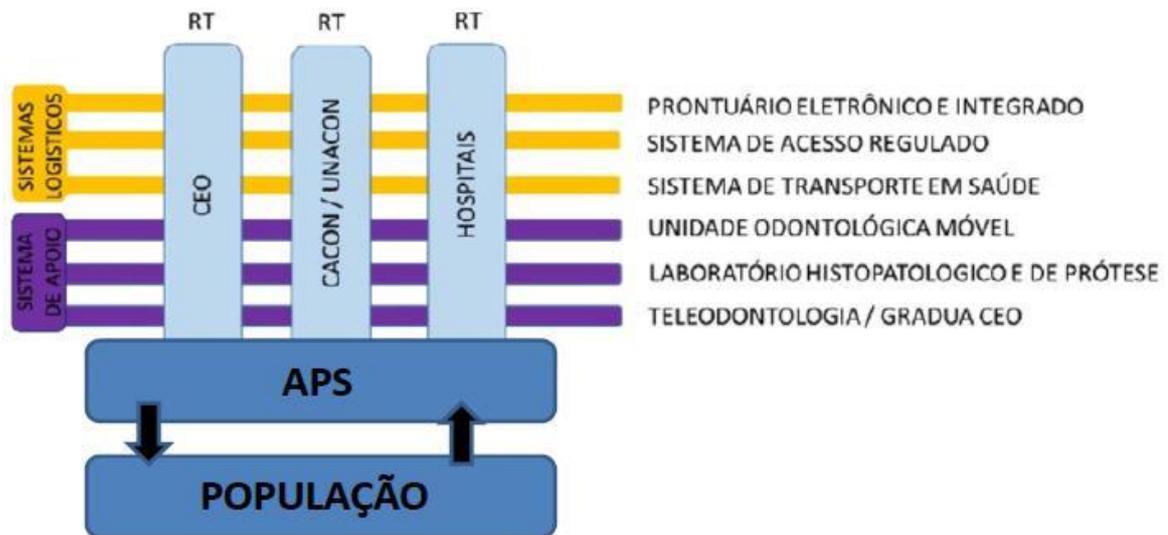
Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde Bucal



Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/brasilsorridente>

A organização da saúde bucal em rede surge como uma solução de gestão abrangente, que favorece a organização dos processos de trabalho e a capacidade de respostas às demandas individuais e coletivas, além de possibilitar a integração e articulação entre os serviços, a fim de oferecer uma atenção contínua e integral. A construção dessa rede temática se configura como um ciclo de atendimento completo. Diferentemente dos programas de saúde bucal anteriores, que eram verticais, a estrutura em rede propõe uma relação horizontal entre os pontos de atenção, com densidades tecnológicas distintas, porém com a mesma importância. Configura-se como uma boa alternativa para superar modelos de atenção anteriores, pouco resolutivos, e compensar a deficiência histórica da saúde bucal no sistema público brasileiro. Porém, o desenvolvimento dessa rede depende do reconhecimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral e de sua influência na qualidade de vida das pessoas. Além disso, é importante aumentar a integração dos trabalhadores de saúde bucal com o sistema de saúde, de modo que desenvolvam habilidades para trabalhar em equipe e interdisciplinarmente, valorizando a odontologia enquanto profissão que entende os processos de saúde e doença da população (BRASIL, 2006; MENDES, 2011; PIMENTEL et al., 2012; MOYSÉS, 2013; MELLO et al., 2014; GODOI; ANDRADE; MELLO, 2017; CHAVES, 2018; BASSO, 2019).

Figura 5 – Rede de Atenção à saúde Bucal, Brasil Sorridente



Fonte: Carrer (2019).

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Assim, deve ordenar e coordenar essa rede, ofertando ações individuais e coletivas, trabalho multiprofissional, acesso aos demais pontos de atenção e abordagem integral, considerando a necessidade de saúde da população e responsabilizando-se por ela. Os Centros de Especialidades Odontológicas são elementos-chave nessa rede, oferecendo acesso a procedimentos de maior complexidade, os quais não são ofertados pela APS, assumindo uma posição de referência especializada para as Unidades de Atenção Primária à Saúde. Além disso, a rede possui o sistema de apoio e diagnóstico para análise de exames histopatológicos e emissão de laudos anatomopatológicos. As Unidades de Atenção Primária à Saúde devem coordenar o fluxo de encaminhamentos dos pacientes para os CEOs, de acordo com critérios protocolizados. Após a conclusão do tratamento no serviço especializado, eles devem reencaminhar os pacientes para que a APS promova a continuidade do cuidado. Portanto, a rede está estruturada com diferentes pontos de atenção, contemplando medidas de promoção, prevenção e tratamento, com atuação multidisciplinar (LAVRAS, 2011; MELLO et al., 2014; AUSTREGÉSILO, 2015; SILVA et al., 2016).

2.4.1 Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD)

O conceito de Pessoas com Deficiência (PcD) sofreu diversas alterações ao longo do tempo e conforme local onde foi definido. A atualização deste conceito é de grande importância por considerar o contexto histórico e a dimensão social do mesmo (MAIA, 2013).

O Relatório Mundial sobre Deficiência da Organização Mundial da Saúde considera a deficiência como parte da condição humana e que, em algum instante de sua vida, a maioria das pessoas terá alguma deficiência, seja temporária ou permanente, mediante alguns fatores como o aumento da população idosa e a melhoria dos recursos hospitalares e de medicações, por exemplo. Estima-se que em torno de 15% da população mundial possua algum tipo de deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) de 2010, mostraram que 45,6 milhões de pessoas declaravam ter alguma deficiência auditiva, física, visual e/ou intelectual (IBGE, 2012).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, considera Pessoa com Deficiência (PcD):

aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, p. 1).

Esse estatuto conta com um capítulo que trata especificamente do direito à saúde, garantindo acesso universal, igualitário e integral das PcD em todos os níveis de atenção do SUS.

A Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, com o propósito de reabilitar a PcD, contribuir para sua inclusão na sociedade, proteger sua saúde e prevenir agravos, baseada na promoção da saúde, na intersetorialidade e na participação social. A promoção da qualidade de vida das PcD, a assistência à saúde, a organização dos serviços e a capacitação de recursos humanos estão entre suas diretrizes (BRASIL, 2002a).

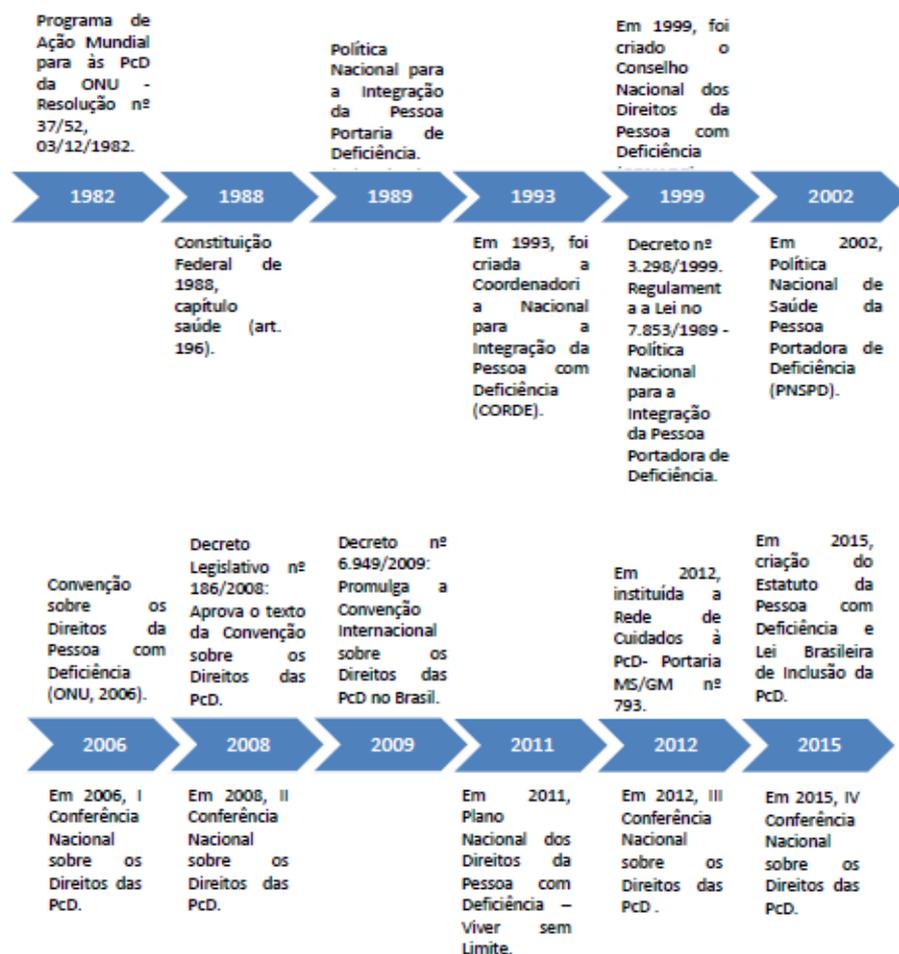
A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006) abordou os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das PcD, reiterou o direito destas pessoas ao acesso a bens e serviços de saúde, sem nenhuma discriminação e é considerada um marco referencial na

temática. No Brasil, essa convenção foi ratificada por meio do Decreto Legislativo n. 186, de 2008, e promulgada, em 2009, pelo Decreto n. 6.949.

A saúde das PcD também foi abordada no Decreto n. 3.298 de 1999, que lançou a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, que trouxe uma série de recomendações de saúde a serem consideradas, bem como na II e na III Conferência Nacional sobre os Direitos das PcD, em 2008 e 2012, respectivamente, em que a saúde foi um dos eixos temáticos.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, **Viver sem Limite**, de 2011, reforçou os compromissos com os direitos das PcD, tendo como um de seus eixos de atuação a atenção à saúde. O Viver sem Limite preconizou um conjunto de ações na atenção odontológica às Pessoas com Deficiência, como capacitação de 6 mil equipes de atenção básica, qualificação de 420 CEOs e criação de 27 centros cirúrgicos (VIVER SEM LIMITE, 2013).

Figura 6 – Legislação Pessoas com Deficiência



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A deficiência atinge os indivíduos de maneiras diferentes, a depender da vulnerabilidade social. Mulheres, idosos e pessoas em condições de pobreza, por exemplo, apresentam maior incidência de deficiência e possuem maior dificuldade para acessar o sistema de saúde, o que também favorece o surgimento de deficiências. Além disso, em momentos de maior instabilidade econômica, as PcD podem ser ainda mais afetadas, principalmente pelo estabelecimento de barreiras de acesso aos serviços de saúde associadas a indicadores socioeconômicos, como transporte, custo e longas listas de espera, tornando essa população ainda mais vulnerável aos riscos à saúde (PETERS et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; REICHARD et al., 2017; ROTAROU; SAKELLARIOU; 2019).

Na odontologia, a Resolução n.º. 25 de 2002, do Conselho Federal de Odontologia, regulamentou a especialidade “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, gerando um conflito entre os conceitos de Pacientes com Necessidades Especiais e de Pessoas com Deficiência. A especialidade considera Paciente com Necessidades Especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (CFO, 2002). Assim, ainda que não haja um consenso na odontologia sobre a nomenclatura mais adequada para definir estes usuários, seja Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) ou Pessoas com Deficiência (PcD), neste trabalho optou-se por esta última, por ser a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) nas políticas relacionadas ao tema.

As PcD tendem a apresentar uma incidência maior de patologias na cavidade bucal, como cárie e doença periodontal, pois estão mais vulneráveis ao aparecimento destas doenças, muitas vezes devido à higiene bucal insatisfatória decorrente de deficiência intelectual, do comprometimento mental ou comportamental, das limitações físicas e de coordenação motora, da dieta alimentar rica em carboidratos e da falta de recursos para o tratamento. Assim, é importante uma orientação sobre a higienização correta da cavidade bucal, não somente para estes pacientes, mas sobretudo para seus cuidadores, que devido às circunstâncias, tendem a negligenciar este procedimento (GLASSMAN; MILLER, 2003; RESENDE et al., 2007; QUEIROZ, 2014; CALDAS; MACHIAVELLI, 2013; JORGE et al., 2017; CARDOSO et al., 2017).

A Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, definiu que:

saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando esta diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia,

trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986, p. 3).

Assim, gozar de uma boa saúde bucal implica em uma adequada função mastigatória, deglutição e fonação, além da possibilidade de manter relações sociais sem constrangimentos, relacionadas diretamente à autoestima e à qualidade de vida. Entretanto, apesar de uma saúde bucal comprometida poder agravar a condição sistêmica do PcD, a saúde bucal ainda não é vista como prioridade quando comparada com outros cuidados de saúde direcionados a estes pacientes (BRASIL, 1986; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2003).

As doenças bucais podem ser consideradas um dos principais problemas que acometem as PcD, além das doenças sistêmicas e das características da própria deficiência. Os cirurgiões-dentistas devem conhecer as alterações bucais mais frequentes nessas pessoas, a fim de prestar um atendimento adequado, o qual pode exigir tratamento e manejo diferenciados. A demanda por tratamento odontológico é crescente nessa população e os profissionais, tanto da APS quanto dos CEOs, devem estar capacitados, a fim de garantir os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1998. A falta de acessibilidade e de divulgação dos locais de atendimento, além da desinformação e falta de comprometimento dos profissionais, são fatores que contribuem para a lenta absorção desta demanda por parte dos serviços públicos de saúde (MORAES; MAGNA; MARQUES, 2006; PINI; FROHLICH; RIGO, 2016).

O atendimento odontológico da Pessoa com Deficiência deve ser oferecido em todos os pontos da rede de atenção à saúde, sendo que a maioria dos casos pode ser resolvida na atenção primária, sendo direcionados para os CEOs somente os casos de difícil manejo, que possuam indicação para o atendimento especializado. Além disso, o atendimento a esses pacientes deve ser preferencial, com atenção imediata em todos os níveis, priorizando o de maior gravidade, resguardando-se as situações de urgência e emergência dos demais usuários (CFO, 2005; QUEIROZ et al., 2014; CFO, 2015; BRASIL, 2018).

Dentre os casos de PcD que possuem indicação de atendimento odontológico especializado nos CEOs, a maioria pode receber tratamento ambulatorial, sendo que o profissional deve estar qualificado para o manejo comportamental desses pacientes, ter conhecimento técnico e promover um atendimento humanizado. Porém, durante os cursos de graduação em odontologia, nem sempre os profissionais em formação possuem um contato significativo com esses pacientes, fazendo com que a maioria se sinta despreparada para atendê-los após a conclusão do curso (MARTA, 2011; PORTOLAN et al., 2017).

A atenção à saúde bucal das PcD requer um cuidado diferenciado, determinado pela própria deficiência, o qual deve ocorrer de forma qualificada, segura, humanizada, integral e em consonância com as evidências científicas. Assim, os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para realizar um tratamento adequado e de qualidade. As ESB da APS são o primeiro contato do PcD com a Rede de Atenção à Saúde Bucal: essas equipes devem acolher, realizar a anamnese, prestar assistência às queixas, orientar a realização de exames complementares, acompanhar o caso, realizar adequação do meio bucal, além de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde e, quando houver necessidade, encaminhar às unidades de atenção especializada. A APS deve ser resolutiva e orientar os fluxos do PcD dentro da RAS, articulando-se com os demais pontos de atenção, a fim de garantir a integralidade do cuidado (CAMPOS, 2009; BRASIL, 2017b; 2019).

As PcD de menor complexidade que respondam ao condicionamento comportamental devem ser atendidos na APS, não devendo ser encaminhados para os CEOs pacientes com limitações motoras, deficientes visuais, auditivos, de fala, gestantes de baixo risco, diabéticos e cardiopatas compensados, pacientes com defeitos congênitos ambientais e cujas limitações físicas e metabólicas não impeçam o tratamento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Quando não for possível o atendimento na APS, dentro das possibilidades, deve ser realizada a adequação do meio bucal e orientações ao paciente e a família antes do encaminhamento para a atenção especializada ou hospitalar, além de avaliação médica da condição sistêmica, exames complementares e documento de referência, esclarecendo a necessidade do paciente e as tentativas já realizadas. Por outro lado, ao concluir o tratamento, os CEOs devem contrarreferenciar o paciente para a APS, descrevendo o diagnóstico e o tratamento que foi realizado e enviando orientações para acompanhamento e manejo deste paciente no território. Assim, a Atenção à Saúde Bucal das PcD deve ser compartilhada por todos os pontos da rede, não havendo recomendação para encaminhar todos os pacientes com algum tipo de deficiência para o atendimento especializado. A APS deve estar apta para atender os casos de menor complexidade e coordenar o cuidado para os demais serviços, caso necessário. A atenção especializada, por sua vez, deve organizar e regular a agenda clínica dos profissionais e prestar Apoio Matricial às equipes do nível primário. Os casos de maior complexidade devem ser direcionados, conforme indicação, para o tratamento hospitalar, sob anestesia geral, porém, a APS deve garantir a continuidade do cuidado a estes pacientes, a fim de evitar a necessidade de novos procedimentos, muitas vezes mutiladores, como as extrações dentárias (BRASIL, 2018).

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), através da Portaria nº 793, republicada em 2017 no anexo VI da Portaria

de Consolidação nº 3, que tem a finalidade de promover o acesso das PcD aos serviços de saúde, por meio de um cuidado qualificado, humanizado e integral no SUS (BRASIL, 2017b). A RCPD faz parte do conjunto de Redes Temáticas Prioritárias que engloba outras redes, tais como Rede Cegonha e Rede de Atenção a Urgências e Emergências. Também está ligada ao eixo de atenção à saúde do Plano Viver sem Limites, incluindo a saúde bucal nos três níveis: atenção primária, Centros de Especialidades Odontológicas e centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às Pessoas com Deficiência. Assim, foram estruturados os componentes pertencentes à RCPD, dentre eles o atendimento odontológico, com incentivo financeiro mensal adicional para os CEOs que aderirem a esta rede e aquisição de equipamentos odontológicos para qualificar os centros cirúrgicos de hospitais gerais voltados para a atenção odontológica das PcD. Nesse sentido, como ação transversal direcionada para a qualificação, profissionais de saúde bucal da APS e dos CEOs foram capacitados pelo governo federal, em 2013, para o atendimento às PcD, por meio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que desenvolveram o curso **Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da PcD** (BRASIL, 2012b).

Figura 7 – Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Fonte: Brasil (2014).

O atendimento a Pessoas com Deficiência é um dos requisitos mínimos exigidos dos CEOs pelo Ministério da Saúde. Além disso, os CEOs podem aderir a RCPD e obter um incremento de 20% em seu recurso de custeio federal mensal. Para isso, o gestor do município sede do serviço deve assinar um termo de compromisso junto ao MS, no qual se compromete a garantir critérios estruturais de mobilidade e acessibilidade no CEO, bem como a dispor de no

mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo às PcD e cumprir a meta mínima de produção nesses pacientes. Os profissionais desse ponto de atenção têm como função realizar o tratamento clínico da PcD e também prestar apoio técnico matricial para as ESB da APS. Caso tenha indicação, a PcD deve ser encaminhada para o serviço de assistência odontológica hospitalar para atendimento sob sedação ou anestesia geral (BRASIL, 2012a; 2019).

Figura 8 – Transversalidade das Ações da PNSB com o Plano “Viver sem Limites”.



Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>

No que diz respeito à saúde bucal, passados quase uma década da instituição da RCPD, dos 1.161 CEOs existentes no Brasil, 579 estavam aderidos a ela, o que representa 49,87% dos CEOs. Isso indica que, mesmo perante a disponibilização do recurso financeiro mensal de custeio complementar, talvez não seja viável ou atrativo, do ponto de vista de gestão, manter os compromissos dos CEOs com a rede. Essa situação levanta dúvidas sobre o volume da demanda existente, como por exemplo: se esta demanda está chegando até os serviços de saúde, se a APS tem realizado busca ativa desses pacientes e se os casos com indicação de encaminhamento estão sendo identificados pela APS, pois é difícil supor que não há demanda para esse tipo de serviço. Assim, a RCPD propõe a garantia do atendimento odontológico qualificado a todos os indivíduos que apresentem algum tipo de deficiência, porém, a atenção

a esses cidadãos ainda é insuficiente, seja por baixa divulgação, por dificuldade na acessibilidade, por falta de comprometimento e informação dos responsáveis ou por deficiência na qualificação de profissionais para tal atendimento. Portanto, o avanço na formação dos profissionais de saúde bucal no SUS e para o SUS se torna uma estratégia fundamental para que haja impacto significativo no cuidado às PcD, ampliando a resolutividade e a qualidade da atenção a essas pessoas. O Apoio Matricial, através do trabalho articulado, da aproximação das equipes de atenção primária e especializada e do auxílio na condução dos casos mais complexos, se mostra uma boa alternativa para o avanço nestes atendimentos. A redução das barreiras de acesso geográficas, financeiras e sociais contribui para a procura pelos serviços de saúde por parte desses usuários (BRASIL, 2015a; CONDESSA, 2019).

Nas capitais brasileiras, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2017, haviam 133 CEOs implantados e apenas 79 destes estavam aderidos a RCPD (59,39%). Em levantamento realizado nas capitais, naquele ano, a região centro-oeste era a que apresentava maior número de CEOs aderidos a RCPD (87,5%) e a região sul o menor número (11,1%), evidenciando uma distribuição geográfica desproporcional destes serviços, além da quantidade incompatível em relação ao número estimado de PcD, resultando em elevado tempo de espera para o tratamento e sobrecarga da equipe de saúde. Muitas vezes as capitais representam a única alternativa para o encaminhamento destes pacientes, pois municípios menores nem sempre possuem estrutura, localização adequada e demanda suficientes para a implantação de um CEO. Apesar do avanço significativo no início do século XXI, atualmente, o crescimento destes serviços não é mais observado na mesma magnitude. Portanto, é necessário planejamento e investimento em políticas de saúde que busquem uma melhor distribuição desse atendimento especializado em algumas capitais e também no interior do país, a fim de ampliar a qualidade do atendimento odontológico às PcD, com maior celeridade e acesso mais próximos ao território de residência dessas pessoas (MORAIS JUNIOR et al., 2018).

O atendimento odontológico da PcD a nível hospitalar também está previsto na RCPD. Com esse propósito, o Ministério da Saúde promoveu a adequação de 81 centros cirúrgicos no Brasil, em 72 municípios, para que fosse prestada a assistência odontológica a esses pacientes (BRASIL, 2012b).

Dentre os desafios para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal para PcD está o planejamento das ações com base nas necessidades do território, mediante critérios clínicos, epidemiológicos e sociais, para o ordenamento do acesso e priorização da atenção. Destaca-se ainda a necessidade de redefinir e ampliar a estrutura operacional, dimensionar e mapear os recursos físicos e humanos, além de efetivar um modelo de atenção fundamentado

na vigilância em saúde. A integração entre os pontos de atenção, de modo cooperativo e articulado, com melhoria dos sistemas logísticos e de governança também é fundamental. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas para organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas ao longo da rede, de modo que os processos de referência e contrarreferência ocorram de maneira satisfatória, como por exemplo, os prontuários clínicos, que podem ser utilizados como ferramentas gerenciais (MENDES, 2010; 2011; GODOI et al., 2014; MELLO et al., 2014; GEORGIA, 2015).

A falta de integração entre os pontos da rede é um dos maiores entraves para a integralidade da atenção em saúde bucal das PcD. Muitas vezes os serviços não se comunicam, são regidos por regras próprias e distintas, não estão focados nas necessidades dos usuários e demonstram vulnerabilidade no que tange à interação entre eles. O Apoio Matricial tem potencial para melhorar a comunicação e o diálogo entre os envolvidos, ampliar a cogestão do cuidado em saúde, facilitar o reconhecimento das necessidades de mudança nas intervenções individuais e coletivas e estimular as ações de planejamento. Assim, o uso desta estratégia pressupõe democratizar o conhecimento, discutir, refletir e pactuar as responsabilidades para a continuidade das ações. Esse processo fortalece as ações interdisciplinares, a construção de novas lógicas de trabalho, a transformação das práticas e a organização do trabalho, produzindo uma relação de cooperação e confiança (KANTORSKI et al., 2006; BARROS et al., 2015; MEDEIROS et al., 2020).

3 JUSTIFICATIVA

As Redes de Atenção à Saúde são formadas por serviços de saúde de diferentes níveis e os mecanismos de interação entre eles, com a finalidade de prestar uma assistência integral à população e garantir a integralidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde tem o papel de organizar a trajetória dos pacientes dentro da rede, atuando como centro de comunicação entre os diferentes pontos. A coordenação do cuidado é uma das principais funções da APS e consiste em orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os pontos da rede, destacando a potência da ação regulatória desse nível de atenção. Assim, a deficiência de instrumentos regulatórios e de protocolos de referência e contrarreferência podem comprometer a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado (FERREIRA et al., 2016).

Sendo assim, o tema deste trabalho surgiu da necessidade de compreender a organização, os fluxos assistenciais e as estratégias de Apoio Matricial para as equipes da APS, na Rede de Atenção à Saúde Bucal para PcD, visando contribuir para que a APS cumpra seu papel de coordenadora desta rede. A partir do entendimento dessa problemática e da reflexão sobre o assunto, poderão ser apresentadas, como desdobramentos do presente estudo, alternativas para o gerenciamento regional dos serviços de saúde bucal, que auxiliem a APS no cumprimento da função de coordenação e ampliem o acesso e a integralidade da atenção aos referidos pacientes. Além disso, o estudo pretende colaborar para a organização de outras redes de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais (MG).

4 OBJETIVOS

A seguir serão descritos os objetivos, geral e específicos, do presente estudo.

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel de coordenação nesta rede.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar como ocorrem os processos de referência e contrarreferência e a organização dos fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde Bucal para PcD (RASB-PcD) da região estudada;

Verificar a existência de estratégias de Apoio Matricial para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS na atenção à PcD.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, cujo cenário foi composto pelas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, nas quais foram investigadas questões relacionadas ao papel da APS na organização do fluxo assistencial das PcD, dentro da Rede de Atenção à Saúde Bucal, bem como ao Apoio Matricial prestado pelos profissionais da atenção especializada e hospitalar.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória-descritiva.

5.2 LOCAL

O estudo foi realizado nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, que abrangem 37 municípios e são denominadas, conforme Pano Diretor de Regionalização, de microrregiões de saúde Juiz de Fora, Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas, pertencendo à macrorregião de saúde Sudeste.

As quatro microrregiões em questão possuem população total de 811.682 habitantes, circunscrevendo municípios de diversos portes populacionais, sendo o maior Juiz de Fora, com 564.310 habitantes, seguido de Santos Dumont, com 46.555 e São João Nepomuceno, com 26.272. Os demais possuem população inferior a 17.000 pessoas (Figura 9).

Figura 9 – Microrregiões de Saúde de Jurisdição da SRS Juiz de Fora - MG



Fonte: Elaborado pela autora a partir deliberação CIB-SUS/MG N° 3.013, 23 de outubro de 2019.

Os serviços que compõem a Rede de Atenção Saúde Bucal neste cenário são: atendimento de saúde bucal na APS no nível municipal, com 46 Equipes de Saúde Bucal vinculada a ESF; sete Centros de Especialidades Odontológicas de abrangência microrregional e um serviço de Assistência Odontológica Hospitalar de referência macrorregional, sediado no Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira (Hospital de Pronto Socorro), no município de Juiz de Fora. O Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira não está na lista dos hospitais gerais que tiveram seus centros cirúrgicos adaptados para a atenção odontológica das PcD, por meio da RCPD.

Quadro 1 – Distribuição dos serviços de saúde bucal nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da SRS-JF

Unidade Regional de Saúde	Microrregiões de Saúde	Municípios: Atenção Primária à Saúde	Centros de Especialidades Odontológicas	Serviços de Assistência Odontológica Hospitalar
SRS Juiz de Fora	4	37	7	1

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da deliberação CIB-SUS/MG N° 3.013, 23 de outubro de 2019.

Quadro 2 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da SRS-JF.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)	CNES	Tipologia	Aderido à RCPD
1. Juiz de Fora (CEO COAPE)	2153408	I	Não
2. Juiz de Fora (CEO Oeste)	3742008	I	Não
3. Juiz de Fora (CEO Sul)	7099681	II	Não
4. Juiz de Fora (CEO Centro)	3291561	II	Não
5. Juiz de Fora (CEO Norte)	3739767	II	Não
6. Santos Dumont	6224199	II	Não
7. São João Nepomuceno	6235123	I	Não

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022.

O COAPE (Centro Odontológico de Atenção à Pacientes com Necessidades Especiais), apesar de ser um CEO tipo I, trata-se de um serviço vocacionado para o atendimento de pacientes com necessidades especiais, que funciona nas dependências do Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira, sendo responsável pela avaliação e triagem dos pacientes para acesso ao serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, que é de referência macrorregional. Assim, no que tange a esse tipo de paciente, o COAPE atende toda a macrorregião de saúde sudeste e, neste trabalho, será entendido como componente do serviço hospitalar.

Tabela 1 – Relação de municípios, número de habitantes, inserção nas microrregiões da SRS-JF/MG e cobertura de saúde bucal na APS e na ESF, 2021.

Microrregião	Município	População Estimada (*IBGE/TCU 2018)	População com Deficiência Estimada (24% IBGE 2010)	Cobertura de Saúde Bucal na APS	Cobertura de Saúde Bucal na ESF	Número de Equipes de Saúde Bucal na ESF
Juiz de Fora	Belmiro Braga	3.433	823	100%	100%	1 *Mod I
	Chácara	3.121	749	100%	0%	0
	Chiador	2.702	648	100%	100%	1 *Mod I
	Coronel Pacheco	3.080	739	100%	100%	1 *Mod I

	Ewbank da Câmara	3.904	936	100%	100%	2 *Mod I
	Goianá	3.940	945	100%	86,46%	1 *Mod I
	Juiz de Fora	564.310	135.434	10,46%	0%	0
	Matias Barbosa	14.385	3.452	100%	47,42%	2 *Mod II
	Piau	2.763	663	100%	100%	1 *Mod II
	Rio Novo	8.941	2.145	100%	100%	3 *Mod II
	Santana do Deserto	3.971	953	100%	86,66%	1 *Mod I
	Simão Pereira	2.612	626	100%	100%	1 *Mod II
		617.162				14 ESB
LIMA DUARTE	Andrelândia	12.242	2.938	56,52%	0%	0
	Arantina	2.804	672	100%	100%	1 *Mod I
	Bias Fortes	3.430	823	100%	100%	2 *Mod I
	Bocaina de Minas	5.091	1.221	88,42%	0%	0
	Bom Jardim de Minas	6.489	1.557	100%	100%	2 *Mod I
	Liberdade	5.109	1.226	100%	68,57%	1 *Mod I
	Lima Duarte	16.671	4.001	100%	61,88%	3 *Mod I
	Olaria	1.775	426	100%	100%	1 *Mod I
	Passa-Vinte	2.048	491	100%	100%	1 *Mod I
	Pedro Teixeira	1.808	433	100%	100%	1 *Mod II
	Rio Preto	5.467	1.312	100%	100%	2 (1 *Mod I + 1 *Mod II)
	Santa Rita de Jacutinga	4.905	1.177	100%	100%	2 (1 *Mod I + 1 *Mod II)
	Santa Bárbara do Monte Verde	3.117	748	100%	100%	1 *Mod I
			70.956			
	Aracitaba	2.066	495	100%	100%	1 *Mod I

SANTOS DUMONT	Oliveira Fortes	2.136	512	100%	100%	1 *Mod I
	Santos Dumont	46.555	11.173	22,29%	14,86%	1 *Mod I
		50.757				3 ESB
SÃO JOÃO NEPOMUCENO / BICAS	Bicas	14.431	3.463	71,11%	23,70%	1 *Mod I
	Descoberto	4.996	1.199	100%	100%	2 *Mod I
	Guarará	3.818	916	81,39%	81,39%	1 *Mod II
	Mar de Espanha	12.725	3.054	88,36%	53,48%	2 *Mod I
	Maripá de Minas	2.959	710	100%	100%	1 *Mod I
	Pequeri	3.310	794	100%	100%	1 *Mod I
	Rochedo de Minas	2.289	549	100%	100%	1 *Mod I
	São João Nepomuceno	26.272	6.305	60,12%	26,08%	2 *Mod II
	Senador Cortes	2.007	481	100%	100%	1 *Mod I
		72.807				12 ESB
TOTAL		811.682				46 ESB

*Mod I: modalidade I (Cirurgião-dentista + auxiliar ou técnico de saúde bucal de 40 horas semanais)

*Mod II: modalidade II (Cirurgião-dentista + técnico de saúde bucal + auxiliar ou técnico de saúde bucal de 40 horas semanais)

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da *deliberação CIB-SUS/MG N° 3.013, 23 de outubro de 2019 e dados dos relatórios públicos da plataforma e-gestor do Ministério da Saúde, referente a dezembro de 2021.

5.3 POPULAÇÃO

A população do estudo é composta por 30 Cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde; 6 Gerentes e 4 Cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas; 1 Gestor, 1 Gerente e 1 Cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar.

5.3.1 Critérios de Inclusão

O recrutamento destes profissionais foi realizado através de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021), no qual constava, nos 37 municípios da região

estudada, em torno de 221 cirurgiões-dentistas. Os profissionais foram convidados por meio de carta convite, enviada por e-mail.

Foram considerados para inclusão na pesquisa os profissionais convidados que aceitaram participar voluntariamente, com no mínimo um ano em exercício no cargo, a saber:

- 1) No caso dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, preferencialmente os vinculados à Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, sendo um cirurgião-dentista da APS por município.
- 2) Nos Centros de Especialidades Odontológicas, os gerentes destes serviços e os cirurgiões-dentistas que atendem Pessoas com Deficiência.
- 3) No serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, o gestor e o gerente do serviço e o cirurgião-dentista que atende Pessoas com Deficiência.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em desvio de função ou afastados no período pesquisado, seja devido à licença saúde, licença maternidade ou outros motivos.

5.4 INSTRUMENTOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2022.

Os instrumentos para a coleta de dados foram entrevistas e grupos focais.

Os grupos focais são grupos de discussão, com características próprias, nos quais os participantes conversam sobre um tema específico ao receberem estímulos apropriados, promovendo um processo de interação grupal, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas e gerando possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo, como a de entender a internalização em relação ao tema, no cotidiano (RESSEL et al., 2008).

Foi enviado aos profissionais, por e-mail, uma carta convite para participar da pesquisa (apêndice 1). Os que desejaram participar foram orientados a entrar no *link* que estava na carta convite para ter acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice 2). Havia no termo os itens “Li e concordo com os termos de participação” e “Li e não concordo em participar”. Ao clicar no ícone “Li e concordo com os termos de participação, o participante acessava o formulário de aceite do convite (apêndice 3) e recebia uma via do TCLE e das respostas do formulário por e-mail.

Os profissionais que aceitaram o convite foram agendados para o processo de coleta de dados, que foi realizado por meio dos grupos focais e entrevistas, de forma virtual, devido ao cenário epidemiológico da pandemia da COVID-19, com gravação de áudio.

Os grupos focais ocorreram em horário comum aos participantes, conciliando as opções de horário indicadas por estes. As entrevistas foram agendadas e marcadas com os participantes, também de acordo com os horários disponibilizados por eles.

Foram realizados 9 grupos focais, sendo 7 grupos com os cirurgiões-dentistas da APS e 2 grupos com os profissionais de CEO. Os 7 grupos com os cirurgiões-dentistas da APS tiveram um média de 4 participantes por grupo. Já com os profissionais de CEO, foi realizado 1 grupo com 6 gerentes de CEO e 1 grupo com 4 cirurgiões-dentistas de CEO que atendem Pessoas com Deficiência.

Para os profissionais do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, optou-se pela entrevista individual, devido ao número menor de profissionais e desempenho de funções distintas, sendo realizadas um total de 3 entrevistas, sendo 1 com o gestor, 1 com o gerente do serviço e 1 com o cirurgião-dentista que atende Pessoas com Deficiência.

Os grupos e as entrevistas tiveram início com o esclarecimento dos participantes quanto aos objetivos da pesquisa e normas para o funcionamento, como: ausência de certo e errado, ausência de hierarquia entre os participantes, necessidade de foco, sigilo e confiabilidade. Posteriormente, foi lido o preâmbulo (apêndice 4), a fim de contextualizar os participantes sobre o tema. Dando prosseguimento, iniciou-se a fase de debate ou entrevista, que foi conduzida pela pesquisadora, conforme roteiro elaborado previamente com perguntas disparadoras (apêndice 5 e 6). O debate ou a entrevista foram encerrados ao perceber a saturação do conteúdo. Imediatamente após a realização destes momentos, a pesquisadora registrou as impressões, revisou as anotações e gerou uma memória do debate ou entrevista.

A abordagem pretendeu coletar informações e percepções dos participantes em relação aos mecanismos de encaminhamentos de pacientes ao longo da Rede de Atenção à Saúde Bucal para PcD e investigar como ocorrem os processos regulatórios, de referência e contrarreferência e a organização dos fluxos assistenciais, nessa rede. Além disso, pretendeu-se verificar a existência de estratégias de Apoio Matricial para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS na atenção à PcD.

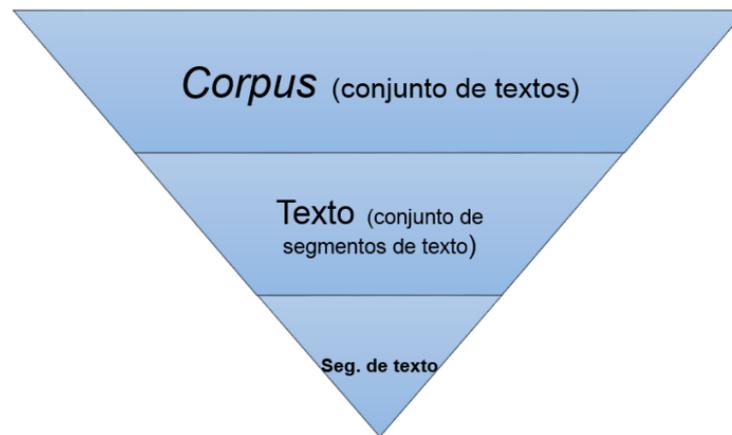
A delimitação do número de participantes ocorreu quando o conteúdo foi suficiente para permitir o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2017).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados produzidos em pesquisas qualitativas são compostos essencialmente pela linguagem e, portanto, relevantes aos estudos sobre pensamentos, crenças, opiniões (CAMARGO; JUSTO, 2013). A subjetividade dos dados produzidos, o grande volume textual de algumas pesquisas e à busca pelo maior rigor metodológico das investigações qualitativas tornam a fase de análise de dados crucial para o pesquisador qualitativo (COPE, 2014; PAULA; VIALI; GUIMARÃES, 2015). Frente a tais desafios, o uso de *softwares* específicos para análise de dados textuais está cada vez mais presente em estudos na área de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, especialmente naqueles estudos em que o *corpus* a ser analisado é bastante volumoso (CAMARGO; JUSTO, 2013). Dentre os inúmeros *softwares* para apoio à análise de dados qualitativos, destaca-se o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Ratinaud (2009), Lahlou (2012), Ratinaud e Marchand (2012) e licenciado por GNU, GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no *software* R (www.r-project.org) e na linguagem Python (www.python.org) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* IRAMUTEQ, 0.7 alpha 2, foi utilizado para auxiliar o processo de tratamento, análise e interpretação dos dados, sem substituir o papel central da pesquisadora, de competência analítica e crítica para efetuar a análise de dados. O IRAMUTEQ caracteriza-se como um método informatizado que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente enunciados pelo sujeito (CAMARGO; JUSTO, 2013; ALMICO; FARO, 2014). Este *software* assume que as palavras usadas em contexto similares estão associadas a um mesmo mundo lexical. Realiza, deste modo, análises quantitativas de dados textuais pautadas em contextos e classes de conteúdo com base na similaridade de vocabulário e, para que as análises sejam úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (ANDRADE JÚNIOR; ANDRADE, 2016; SANTOS, 2017; CAMARGO; JUSTO, 2018).

Figura 10 – Noções de *corpus*, texto e segmento de texto



Fonte: Carmargo; Justo (2018).

O tipo de análise do corpus textual realizado no IRAMUTEQ foi a classificação (método de Reinert), através da qual os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocábulos e o conjunto deles é repartido em função da presença ou ausência das formas reduzidas (REINERT, 1990). A partir daí aplica-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que agrupa os segmentos de texto em função de sua similaridade, por meio de testes qui-quadrado, fragmentando o *corpus* textual em classes, com vocabulários semelhantes entre si e diferentes dos segmentos das outras classes. Assim, o *software* organiza a análise em um dendrograma que elucida a correlação entre as classes, gerando resultados que possibilitam a descrição de cada classe, conforme vocabulário dos segmentos de textos e variáveis. Além disso, foram utilizadas a Análise Fatorial de Correspondência e a análise de similitude. A Análise Fatorial de Correspondência possibilita a comparação dos textos por modalidade, evidenciando o contraste, a articulação e a interface entre as palavras. A análise de similitude permite identificar as coocorrências entre as palavras, a estrutura do conteúdo do *corpus* textual e as partes comuns e especificidades conforme as variáveis descritivas identificadas na análise (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

A técnica escolhida para realizar a análise dos dados foi a análise do conteúdo, utilizando o método de Laurence Bardin. Segundo Bardin (2011), a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Além disso, permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas e ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação (SANTOS, 2012).

A análise de conteúdo foi organizada em suas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na fase inicial, pré-análise, foi realizada a **leitura flutuante** dos documentos, considerando a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Nessa etapa, o material foi organizado, transformando o *corpus* textual da pesquisa em *corpus* único, composto por 43 textos provenientes da transcrição dos grupos focais e das entrevistas individuais. O *corpus* foi fracionado em unidades e agrupado conforme similaridade para ser processado no IRAMUTEQ.

Na fase de exploração do material foi realizada a codificação e categorização. Na codificação, foi feito o recorte das unidades de registro e de contexto, sendo definidas as variáveis de acordo com a função dos participantes dentro dos serviços (cirurgião-dentista, gerente e gestor), a microrregião de saúde na qual o profissional atua e o nível de atenção à saúde em que está inserido. As categorias do material são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos, reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias, adotam-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Esse processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (em que isolam-se os elementos comuns) e classificação (em que os elementos são divididos e organizados).

Na terceira fase, procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, por meio da inferência e interpretação, aprofundando-se na análise dos dados e estabelecendo uma correlação com o referencial teórico e com os objetivos do trabalho.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, e aprovado sob parecer de número 4.810.317 (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados e a discussão serão apresentados no formato de artigo intitulado **Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde**¹.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leticia Ferreira de Carvalho, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

E-mail: leticiafcarval@gmail.com, ORCID 0000-0002-7719-7353

Beatriz Francisco Farah, Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem

E-mail: b-farah@hotmail.com, ORCID 0000-0002-3345-0601

Isabel Cristina Gonçalves Leite, Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina

E-mail: isabel.leite@ufjf.br, ORCID 0000-0003-1258-7331

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, tendo a função de coordenar o cuidado. O objetivo deste trabalho foi analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva com coleta de dados por meio de grupos focais e entrevistas, com profissionais de saúde bucal que atuam em microrregiões mineiras. A técnica para a análise dos dados foi a análise do conteúdo de Laurence Bardin, com auxílio do *software IRAMUTEQ*. O fluxo assistencial de referência nesta RASB-PcD está instituído, mas apresenta inconsistências, já o fluxo de contrarreferência demonstra fragilidades. Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar precisam ser melhor discutidos e os exames pré-operatórios realizados em tempo oportuno. A oferta de vagas nos serviços especializados e hospitalar foi identificada como um desafio. Melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais, através de estratégias sólidas de Apoio Matricial e de educação permanente, emergiu como uma potencialidade para que a APS possa coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar atenção integral às PcD.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiência.

¹ Apresentamos o artigo com a formatação exigida pelo periódico ao qual será submetido.

ORAL HEALTH CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: CHALLENGES AND POTENTIALITIES OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Primary health care (APS) is the communication center of health care networks and its function is to coordinate care. The objective of this work was to analyze the oral health care network for people with disabilities (RASB-PcD) and to identify the main challenges and potentialities so that APS can fulfill its coordinating role. This is a qualitative, exploratory-descriptive research. Data collection through focus groups and interviews with oral health professionals who work in micro-regions of Minas Gerais. The technique for data analysis was Laurence Bardin's content analysis, with the help of the IRAMUTEQ software. The referral flow in this RASB-PcD is established, but it has inconsistencies, whereas the counter-referral flow shows weaknesses. Criteria and protocols for access to hospital services need to be better discussed and preoperative tests need to be performed in a timely manner. The offer of vacancies in specialized services and in hospital services was identified as a challenge. Improving communication and articulation between professionals, through solid strategies of matrixial support and permanent education, emerged as a potential so that APS can coordinate care and guarantee its longitudinality, providing comprehensive care for people with disabilities.

Keywords: Health Care. Oral Health. Primary Health Care. Dental Care for People with Disabilities.

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (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, 2011; Mendes, 2011). Para que as RAS funcionem adequadamente, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da Rede (Brasil, 2015). A APS deve atuar como o centro de comunicação das RAS, responsabilizando-se pelo cuidado dos

usuários em qualquer um destes pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada (Brasil, 2017b).

As Equipes da Atenção Especializada e Hospitalar, por outro lado, têm a função de prestar Apoio Matricial para as equipes da APS, que consiste em oferecer retaguarda assistencial, auxiliando na condução dos casos e dando suporte para a conduta dos profissionais, de modo que possa ser obtido o melhor resultado neste nível de atenção, evitando encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados. Para isso, é necessário oferecer aos profissionais suporte técnico-pedagógico, por meio de processos de educação permanente e apoio institucional (Oliveira *et al.*, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é composta, basicamente, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS, pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e pelo serviço de Assistência Odontológica Hospitalar (Brasil, 2004a). A inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram de extrema importância para a reorganização das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS), pois contribuiu para a organização da demanda, para a satisfação do usuário, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e para a prevenção de doenças. Além disso, potencializou a transformação das práticas, por meio do contato interprofissional e colaborativo e das reuniões de equipe, permitindo uma melhor organização dos processos de trabalho (Oliveira *et al.*, 2022).

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da Portaria nº 793, republicada em 2017 no anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, que tem a finalidade de promover o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de saúde, através de um cuidado qualificado, humanizado e integral no SUS. A RCPD faz parte do conjunto de redes temáticas prioritárias, incluindo a saúde bucal, nos três

níveis: APS, CEO e centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às PcD (Brasil, 2017a).

A atenção à saúde bucal das PcD requer um cuidado diferenciado, determinado pela própria deficiência, o qual deve ocorrer de forma qualificada, segura, humanizada, integral e em consonância com as evidências científicas. Assim, os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para realizar um tratamento adequado e de qualidade. As ESB da APS são o primeiro contato das PcD com a RASB. Assim, a APS deve ser resolutiva e orientar os fluxos das PcD dentro da RAS, articulando-se com os demais pontos de atenção, a fim de garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017b; 2019).

O objetivo geral deste estudo foi analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador. Os objetivos específicos foram identificar como ocorrem os processos de referência e contrarreferência; a organização dos fluxos assistenciais e a existência de estratégias de Apoio Matricial nesta rede, a partir da visão de seus profissionais de saúde bucal.

2 MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, cujo cenário foi as quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais, que abrangem 37 municípios, com uma população total de 811.682 habitantes, circunscrevendo municípios de diversos portes populacionais.

Os serviços que compõem a RASB nestas microrregiões são: 190 Unidades de APS com serviço de saúde bucal municipal, com 46 Equipes de Saúde Bucal vinculadas a ESF; sete CEOs

de abrangência microrregional e um serviço de Assistência Odontológica Hospitalar de referência macrorregional. Os CEOs não são aderidos à RCPD e o serviço hospitalar não está na lista dos hospitais gerais que tiveram seus centros cirúrgicos adaptados para a atenção odontológica das PcD, por meio da RCPD.

O COAPE (Centro Odontológico de Atenção à Pacientes com Necessidades Especiais), apesar de ser um CEO tipo I, trata-se de um serviço vocacionado para o atendimento de pacientes com necessidades especiais, sendo responsável pela avaliação e triagem destes pacientes para acesso ao serviço de Assistência Odontológica Hospitalar. Assim, neste estudo, será entendido como componente do serviço hospitalar.

O recrutamento destes profissionais foi realizado através de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021), no qual constava, nos 37 municípios da região estudada, em torno de 221 cirurgiões-dentistas. Os profissionais foram convidados por meio de convite enviado por e-mail. Foram incluídos aqueles que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, com no mínimo um ano em exercício no cargo: no caso dos cirurgiões-dentistas da APS, preferencialmente os vinculados à ESB da ESF, sendo um cirurgião-dentista de APS por município; nos CEOs, os gerentes destes serviços e os cirurgiões-dentistas que atendem PcD e no serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, o gestor e o gerente do serviço e o cirurgião-dentista que atende PcD. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em desvio de função ou afastados no período pesquisado, seja devido à licença saúde, licença maternidade ou outros motivos.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

A população do estudo é composta por 30 Cirurgiões-dentistas da APS; 6 Gerentes e 4 Cirurgiões-dentistas dos CEOs; 1 Gestor, 1 Gerente e 1 Cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2022, através de grupos focais, seguindo o conceito de Ressel *et al.* (2008), e entrevistas individuais. Os áudios dos grupos focais e entrevista foram gravados, posteriormente transcritos e compuseram um *corpus* de análise único.

Todos os participantes receberam uma codificação, de acordo com sua função dentro dos serviços (cd-cirurgião-dentista, gr-gerente e gest-gestor), a microrregião de saúde na qual o profissional atua (mic 1- Juiz de Fora; mic 2 - Lima Duarte; mic 3 - São João Nepomuceno/Bicas e mic 4 – Santos Dumont) e o nível de atenção à saúde em que está inserido (niv 1 – APS; niv 2 – CEO e niv 3 – serviço hospitalar), garantindo assim o anonimato das informações.

Os cirurgiões-dentistas da APS foram divididos em turmas conforme compatibilidade de horários, sendo selecionado um cirurgião-dentista da APS por município, preferencialmente os que atuam em equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram realizados 9 grupos focais, sendo 7 grupos com os cirurgiões-dentistas da APS e 2 grupos com os profissionais de CEO. Os 7 grupos com os Cirurgiões-dentistas da APS tiveram um média de 4 participantes por grupo. Já com os profissionais de CEO foram realizados 1 grupo com 6 Gerentes de CEO e 1 grupo com 4 Cirurgiões-dentistas de CEO que atendem PcD.

Para os profissionais do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, optou-se pela entrevista individual, devido ao número menor de profissionais e desempenho de funções distintas, sendo realizadas um total de 3 entrevistas: 1 com o gestor, 1 com o gerente do serviço e 1 com o cirurgião-dentista que atende PcD.

A delimitação do número de participantes ocorreu quando o conteúdo foi suficiente para permitir o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do objeto estudado (Minayo, 2017).

Foi utilizado um preâmbulo para os grupos focais e para as entrevistas individuais, a fim de contextualizar os participantes sobre o tema, e um roteiro para condução dos trabalhos, com perguntas disparadoras. A abordagem pretendeu coletar informações e percepções dos participantes em relação aos mecanismos de encaminhamentos dos pacientes ao longo da RASB-PcD; investigar como ocorrem os processos regulatórios, de referência e contrarreferência, e a organização dos fluxos assistenciais e verificar a existência de estratégias de Apoio Matricial para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS na atenção à PcD.

O *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), 0.7 alpha 2, foi utilizado para auxiliar o processo de tratamento, análise e interpretação dos dados, sem substituir o papel central da pesquisadora, de competência analítica e crítica para efetuar a análise de dados. Para que as análises sejam úteis à classificação de qualquer material textual, requer-se uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (Camargo; Justo, 2013; Almico; Faro, 2014; Andrade Júnior; Andrade, 2016; Santos, 2017; Camargo; Justo, 2018). Neste estudo, a retenção foi de 78,18%.

Foram realizadas as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência e a análise de similitude.

A técnica escolhida para realizar a análise dos dados foi a análise do conteúdo, utilizando o método de Laurence Bardin, organizada em suas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na fase inicial, pré-análise, foi realizada a **leitura flutuante** dos documentos, o material foi organizado, gerando um *corpus* textual, composto por 43 textos provenientes da transcrição dos grupos focais e entrevistas individuais. O *corpus* foi fracionado em unidades, agrupado conforme similaridade para ser processado no IRAMUTEQ.

Na fase de exploração do material, foi realizada a codificação e categorização. As categorias do material são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos, reunindo características comuns. Duas categorias emergiram do *corpus* de dados.

Na terceira fase, procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, por meio da inferência e interpretação, aprofundando-se na análise dos dados e estabelecendo uma correlação com o referencial teórico e com os objetivos do trabalho.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, e aprovado sob parecer de número 4.810.317.

3 RESULTADOS

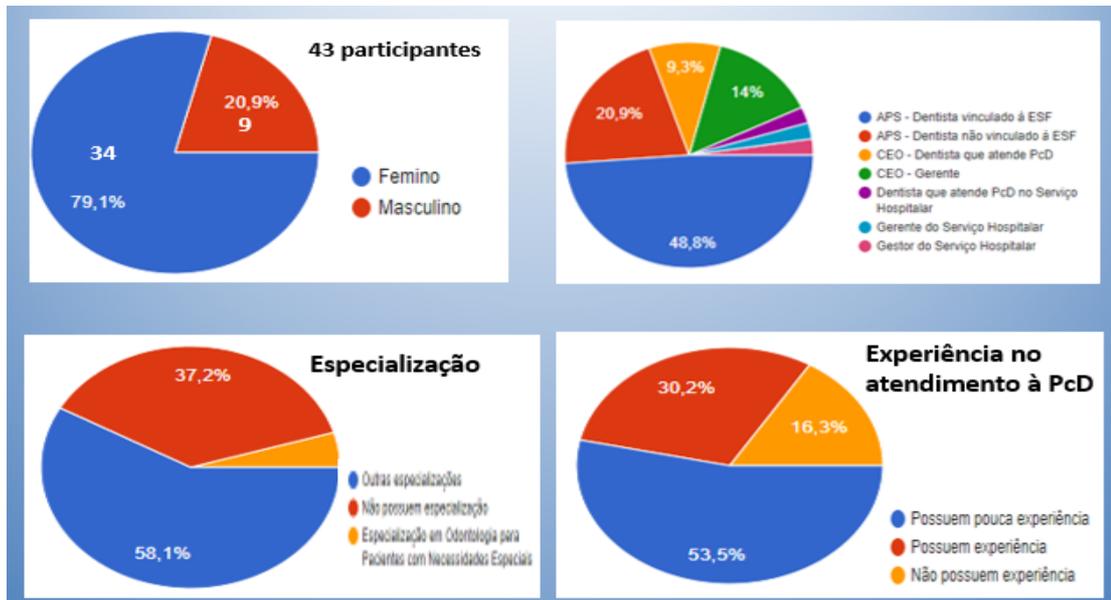
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram 43 profissionais, sendo 34 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Do total, 30 eram Cirurgiões-dentistas da APS, 6 Gerentes e 4 Cirurgiões-dentistas dos CEOs; 1 Gestor, 1 Gerente e 1 Cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar. Dos 30 Cirurgiões-dentistas da APS, 21 eram vinculados à ESF. Em 7 dos 37 municípios da região estudada, não houve adesão dos profissionais para participação nesta pesquisa.

O tempo médio de serviço no SUS, informado pelos participantes, foi de 10 anos. 37,20% dos profissionais informaram não possuir curso de especialização e 4,65% possuem curso de especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Em relação a experiência no atendimento à PcD, 16,3% dos participantes informaram que não

possuem experiência neste tipo de atendimento, 53,5% informaram que possuem pouca experiência e 30,2% indicaram possuir experiência no atendimento a estes pacientes (Figura 1).

Figura 1 – Caracterização dos participantes



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

No Fluxo assistencial desta região, as Equipes de Saúde Bucal da APS das microrregiões de saúde de Juiz de Fora e de Lima Duarte encaminham as PcD para o atendimento especializado nos CEOs do município de Juiz de Fora. A APS da microrregião de Santos Dumont encaminha as PcD para o atendimento no CEO do município de Santos Dumont. Já a APS da microrregião de São João Nepomuceno/Bicas encaminha as PcD para o atendimento no CEO do município de São João Nepomuceno (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos participantes por microrregião de saúde e fluxo assistencial RASB-PcD, SRS-JF (MG), 2022



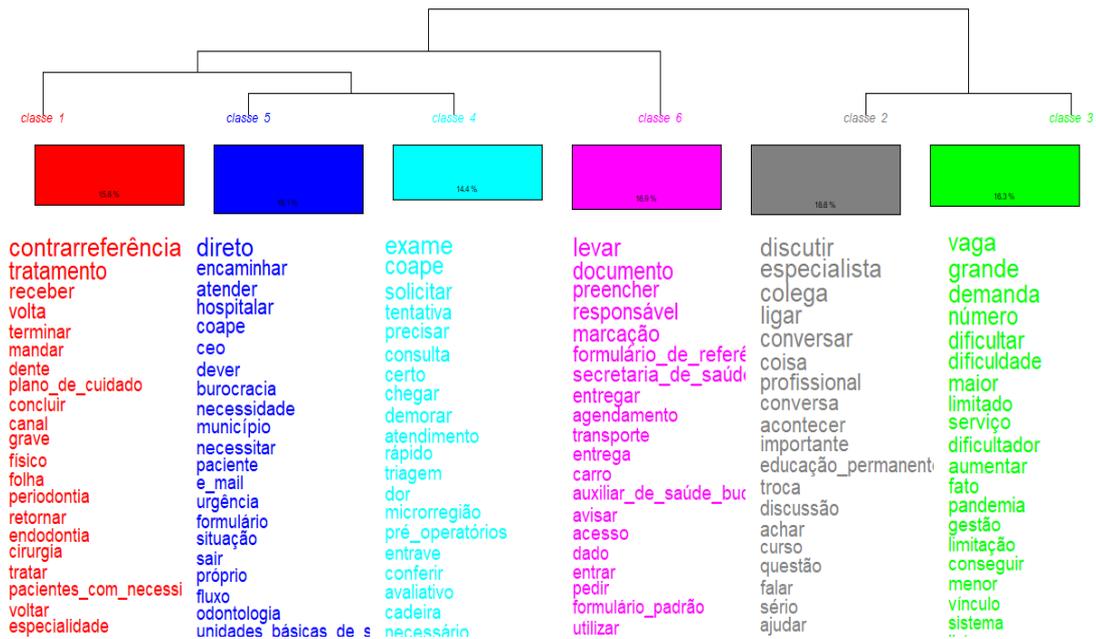
Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

3.2 ANÁLISE NO IRAMUTEQ

Foi produzido um *corpus* textual único, composto por 43 textos provenientes da transcrição dos grupos focais e entrevistas individuais. O *corpus* geral foi separado em 779 segmentos de textos (STs), com aproveitamento de 78,18% dos vocábulos, ou seja, 609 segmentos foram classificados.

O *corpus* textual foi processado no IRAMUTEQ e, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerou 6 classes, conforme a semelhança dos vocábulos, representadas pelo dendrograma da figura 2. Dos 609 segmentos de texto (ST), 96 ST (15,8%) foram classificados na classe 1, 113 ST (18,6%) na classe 2, 99 ST (16,3%) na classe 3, 88 ST (14,4%) na classe 4, 110 ST (18,1%) na classe 5 e 103 ST (16,9%) na classe 6 (Figura 2).

Figura 3 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual



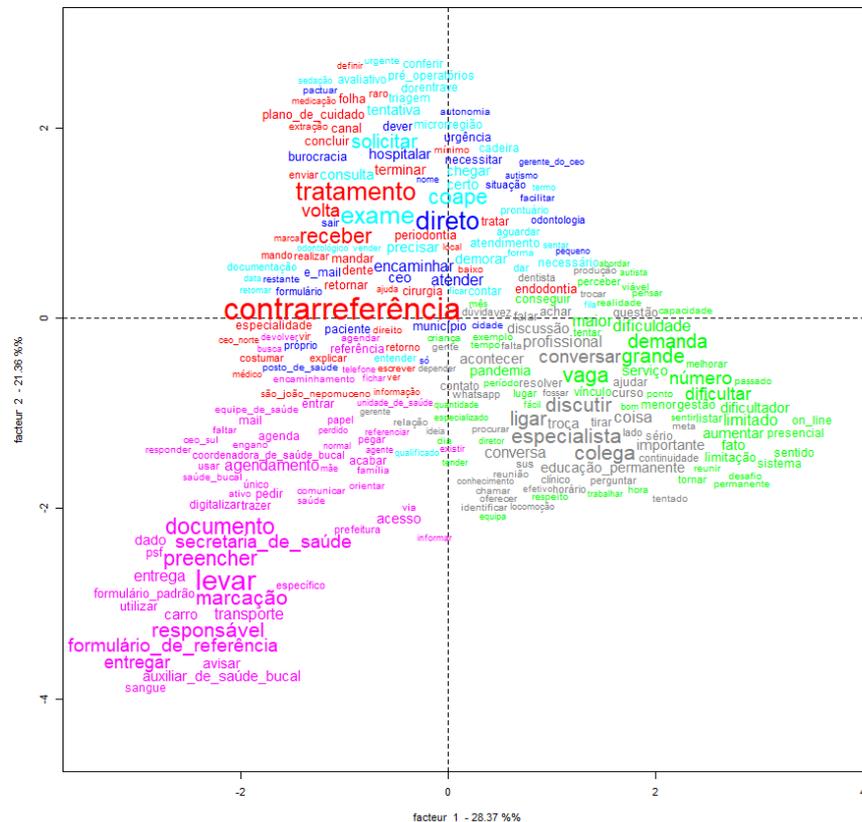
Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

O *corpus* textual, primeiramente, foi dividido em dois *sub-corpus*, separando o conteúdo das classes 2 e 3 do restante do material, indicando que essas duas classes estão fortemente ligadas, mas possuem vocábulos de natureza distinta do restante. A classe 2 representa a articulação entre os profissionais de saúde bucal e a classe 3 a oferta de vaga nos serviços especializados.

Esta divisão do *corpus* textual deu origem a dois *sub-corpus*. O primeiro deles é a classe 6, que remete ao fluxo de referência dos pacientes na Rede de Atenção à Saúde Bucal e o segundo é a classe 1, que diz respeito ao fluxo de contrarreferência dos pacientes nesta rede. Posteriormente, a classe 1 gerou as classes 4 e 5, que estão interrelacionadas, sendo que a classe 5 ilustra o acesso aos serviços de saúde desta rede e a classe 4 trata de pré-requisitos para conseguir este acesso. A classificação foi interrompida neste ponto, indicando a estabilidade das 6 classes no que se refere a segmentos de texto com vocábulos semelhantes.

A partir da CHD, foi realizada a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), conforme a figura 3.

Figura 4 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC)



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

Na AFC, no quadrante inferior esquerdo, observa-se a classe 6 (rosa), que traz elementos relacionados ao fluxo de referência dos pacientes da APS para o CEO, sendo que as palavras “levar”, “documento”, “preencher”, “responsável”, “marcação”, “formulário de referência”, “secretaria de saúde”, “entregar”, “agendamento”, “transporte” e “auxiliar de saúde bucal” são as mais influentes desta classe, elucidando como ocorrem os encaminhamentos, a marcação, o agendamento e o transporte dos pacientes para os serviços de referência dessa rede.

A gente pega o contato do responsável pelo paciente e quando marca eu mesmo entro em contato com o responsável e peço para vir no posto de saúde pegar o formulário de referência, a Secretaria de Saúde providencia o transporte para levar e para trazer o paciente.

Transcrição do áudio cd_03, mic_4, niv_1

Na parte superior esquerda da AFC, a classe 1 (vermelha), que remete ao fluxo de contrarreferência dos pacientes na rede, aparece parcialmente misturada com as classes 4 (azul claro) e 5 (azul escuro), que dizem respeito ao acesso à rede de atenção à saúde, indicando que o acesso aos serviços de saúde está relacionado ao fluxo assistencial.

Na classe 1, as palavras mais evidentes são “contrarreferência”, “tratamento”, “receber”, “volta”, “terminar”, “mandar”, “plano de cuidado” e “concluir”, relacionando-se com a contrarreferência e o plano de cuidado ao terminar ou concluir o tratamento, evidenciando como a contrarreferência reflete na continuidade do cuidado.

Não vem um plano de cuidado com o paciente que teve que ir para o tratamento hospitalar não, a gente não recebe nada não, eu nunca recebi nenhum deste tipo de contrarreferência.

Transcrição do áudio cd_06, mic_3, niv_1

Na parte superior da figura, as classes 4 (azul claro) e 5 (azul escura) se misturam, demonstrando certa similaridade entre os vocábulos. Suas abordagens, porém, são distintas. Na classe 5, as palavras mais evidentes são “direto”, “encaminhar”, “atender”, “hospitalar”, “COAPE”, “CEO”, “dever”, “burocracia” e “necessidade”, o que ilustra o acesso dos pacientes aos serviços de saúde desta rede, demonstrando barreiras que podem dificultar o acesso.

A dificuldade que eu acho, às vezes, é paciente que a gente sabe que poderia ir direto para o COAPE, porque não vai ter condição de ser atendido no CEO, e a gente ainda tem que seguir esta burocracia, de ter que mandar para o CEO primeiro para depois eles encaminharem para o COAPE.

Transcrição do áudio cd_08, mic_1, niv_1

Já a classe 4 trata de pré-requisitos para acessar estes serviços. Nela surgem as palavras “exame”, “COAPE”, “solicitar”, “tentativa”, “precisar”, “consulta”, “certo”, “chegar”,

“demorar”, “atendimento” e “entreve”, remetendo novamente a barreiras que podem influenciar no acesso dos pacientes.

Acontece uma demora para o agendamento do paciente, as vezes o paciente chega até a perder os exames pré-operatórios, por conta da demora do agendamento do procedimento.

Transcrição do áudio cd_30, mic_2, niv_1

No quadrante inferior direito da figura, aparecem as classes 2 (cinza) e 3 (verde claro). Na classe 3, os termos “vaga”, “grande”, “demanda”, “número”, “dificuldade” e “limitado” exercem maior influência, mostrando a oferta de vagas perante a demanda pelos serviços de referência como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador.

As vagas referenciadas para o município são muito poucas pela demanda, no caso de pacientes com necessidades especiais...

Transcrição do áudio cd_24, mic_2, niv_1

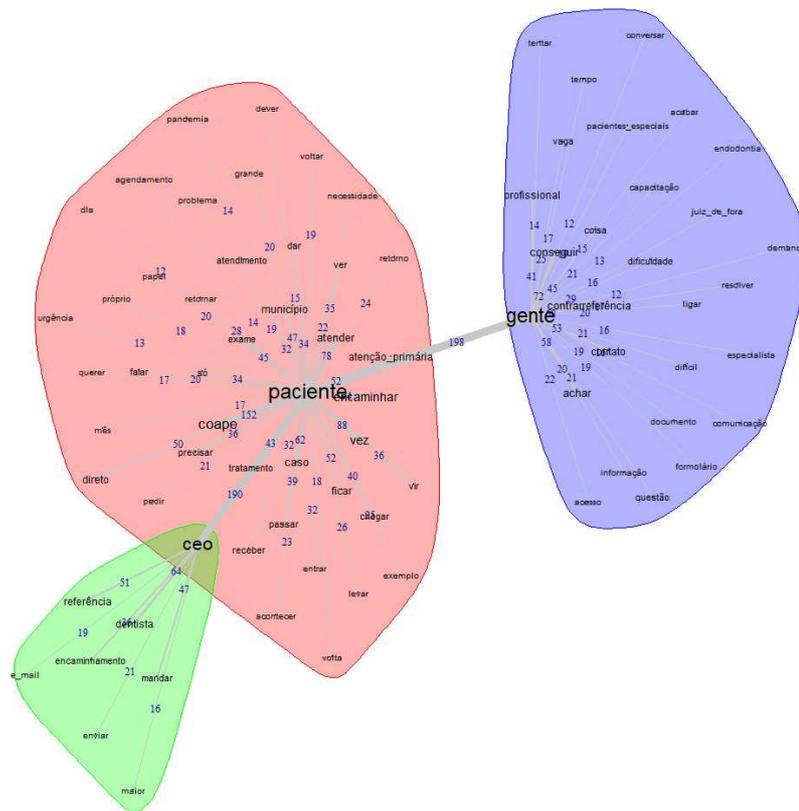
Já na classe 2, as palavras “discutir”, “especialista”, “colega”, “ligar”, “conversar”, “coisa” e “importante” são as de maior representatividade, evidenciando a importância da comunicação entre os profissionais de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção, o que consiste em uma das funções do Apoio Matricial, que surge como uma potencialidade para auxiliar a APS na coordenação dessa rede.

Não tem este momento dos profissionais estarem conversando, tirando dúvidas, fazendo uma capacitação, mas algumas vezes eu tive a oportunidade de um colega ter uma dúvida e ligar para o serviço, perguntando se a gente pode falar com o colega.

Transcrição do áudio cd_35, mic_1, niv_3

A Análise de Similitude está representada pela figura 4.

Figura 5 – Gráfico de similitude (árvore máxima) das formas ou palavras do corpus textual



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

Na Análise de Similitude, podemos identificar a correlação entre as palavras e a concordância estabelecida entre elas. Assim, observa-se que as palavras “paciente”, “gente” e “CEO” possuem uma forte relação na árvore de similitude, pois representam elementos essenciais dentro de uma rede de atenção à saúde, que são os pacientes, os profissionais de saúde (gente) e os serviços de saúde (CEO), que realizam o atendimento para os usuários.

A palavra “paciente” surge como foco central deste contexto, demonstrando ser o paciente, ou usuário do sistema de saúde, o elemento primordial que justifica a existência da Rede de Atenção à Saúde.

O contexto no qual o vocábulo “gente” apresenta-se, dentro das falas dos participantes, mostra que o termo é utilizado pelos participantes quando eles se referem a si próprios, no

sentido de “a gente”, conforme exemplo abaixo. Assim, a palavra “gente” representa outro recurso fundamental de uma rede de atenção à saúde, que são os profissionais que atuam nesta rede. No caso deste trabalho, são eles os cirurgiões-dentistas, bem como os gerentes e gestores dos serviços de saúde bucal.

A gente faz a princípio uma avaliação do paciente, tem certos pacientes especiais que eu consigo atender aqui mesmo no município, quando o paciente é difícil a gente encaminha para o CEO.

Transcrição do áudio cd_05, mic_3, niv_1

O CEO é evidenciado na árvore de similitude como uma palavra base do contexto analisado, sendo o serviço de saúde que presta assistência no nível especializado dentro desta rede, evidenciando outro aspecto essencial dentro do sistema de saúde, que são os pontos de atenção à saúde, representados pelos serviços de saúde.

A Análise de Similitude mostra também a relação entre os 3 vocábulos principais com outros termos significativos.

A palavra “paciente” estabelece relação com os termos “Atenção-primária”, “município”, “encaminhar”, “tratamento”, “precisar”, “passar”, “CEO”, dentre outras, elucidando o fluxo de referência destes pacientes dentro do sistema de saúde, os quais são encaminhados pela APS dos municípios de residência para realizar o tratamento especializado ou hospitalar. Nesse trajeto, passam pelo “CEO” e depois são atendidos no COAPE. Além disso, a palavra “paciente” também demonstra relação direta, em um dos segmentos, com as palavras “COAPE” e “direto”, o que corrobora com o que foi observado nas análises anteriores, estabelecendo uma relação com questões de acesso do paciente aos serviços hospitalares.

A palavra “gente”, representativa dos profissionais dos serviços de saúde desta rede, nas ramificações periféricas da árvore, estabelece relação com os termos “contrarreferência”, “dificuldade”, “vaga”, “demanda”, “capacitação”, ilustrando aspectos sobre a contrarreferência

proveniente dos serviços especializado e hospitalar, a oferta de vagas perante a demanda existente e a importância de capacitação dos profissionais para otimização dos serviços. Além disso, também aparecem nos “trancos” relacionados à palavra “gente” os vocábulos “achar”, “acesso”, “contato”, “informação”, “especialista”, “ligar”, “comunicação”, “questão”, “difícil”, “resolver”, dentre outras. Isso reitera o que já foi identificado nas análises anteriores, demonstrando a articulação entre os profissionais, bem como o contato e a comunicação entre eles, para trocar informações e tentar resolver conjuntamente as questões mais difíceis.

3.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Mediante análise do corpus textual, perante as 6 classes geradas pela CHD e em consonância com as palavras mais frequentes e significativas, as classes foram nomeadas e categorizadas em 2 categorias, de acordo com o referencial teórico e a afinidade entre as palavras. Os resultados podem ser visualizados no quadro 1.

Quadro 1 – Composição das categorias de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011)

Categorias	Classes	Palavra representativa da classe	Denominação
Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD)	Classe 6	<i>“levar”</i>	Fluxo de Referência na RASB-PcD
	Classe 1	<i>“contrarreferencia”</i>	Fluxo de contrarreferencia na RASB-PcD
	Classe 5	<i>“direto”</i>	Acesso à RASB-PcD
	Classe 4	<i>“exame”</i>	Pré-requisito para atendimento no serviço hospitalar da RASB-PcD
Desafios e Potencialidades para que a APS cumpra seu papel	Classe 3	<i>“vaga”</i>	Oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados da RASB-PcD

coordenador na RASB-PcD			
	Classe 2	“discutir”	Articulação entre os profissionais dos serviços de saúde bucal da RASB-PcD

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

3.3.1 Categoria 1 - Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD)

3.3.1.1 Fluxo de Referência na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

No fluxo assistencial de referência identificado neste trabalho, os profissionais de saúde bucal da APS utilizam um formulário próprio para referenciar as PcD para os CEOs, com as informações necessárias para o encaminhamento do paciente. O paciente é atendido no CEO de referência e posteriormente, se for o caso, é encaminhado para o serviço de odontologia hospitalar. O agendamento no CEO normalmente é feito pela própria ESB da APS ou, em alguns casos, pela Secretaria Municipal de Saúde, através de e-mail ou via ligação telefônica. O município de origem providencia o transporte para levar o paciente, não havendo relatos de dificuldades neste sentido.

Para o CEO a gente encaminha com o formulário de referência e contrarreferência, quem agenda é a Auxiliar de Saúde Bucal, por e-mail, aí mandam a data para ela do atendimento e ela entra em contato com o paciente, para o paciente vir na unidade de saúde pegar o encaminhamento, para levar no dia da consulta.

Transcrição do áudio cd_09, mic_1, niv_1

Para o COAPE é feito o agendamento via e-mail, a gente mesmo do CEO é que agenda e que comunica o paciente, e tem uns documentos de odontologia Hospitalar que a gente tem que preencher para encaminhar para o COAPE.

Transcrição do áudio gr_02, mic_1, niv_2

Porém, o fato de haver um dia específico no mês para realizar os agendamentos foi apontado por alguns participantes como um fator dificultador. Além disso, a qualificação para um preenchimento mais adequado do formulário de referência, proveniente da APS, também apareceu como uma ação necessária.

A questão de conseguir vaga as vezes é complicada, porque fala que tem uma cota, mas as vezes se você não marcar dentro daqueles dias, você não consegue mais aquela vaga.

Transcrição do áudio cd_21, mic_2, niv_1

A gente está cobrando, então vem a referência preenchida direitinho, mas ainda faltando muita informação, os profissionais ainda precisam ser melhor qualificados para estar fazendo essa abordagem.

Transcrição do áudio gr_oh, mic_1, niv_3

3.3.1.2 Fluxo de contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A contrarreferência proveniente do COAPE, serviço hospitalar localizado no município sede da macrorregião de saúde Juiz de Fora, é enviada via paciente/responsável ou via Secretaria Municipal de Saúde, entretanto, geralmente não chega até os profissionais de saúde bucal da APS e nem dos CEOs. A contrarreferência vinda dos CEOs de Juiz de Fora para a APS também é falha e, normalmente, não é recebida pelos profissionais deste nível de atenção.

Nem todos fazem a contrarreferência e quando fazem vem mais sobre o que foi feito no paciente, não vem o que a gente precisa seguir depois do tratamento, não vem um plano de cuidado.

Transcrição do áudio cd_01, mic_2, niv_1

Já as ESB que referenciam para os CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont, no geral, relataram receber a contrarreferência e o plano de cuidado ao término do tratamento dos pacientes, nestes CEOs.

Na verdade eu não recebo esta contrarreferência quando este paciente é encaminhado para a COAPE, essa contrarreferência do CEO a gente tem sim, quando é da odontologia hospitalar a gente não tem muito acesso.

Transcrição do áudio cd_06, mic_3, niv_1

Não é sempre que tem contrarreferência, normalmente não tem contrarreferência da COAPE, mas do CEO costuma ter a contrarreferência, costuma vir direitinho o plano de cuidado.

Transcrição do áudio cd_03, mic_4, niv_1

3.3.1.3 Acesso à Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

O fato de o paciente ter primeiro que passar pelo CEO de referência e posteriormente, se for o caso, ser encaminhado para o serviço de odontologia hospitalar, denominado COAPE, foi evidenciado pelos profissionais da atenção primária como um entrave para o acesso a esse serviço, principalmente nos casos de urgência odontológica. Os profissionais relataram a necessidade de maior autonomia para avaliar se há indicação de tratamento hospitalar e se for o caso, encaminhar os pacientes diretamente para o COAPE, realizando um contato direto com este serviço. Nesse caso, os CEOs funcionam como um “regulador do acesso” ao COAPE, o que é visto por alguns profissionais da atenção primária como uma “burocracia desnecessária”, que dificulta o acesso do paciente, principalmente nos casos em que o mesmo possui restrições de locomoção, como pacientes acamados.

Às vezes a gente tem um paciente de urgência aqui e ter que encaminhar para o CEO para depois ir para o COAPE é uma burocracia muito grande, a burocracia dificulta, facilitaria se tivesse um fluxo mais direto.

Transcrição do áudio cd_02, mic_1, niv_1

A gente podia ter maior autonomia para encaminhar direto para o coape.

Transcrição do áudio cd_09, mic_1, niv_1

Eu tenho uma paciente que é uma paciente do asilo que a gente atende aqui, com uma dificuldade de locomoção muito grande, aí eu conversei com a gerente do CEO para ver se ela poderia pular esta etapa para mim.

Transcrição do áudio cd_24, mic_2, niv_1

Por outro lado, os profissionais dos CEOs e do COAPE, bem como os gerentes e gestores destes serviços, veem como importante esta etapa de triagem, a fim de evitar sobrecarga e encaminhamentos desnecessários para o serviço hospitalar que é, por sua vez, um serviço altamente especializado e com grande demanda, pois atende toda a macrorregião de saúde.

Se não fizer esta triagem no CEO talvez vai sobrecarregar o COAPE de muito paciente e às vezes os pacientes que realmente precisam vão ficando cada vez mais para trás, porque está cheio de paciente que não tem necessidade de estar no COAPE.

Transcrição do áudio gr_2, mic_1, niv_2

O grande problema ainda é uma referência não qualificada, muito paciente que não precisaria ser encaminhado chega para o COAPE.

Transcrição do áudio gr_oh, mic_1, niv_3

3.3.1.4 Pré-requisito para atendimento no serviço hospitalar da Rede de Atenção à Saúde

Bucal para Pessoas com Deficiência

Os gerentes dos CEOs relataram a dificuldade de alguns pacientes na realização dos exames pré-operatórios preconizados para o encaminhamento e agendamento do paciente no COAPE, o que dificulta o acesso dos pacientes, que em alguns casos não voltam com os exames solicitados e até mesmo desistem do tratamento. Além disso, por outras vezes, quando é disponibilizada a vaga para o serviço hospitalar, alguns exames perdem o prazo de validade, culminando na inutilidade dos mesmos e na necessidade de repetição para garantir o atendimento.

O CEO fica aguardando o paciente retornar com aqueles exames para conferência, eu percebo que alguns não voltam, não sei se é pela quantidade de exames, se os pacientes não conseguem fazer estes exames.

Transcrição do áudio gr_4, mic_1, niv_2

Os exames às vezes demoram muito, as vezes quando o paciente termina todos os exames o primeiro exame que o paciente fez já perdeu a validade.

Transcrição do áudio gr_1, mic_1, niv_2

3.3.2 Categoria 2 - Desafios e Potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

3.3.2.1 Oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados apareceu como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador. A oferta insuficiente de vagas, tanto para os CEOs quanto para o COAPE, foi frequentemente relatada pelos profissionais da APS, sendo mais evidente nas 2 microrregiões que referenciam pacientes para os 5 CEOs de Juiz de Fora, caracterizando sobrecarga destes CEOs, por atenderem 2 microrregiões de saúde compostas por 25 municípios.

As vagas são poucas e tem uma demanda reprimida muito grande que não consegui sanar, porque é muito difícil conseguir marcar.

Transcrição do áudio cd_07, mic_1, niv_1

Eu acho que o que dificulta um pouco é a questão do número de vagas para encaminhar os pacientes para o CEO e para o COAPE.

Transcrição do áudio cd_01, mic_2, niv_1

No que tange aos CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont, não houve relatos de dificuldades quanto à oferta de vagas, pois estes CEOs atendem somente suas respectivas microrregiões. Persistiu, porém, dentre as colocações dos participantes destas regiões, a percepção da insuficiência de vagas para o COAPE, responsável pela avaliação e triagem dos pacientes para acesso ao serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, o que o torna referência macrorregional. Assim, no que tange a este tipo de paciente, o COAPE atende toda a macrorregião de saúde Sudeste, incluindo as microrregiões de saúde de abrangência dos CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont.

É uma dificuldade do CEO também marcar para o COAPE, porque diz que só tem uma vaga para a microrregião toda.

Transcrição do áudio cd_05, mic_3, niv_1

Por causa da pandemia está com dificuldade de vaga porque ficou uma fila grande, antes da pandemia não tinha dificuldade de vaga não, era mais para o COAPE que tinha uma demanda maior, uma fila que demorava mais.

Transcrição do áudio cd_03, mic_4, niv_1

3.3.2.2 Articulação entre os profissionais dos serviços de saúde bucal da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A comunicação entre os profissionais de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção à saúde ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática, demonstrando que existe pouco vínculo entre eles. Os profissionais de saúde bucal da APS não possuem contato sistematizado com os profissionais dos CEOs e do COAPE, para discutir casos de pacientes, esclarecer dúvidas e receber Apoio Matricial.

A gente não consegue discutir nenhum caso clínico com os especialistas não.

Transcrição do áudio cd_19, mic_3, niv_1

Já o contato dos profissionais dos CEOs com o COAPE ocorre com maior frequência, porém ainda de forma pontual.

Quando os CEOs têm alguma dificuldade eles ligam para o COAPE, pedem orientação, discuti o caso, mas é pouco ainda, acho que isso tem que ser implementado.

Transcrição do áudio gr_oh, mic_1, niv_3

As estratégias de Apoio Matricial provenientes dos CEOs e do serviço hospitalar ainda são insuficientes, havendo somente capacitações pontuais e específicas, não sendo realizados de forma regular processos de educação permanente com as equipes de saúde bucal da APS. Os CEOs também não recebem matriciamento originado do serviço hospitalar. As formas de organização dos fluxos de referência e contrarreferência não são discutidas, de modo periódico, pelos profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde bucal.

Com relação à educação permanente, organização de fluxo de referência, a gente não tem nenhum tipo de instrução, a não ser o que a gente já tem estabelecido no papel.

Transcrição do áudio cd_06, mic_3, niv_1

Só de ter uma comunicação com o profissional especialista a gente já conseguiria tirar alguma dúvida e já resolver aqui mesmo e não precisar de encaminhar o paciente, curso de educação permanente ajudaria mais ainda...

Transcrição do áudio cd_03, mic_4, niv_1

Assim, a melhor articulação entre os profissionais, através do Apoio Matricial, surge como uma potencialidade para que a APS exerça sua função coordenadora dentro da RABS-PcD.

4 DISCUSSÃO

A APS, como porta de entrada do sistema de saúde, tem a função de controlar o acesso aos outros níveis de atenção da rede, de acordo com os recursos assistenciais disponíveis e as necessidades da população, a fim de garantir a equidade e a integralidade da atenção (Batista, 2019).

Os resultados do presente estudo indicam que a APS funciona como porta de entrada da RASB-PcD, porém o fluxo assistencial de referência nesta rede, apesar de estar instituído, ainda apresenta inconsistências, como limitações de dias específicos para a realização dos agendamentos e necessidade de uma referência mais qualificada, que descreva melhor aspectos relacionados a avaliação do paciente, bem como indicação de tratamento e motivos do encaminhamento para o serviço especializado, de modo a otimizar o trabalho dos especialistas. Além disso, também foi identificado que a contrarreferência, proveniente tanto dos CEOs quanto do serviço hospitalar, para a APS, também apresenta fragilidades, pois não chega até os profissionais da APS, os quais ficam sem retorno sobre o tratamento que foi realizado nos serviços de maior complexidade e sem um plano de cuidado para auxiliá-los na continuidade do cuidado desses pacientes.

Este trabalho apontou que os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar (COAPE) precisam ser melhor discutidos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção para que a APS tenha maior autonomia na regulação dos pacientes junto aos CEOs, sem que isso reflita em sobrecarga para o serviço hospitalar. Além disso, é necessário o estabelecimento de um fluxo efetivo para a realização dos exames pré-operatórios em tempo oportuno, a fim de facilitar o acesso desses pacientes ao serviço hospitalar e evitar a perda de validade e repetição de exames.

Batista (2019) ressalta que a regulação do acesso ou regulação assistencial não deve ser apenas um ato normativo burocrático, baseado em protocolos clínicos, mas um mecanismo dinâmico, com foco no usuário e em suas necessidades. É importante a construção coletiva do

procedimento, com transparência, flexibilidade, inovação e tecnologia, com o objetivo de agregar valor aos processos regulatórios em saúde, na busca de melhor qualidade e integração com as demais políticas públicas de saúde. Segundo Ferreira *et al.* (2016), a APS deve cumprir suas funções dentro da RAS, dentre elas a de coordenação, que consiste em orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os pontos da rede, destacando a potência da ação regulatória nesse nível de atenção. Assim, a deficiência de instrumentos regulatórios e de protocolos de referência e contrarreferência pode comprometer a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado.

Chueiri, Harzheim e Takeda (2017) referem-se à coordenação como a organização do cuidado individual, a fim de dar continuidade às ações de saúde nos diversos pontos da rede, garantindo ao usuário que sua necessidade seja atendida de forma integral e em tempo oportuno. Portanto, é fundamental que todos os profissionais tenham ciência da importância dos fluxos e contrafluxos na RASB-PcD.

A oferta insuficiente de vagas nos serviços de saúde bucal especializados e hospitalar foi identificada neste estudo como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD. A coordenação entre os níveis de atenção, de acordo com Almeida *et al.* (2010), se dá também na análise sistemática pelos profissionais da APS dos encaminhamentos para os serviços especializados; no monitoramento e gestão das filas de espera; na garantia do acesso aos serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e as consultas especializadas; na utilização de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços e na estruturação dos sistemas de regulação e marcação de consultas e exames.

Silva *et al.* (2017); Almeida, Oliveira e Giovanella (2018) enumeraram que, dentre os principais desafios para a coordenação do cuidado pela APS, estão as dificuldades de comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção e a dificuldade de acesso aos serviços especializados. Do mesmo modo, Costa, Guerra e Leite (2022) identificaram como

pontos críticos na RAS: a comunicação entre os profissionais, o sistema de referência e contrarreferência e o acesso aos serviços especializados. Os mesmos autores destacaram a relevância da contrarreferência para a continuidade do cuidado e resolubilidade dos serviços de saúde, além da necessidade de ampliar a discussão em torno da coordenação do cuidado, por meio da formação profissional e educação permanente.

Os dados do presente estudo mostraram que a comunicação entre os profissionais de saúde bucal da RASB-PcD ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática. A organização dos fluxos de referência e contrarreferência não são discutidas de modo periódico e as estratégias de Apoio Matricial ainda são insuficientes. Sendo assim, melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais desta rede, através do desenvolvimento de estratégias sólidas de Apoio Matricial, bem como de processos de educação permanente contínuos, emergiram com uma grande potencialidade, para que as ESB da APS possam coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar um atendimento integral às PcD.

Nesse sentido, para Campos e Domitti (2007) e Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial é uma boa estratégia para transcender a lógica dos encaminhamentos que fragmentam o cuidado, quebrar a burocratização da modalidade de referência e contrarreferência e aumentar o vínculo durante o atendimento interdisciplinar, criando oportunidades de comunicação, de troca de saberes e de organização dos fluxos dentro da RAS. Para Starfield (2003), esta metodologia atribui maior resolutividade a APS, integrando a APS com a atenção especializada, por meio de uma relação horizontal entre o generalista e o especialista, através do compartilhamento do atendimento, da atuação conjunta na continuidade do cuidado, além de consultas breves e intervenções pontuais.

De acordo com Mello Filho e Silveira (2005), Bying *et al.* (2008), Brasil (2009) e Saraiva e Zepeda (2012), o contato entre a equipe de referência da APS e os apoiadores matriciais pode ocorrer tanto através de encontros periódicos programados para a discussão de

casos, planejamento e execução das ações conjuntas; quanto de maneira emergencial, em situações imprevistas, devendo ser evitadas a burocratização dos fluxos e a criação de barreiras de acesso. Os profissionais devem realizar, de modo conjunto, a regulação do acesso da população aos serviços ofertados; o gerenciamento das listas de espera; a definição das funções de cada profissional; a construção de diretrizes para o acionamento do apoio, baseada em critérios de risco, vulnerabilidade e prioridade; a discussão de casos mais complexos; os atendimentos compartilhados; a construção de projeto terapêutico e as intervenções coletivas. O matriciamento também deve incluir processos de educação permanente, direcionados para as necessidades identificadas, a fim de aumentar a autonomia e a confiança das equipes da APS e qualificar os encaminhamentos. Também podem ser oferecidas interconsultas breves, presenciais, remotas ou utilizando prontuário compartilhado. Para Medeiros *et al.* (2020), o Apoio Matricial potencializa a comunicação e o diálogo entre os envolvidos, amplia a cogestão do cuidado em saúde, facilita o reconhecimento das necessidades de mudança nas intervenções individuais e coletivas e estimula as ações de planejamento. Já Barros *et al.* (2015) apontou que este processo fortalece as ações interdisciplinares, a construção de novas lógicas de trabalho, a transformação das práticas e a organização do trabalho, produzindo uma relação de cooperação e confiança.

Este estudo teve como limitação o fato de ter ocorrido de modo virtual, visto que o preconizado neste tipo de coleta é que o pesquisador observe as reações, postura e gestos dos participantes durante a realização dos grupos focais e entrevistas. Além disso, outra limitação foi a realização deste trabalho logo após o estágio mais crítico da pandemia da Covid-19, ocasião na qual os serviços de saúde ainda sofriam impacto do período pandêmico. Contudo, os desafios e potencialidades parecem não serem restritos à dinâmica deste período, dada a descrição feita pelos participantes do fluxo habitual na RASB-PcD. Complementar a análise com visitas *in locu* para avaliar o funcionamento da rede pode ser objeto para estudos futuros.

5 CONCLUSÃO

O fluxo assistencial de referência e contrarreferência na RASB-PcD da região estudada, apesar de estar parcialmente instituído, ainda apresenta inconsistências e demonstra fragilidades importantes, sendo necessária a qualificação dos profissionais em ambos os aspectos.

Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar da RASB-PcD (COAPE) precisam ser melhor discutidos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, de modo que as APS tenham maior autonomia na regulação destes pacientes junto aos CEOs, sem que isso reflita em sobrecarga para o serviço hospitalar. Além disso, é necessário o estabelecimento de um fluxo efetivo para a realização dos exames pré-operatórios em tempo oportuno, a fim de facilitar o acesso destes pacientes ao serviço hospitalar e evitar a perda de validade e repetição de exames.

A oferta insuficiente de vagas nos serviços de saúde bucal especializados e hospitalar também foi identificada como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD, sendo que a implantação de um CEO na microrregião de saúde de Lima Duarte poderia diminuir a sobrecarga dos CEOs de Juiz de Fora, otimizando esta oferta.

A comunicação entre os profissionais de saúde bucal da RASB-PcD ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática, demonstrando pouco vínculo entres eles. A organização dos fluxos de referência e contrarreferência não é discutida de modo periódico e as estratégias de Apoio Matricial ainda são insuficientes.

Sendo assim, melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais dessa rede, através do desenvolvimento de estratégias sólidas de Apoio Matricial, bem como de processos de educação permanente contínuos, emergiram com uma potencialidade, para que as ESB da APS possam coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar um atendimento integral às PcD.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE JUNIOR, E. O.; ANDRADE, E. O. Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 123-130, 2016.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA P. F.; OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2213-2227, 2018.
- ALMICO, T.; FARO, A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 723-737, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BATISTA, S. R. et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: nov. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde: anexo VI, Redes de Cuidados à pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017a, suplemento, p. 01.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria nº 1.570, de 24 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jul. 2004, seção 1, p. 71
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 out. 2009, seção 1, p. 124.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BYING, R. et al. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 1, p. 274-281, 2008.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ. Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Laboratório de Psicologia Social Comunicação e Cognição - UFSC**, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: nov. 2020.

CHUEIRI, P.S., HARZHEIM, E., TAKEDA, S.M.P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação de atributos da Atenção Primária Saúde, sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2022.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

FERREIRA, J. B. B. et al. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

MEDEIROS, C.R.G. et al. O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 478-490, abr-jun 2020.

- MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-151, 2005.
- MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.
- OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidados em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**. Enferm, 2017
- OLIVEIRA, M. T. P. et al. Os desafios e potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis**, Rio de Janeiro, 2022.
- RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.
- SANTOS, V. et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping Review. Atas CIAIQ2017. **Investigação Qualitativa em Saúde** [s. l.], v. 2, n. 1, p. 392-401. 2017.
- SARAIVA, S.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2012.
- SILVA, S. S. et al. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Reciis: Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-12, abr./jun. 2017.
- STARFIELD, B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. **Br J Gen Pract**, London, v. 53, n. 494, p. 723-729, 2003.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é a porta de entrada do sistema de saúde e o primeiro contato dos pacientes com a RASB-PcD. Como coordenadora e ordenadora da rede, seus profissionais devem estar qualificados para cumprir suas atribuições, organizar seus processos de trabalho e desenvolver estratégias para superar os desafios deste nível de atenção à saúde. A atenção à saúde bucal das PcD requer um cuidado diferenciado, determinado pela própria deficiência, o qual deve ocorrer de forma segura e humanizada. Os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para realizar um tratamento adequado e de qualidade para estes pacientes.

A educação permanente dos profissionais da APS pode contribuir para este processo, porém deve ocorrer de forma regular e abordar temas relevantes e que façam sentido dentro da rotina de trabalho dos profissionais. O processo deve ocorrer de modo integrado com os demais pontos de atenção da rede.

A integração entre a APS e a atenção especializada e hospitalar é essencial para o funcionamento do sistema, pois o cuidado em saúde deve ser desenvolvido de modo compartilhado. Assim, quanto mais coesa a relação entre os profissionais dos serviços básicos e especializados, maior a possibilidade de uma assistencial integral e de qualidade. Porém, é necessário ir além das ações de educação permanente, instituindo também estratégias contundentes de Apoio Matricial, para que os profissionais da APS possam contar com o auxílio dos especialistas, realizar contatos de rotina e encontros para discussões dos casos e alinhamento dos fluxos, a fim de melhorar a assistência na APS, conferindo maior resolutividade a esse nível de atenção.

A oferta de vagas nos serviços de saúde especializados é um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador dentro da RASB-PcD na região estudada. Assim, é importante o uso racional destas vagas, evitando encaminhamentos desnecessários. Para isso, a APS deve ser resolutiva e solucionar a maioria dos problemas de saúde bucal destes pacientes, lançando mão do serviço especializado e hospitalar somente nos casos em que realmente existir necessidade de intervenção direta dos especialistas. Em contrapartida, os serviços especializados devem prestar suporte técnico e pedagógico para os profissionais da APS, através de intervenções indiretas, por meio de orientação a estes profissionais sobre a melhor maneira de conduzir os casos, definindo conjuntamente se há necessidade ou não de encaminhamento à outro nível de atenção. Além disso, faz-se necessária a discussão e atualização constantes dos fluxos assistenciais de referência e contrarreferência destes pacientes

ao longo da rede, dos critérios para a regulação do acesso e priorização dos atendimentos e encaminhamentos.

A RASB-PcD na região estudada, nos municípios de pequeno porte, conta com uma boa cobertura populacional de saúde bucal na APS, porém os municípios de médio e grande porte apresentam cobertura insuficiente neste nível de atenção, com destaque para o município sede da macrorregião de saúde, Juiz de Fora, o qual não possui ESB na ESF e conta com uma baixa cobertura de saúde bucal na APS, de 10,46%. Isso reflete na atenção especializada, gerando sobrecarga dos CEOs da região, que se concentram neste município e devido à insuficiência de cobertura absorvem demandas locais de atenção primária. O mesmo acontece na microrregião de São João Nepomuceno /Bicas, na qual o município sede do CEO possui baixa cobertura de saúde bucal na ESF, de 26,08%, e na APS, de 60,12%. A situação se repete também na microrregião de saúde de Santos Dumont, na qual o município sede do CEO possui baixa cobertura de saúde bucal na ESF, de 14,86% e na APS, de 22,29%. Assim, os CEOs destes municípios também absorvem demandas próprias de atenção primária, visto a insuficiência de cobertura.

A microrregião de saúde de Lima Duarte não possui CEO, sendo o fluxo de pacientes direcionado para Juiz de Fora, que também atende a própria microrregião, sendo mais um fator para a sobrecarga dos CEOs de Juiz de Fora, que são referência então para 2 microrregiões de saúde.

Portanto, além do desenvolvimento de ações regulares de educação permanente e instituição de estratégias sólidas de Apoio Matricial, é importante o aumento da cobertura populacional de saúde bucal na APS nos municípios sede de CEO, além da implantação de um CEO na microrregião de Lima Duarte para atendimento especializado daquela população. Outra questão importante é que os CEOs da região realizem a adesão à RCPD, o que pode contribuir para a solidificação desta rede.

Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar da RASB-PcD (COAPE) precisam ser melhor discutidos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, de modo que a APS tenham maior autonomia na regulação destes pacientes junto aos CEOs, sem que isso reflita em sobrecarga para o serviço hospitalar. Além disso, é necessário o estabelecimento de um fluxo efetivo para a realização dos exames pré-operatórios em tempo oportuno, a fim de facilitar o acesso destes pacientes ao serviço hospitalar e evitar a perda de validade e repetição de exames.

Portanto, o desenvolvimento de estratégias sólidas de Apoio Matricial e de processos de educação permanente contínuos possui grande potencial para melhorar a comunicação e a

articulação entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a APS possa cumprir seu papel de coordenadora da rede e garantir a longitudinalidade e a integralidade do cuidado das PcD.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE JUNIOR, E. O.; ANDRADE, E. O. Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 123-130, 2016.
- AQUILANTE, A. G; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
- ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, p. 6-12, set. 1978.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA P. F.; OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2213-2227, 2018.
- ALMICO, T.; FARO, A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 723-737, 2014.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan-mar, p. 169-173, 2015.
- AUSTREGÉSILO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3111-3120, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BASSO, M. B. et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, 2019.
- BATISTA, S. R. et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, 2019.
- BENZIAN, H. et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. **Int Dent J**, London, v. 61, n. 3, p. 124-130, jun. 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional nº 001/2013. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII, da Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde: anexo VI, Redes de Cuidados à pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017, suplemento, p. 01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 mar. 2001, seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 2005, seção 1, p. 113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.011, de 3 de outubro de 2014. Estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2014, seção 1, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.023, de 23 de abril de 2018. Institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de propor a elaboração de ações e estratégias sobre a Odontologia Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 abr. 2018, seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais

Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 mai. 2010, seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jun. 2002, seção 1, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 jul. 2012, seção 1, p. 74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais no Programa Saúde da Família (PSF). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 2000, seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570, de 24 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jul. 2004, seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 out. 2009, seção 1, p. 124.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.627, de 22 de dezembro de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei nº 13.528, de 29 de novembro de 2017, para transferência fundo a fundo de incentivo financeiro para aquisição de Unidades Odontológicas Móveis - UOM pelos entes Municipais, Estaduais e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2017, seção 1, p. 29. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. **Saúde Bucal**, nº 17. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BYING, R. et al. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 1, p. 274-281, 2008.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Laboratório de Psicologia Social Comunicação e Cognição - UFSC**, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: nov. 2020.

CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2009.

CARRER, F. C. A. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

- CARDOSO, A. et al. Condição bucal de crianças e adolescentes brasileiros institucionalizados com paralisia cerebral. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**, [s. l.], v. 58, n. 2, p. 105-110, 2017.
- CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1625-1636, 2016.
- CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO -25/2012**, estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatría; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Brasília, 2002.
- CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO-63/2005**. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, 2005.
- CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO-167/2015**. Normatiza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos. Brasília, 2015.
- CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 76-91, out. 2018.
- CHUEIRI, P.S., HARZHEIM, E., TAKEDA, S.M.P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017.
- COHEN, N.; HOREV, T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems – The case of Israel’s pediatric dentistry reform. **Isr J Health Policy Res**, [s. l.], v. 6, n. 24, p. 1-10, 2017.
- CONDESSA, A. M. **Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Programa de pós graduação em odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- COPE, D. G. Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 41, n. 3, 322-323. 2014.
- COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação de atributos da Atenção Primária Saúde, sob a ótica dos profissionais médicos; **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, jan./dez. 2022.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde

Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FERNANDES, G. F.; NARVAI, P. C. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FERREIRA, J. B. B. et al. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

GLASSMAN, P.; MILLER, C. E. Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 23, n. 5, p. 165-167, 2003.

GEORGIA, C. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.

GIGANTE, E. C.; GUIMARÃES, J. P. A Trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n. 2, p. 1-10, jul./dez. 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 502-506.

GODOI, H. et al. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, fev. 2014.

GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, p. 1-9, 2017.

HOLANDA, I. C. L. C. et al. Desenvolvimento de habilidades na formação de estudantes de Odontologia: a contribuição da Terapia Ocupacional e da Psicologia. **Rev ABENO**, Brasília, v. 19, p. 40-48, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JORGE, K. O. et al. Atendimento odontológico as crianças com necessidades especiais: uma revisão da literatura. **Rev Univ Vale**, Betim, v. 15, n. 2, p. 54-64, 2017.

KELLY B. J.; PERKINS, D. A.; PARKER, S. M. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. **Int J Ment Health Syst**, Basel, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, 2006.

LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7. 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

MAIA, M. Novo conceito de pessoa com deficiência e proibição do retrocesso. **Rede Virtual de Biblioteca**, Brasília, v. 12, n. 37, p. 289-306, 2013.

MARCHAND, P.; RATINAUD. P. L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: **Actes des 11^{eme} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JAD, Liège, Belgique 2012.

MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. **Rev gauch odontol.**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 379-385, 2011.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, C.R.G. et al. O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 478-490, abr-jun 2020.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-151, 2005.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

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

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, jan./mar. 2015.

MORAIS JUNIOR, R. C. et al. D. Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2018.

MORAES, A. S. M.; MAGNA, L. A.; MARQUES-DEFARIA, A. P. Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 685-90, 2006.

MOYSÉS, S. J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

MAUER, B. J. National Council for Community Behavioral Healthcare. **Behavioral health primary care integration models, competencies, and infrastructure: background paper** [Internet]. Canadá: NCCBH, May 2003. Disponível em: <<https://www.ncibh.org/uploads/attachments/cjao7zcx400c8veinist95u63-mauers-behav-health-models-competencies-infra.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 299-238, 2015.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidados em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery. Enferm.** 2017.

OLIVEIRA, M. T. P. et al. Os desafios e potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis**, Rio de Janeiro, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, aprovada pela Assembléia Geral da ONU em dezembro de 2006.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. **Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington: OPAS, 2010.

PAULA, M. C.; VIALI, L.; GUIMARÃES, G. T. D. Uso do software Sphinx durante a realização de análise textual discursiva: outros percursos. **Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica**, Vila Velha, v. 5, n. 3, p. 173-192, 2015.

PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2019.

PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. **Ann. N.Y. Acad. Sci.**, New York, v. 1136, n. 1, p. 161-167, 2008.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, suppl. 1, p. 146-157, 2012.

PINI, D. M.; FROHLICH, P. C.; RIGO, L. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 501-507, 2016.

PINTO, M. H. B. et al. As redes de atenção à saúde bucal: o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, N., GOES, P. S. A., MARTELLI, P. J. L. (Org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife-PE: Editora da UFPE, 2016, p. 221-233.

PORTOLAN, C. et al. Odontologia e pacientes especiais: conhecer, orientar e prevenir. **Rev Saude Integrada**, Santo Ângelo, v. 10, n. 20, p. 7-15, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. **Instrução Normativa nº 001 de 2010**. Florianópolis, 2010. Disponível em www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude.

QUEIROZ, F. S. et al. Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 396-401, 2014.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires** [Computer software]. 2009.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. In: **Actes des 11^{ème} Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles**. Liège: 2012. p. 835-844.

REICHARD, A. et al. Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults. **Disabil. Health J.**, New York, v. 10, n. 1, p. 39-47, 2017.

REINERT, M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, 1990.

RESENDE, V. L. S. et al. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos portadores de necessidades especiais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, Campina Grande, v. 7, n. 2, p. 111-117, 2007.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

ROTAROU, E. S.; SAKELLARIOU, D. Access to health care in an age of austerity: disabled people’s unmet needs in Greece. **Crit. Public Health**, London, v. 29, n. 1, p. 48-60, 2019.

SANTOS L, ANDRADE L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: 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: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 23-28.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 6, n. 1, p.383-387, mai. 2012.

SANTOS, V. et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping Review. Atas CIAIQ2017. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 392-401. 2017.

SARAIVA, S. A. L.; CREMONESE, E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SAS, DAB. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SARAIVA, S.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

SALINO, A. V. **Política Nacional de Saúde Bucal e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 1-12, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Programa Paidéia – Saúde da Família: 2001- 2004**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

SILVA, N. A. et al. A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 100-138.

SILVA, S. S. et al. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-12, abr./jun. 2017.

SOUSA, M. L. T.; TOFOLI, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 7, n. 2, jul/dez. 2012.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, Amsterdam, v. 60, n. 1, p. 201-216, 2002.

STARFIELD, B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. **Br J Gen Pract**, London, v. 53, n. 494, p. 723-729, 2003.

SOUZA T. M. S. RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

SOUZA, L. K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 52-66, jan./jun. 2020.

TAVARES, S. S et al. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 127-142, mar. 2020.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. 1-18, 2019.

VIVER SEM LIMITE. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR / SNPD, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca**. The World Health Report. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Acesso em: jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Report on Disability. **The World Bank**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789240685215_eng.pdf. Acesso em: jan. 2021.

APÊNDICE A - Convite para participar da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mestranda: Leticia Ferreira de Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da atenção primária à saúde”.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é compreender a organização do fluxo assistencial destes pacientes ao longo dos serviços de saúde bucal e a existência de estratégias de Apoio Matricial para as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta pesquisa pretendemos identificar na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD), das quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), os principais desafios e potencialidades para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel coordenador.

Caso você concorde em participar, deverá ler o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Haverá no termo os itens “Li e concordo com os termos de participação” e “Li e não concordo em participar”. Ao clicar no ícone “Li e concordo com os termos de participação”, você acessará o formulário de aceite do convite e receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do formulário, por e-mail.

Aqueles que aceitarem o convite serão agendados para o processo de coleta de dados, que será realizado através de grupos focais e entrevistas, realizados de forma virtual, devido ao cenário

epidemiológico da pandemia da COVID-19, com gravação de áudio. As entrevistas serão agendadas e marcadas com o participante, conforme horário que disponibilizar no preenchimento do formulário de aceite do convite. Os grupos focais ocorrerão em horário comum a todos os participantes, conciliando as opções de horário indicadas por estes no formulário de aceite do convite.

Leticia Ferreira de Carvalho

Campus Universitário da UFJF

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde

CEP: 36036-900

Fone: (32) 98804-0943

E-mail: leticiafcarval@gmail.com

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da atenção primária à saúde”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade compreender a organização do fluxo assistencial destes pacientes ao longo dos serviços de saúde bucal e a existência de estratégias de Apoio Matricial para as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta pesquisa pretendemos identificar, na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD), das quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), os principais desafios e potencialidades para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel coordenador,

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: analisar suas respostas durante participação em grupos focais virtuais de discussão sobre o assunto ou entrevistas individuais virtuais, cujos áudios serão gravados. A análise dessas discussões permitirá ao pesquisador extrair as informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são mínimos e consistem na possibilidade de o participante sentir-se constrangido, inibido, cansado, incomodado e/ou apreensivo ao responder alguma pergunta ou ao expor sua opinião em grupos; e no uso de dados que de alguma forma possa identificá-lo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o grupo focal ou entrevista poderá ser interrompido pela pesquisadora, dando um tempo para os participantes se recomporem e após esclarecer junto ao participante, se ele deseja continuar sua participação, garantindo o direito à interrupção em qualquer momento. Além disso, não haverá intervenção do pesquisador em nenhum aspecto físico dos participantes. Serão garantidos o sigilo das informações coletadas e o sigilo da identificação dos participantes, através da utilização de códigos, bem como a segurança da base de dados, que estará restrita a pesquisadora. Em caso de danos comprovados decorrentes da participação no estudo o pesquisador assumirá a responsabilidade e o participante terá direito a buscar indenização.

A pesquisa pode ajudar na organização do fluxo das Pessoas com Deficiência ao longo dos serviços de saúde bucal, ampliando o acesso e a integralidade da atenção a estes pacientes. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não

querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Você assinará e obterá uma via original do termo de consentimento por e-mail quando clicar no ícone “li e concordo em participar da pesquisa”. Assim você estará dando seu consentimento favorável de participação na pesquisa. Uma via será encaminhada por e-mail a você e outra ao pesquisador responsável que o arquivará junto aos documentos desta pesquisa. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Li e concordo em participar da pesquisa

Li e Não concordo em participar da pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Leticia Ferreira de Carvalho
Campus Universitário da UFJF

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa,

**Mestrado Profissional em Saúde da
Família**
**Núcleo de Assessoria, Treinamentos e
Estudos em Saúde**
CEP: 36036-900
Fone: (32) 98804-0943
E-mail: leticiafcarval@gmail.com

especialmente, à proteção dos
participantes de pesquisa do
Brasil. **Em caso de dúvidas, com
respeito aos aspectos éticos desta
pesquisa, você poderá consultar:**
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com
Seres Humanos – UFJF Campus
Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail:
cep.propp@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – Formulário de aceite do convite para participar da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 FACULDADE DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
 DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Mestranda: Leticia Ferreira de Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

FORMULÁRIO DE ACEITE DO CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da
 atenção primária à saúde

Nome completo:

e-

mail: _____

Telefone para contato: (____)

Município:

Função dentro do serviço de saúde: _____

A quanto tempo atua no

SUS? _____

Possui alguma Especialidade, se sim, qual? _____

Tem experiência no atendimento odontológico a Pessoas com Deficiência?:

Dias e Horários que possui disponibilidade para participar da pesquisa:

APÊNDICE D – Preâmbulo/Contextualização para grupos focais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Mestranda: Leticia Ferreira de Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

Preâmbulo/ Contextualização para iniciar os grupos focais

A Rede de Atenção à Saúde Bucal em nossa região é composta, basicamente, pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Especialidades Odontológicas, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e o serviço de Odontologia Hospitalar.

A Atenção Primária é o centro de comunicação da rede e para que ela cumpra seu papel é necessário que coordene o cuidado, acompanhe e organize o fluxo dos usuários dentre os pontos de atenção, responsabilizando-se por ele em qualquer um destes pontos.

As Equipes da Atenção Especializada e Hospitalar têm a função de prestar Apoio Matricial as Equipes de Saúde Bucal da APS, que consiste em oferecer retaguarda assistencial, através de orientações e apoio na condução dos tratamentos dos pacientes, além de prestar suporte técnico-pedagógico, através de ações de educação permanente.

APÊNDICE E – Roteiro para grupos focais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mestranda: Leticia Ferreira de Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS

<p>Roteiro para condução dos <u>grupos focais com os Cirurgiões Dentistas da Atenção Primária à Saúde:</u></p>

1. Como a Equipe de Saúde Bucal encaminha as Pessoas com Deficiência para o Centro de Especialidades Odontológicas e para o serviço de Assistência Odontológica Hospitalar? Existe algum documento para referenciar estes pacientes para estes serviços? Como as Equipes de Saúde Bucal organizam os fluxos de referência e contrarreferência das Pessoas com Deficiência?
2. Os Centros de Especialidades Odontológicas e o serviço de Assistência Odontológica Hospitalar enviam informações para as Equipe de Saúde Bucal da APS sobre o tratamento que foi realizado e orientações para acompanhamento ou preservação das Pessoas com Deficiência? Existe algum documento de contrarreferência proveniente destes serviços?
3. A Equipe de Saúde Bucal da APS recebe Apoio Matricial dos Centros de Especialidades Odontológicas e da Assistência Odontológica Hospitalar na atenção às Pessoas com

Deficiência? Educação permanente? Discussão de casos clínicos mais complexos? Organização de fluxos de referência e contrarreferência?

4. Quais os principais desafios e potencialidades você identifica para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel coordenador na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD)?

Roteiro para a condução dos grupos focais com os gerentes dos CEOs e cirurgiões-dentistas que atendem Pessoas com Deficiência nestes serviços.

1. Como os Centros de Especialidades Odontológicas encaminham as Pessoas com Deficiência para a Assistência Odontológica Hospitalar? Existe algum documento para referenciar as Pessoas com Deficiência para este serviço? Como os Centros de Especialidades Odontológicas organizam os fluxos de referência e contrarreferência das Pessoas com Deficiência?
2. Os Centros de Especialidades Odontológicas enviam informações para as Equipes de Saúde Bucal da APS e recebem informações da Assistência Odontológica Hospitalar, sobre o tratamento que foi realizado e orientações para acompanhamento ou preservação das Pessoas com Deficiência? Existe algum documento de contrarreferência, dos Centros de Especialidades Odontológicas para a APS e da Assistência Odontológica Hospitalar para os Centros de Especialidades Odontológicas?
3. Os Centros de Especialidades Odontológicas prestam Apoio Matricial para as Equipes de Saúde Bucal da APS e recebe Apoio Matricial da Assistência Odontológica Hospitalar na atenção às Pessoas com Deficiência? Educação permanente? Discussão de casos clínicos mais complexos? Organização de fluxos de referência e contrarreferência?
4. Quais os principais desafios e potencialidades que você identifica neste serviço para a implementação da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD)?

APÊNDICE F- Roteiro para entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mestranda: Leticia Ferreira de Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

<p style="text-align: center;"><u>Roteiro para entrevistas individuais com o gestor, o gerente e um Cirurgião-dentista que atendem Pessoas com Deficiência do serviço Assistência Odontológica Hospitalar:</u></p>

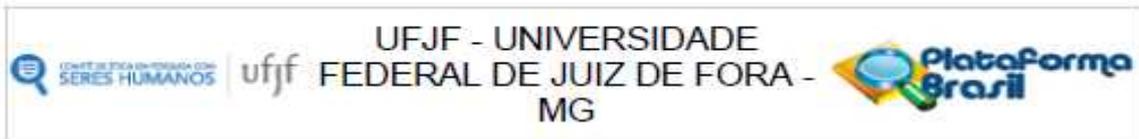
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe algum documento para referenciar as Pessoas com Deficiência para Assistência Odontológica Hospitalar? Como Assistência Odontológica Hospitalar organiza os fluxos de referência e contrarreferência das Pessoas com Deficiência? 2. A Assistência Odontológica Hospitalar envia informações para os Centros de Especialidades Odontológicas e para as Equipes de Saúde Bucal da APS sobre o tratamento que foi realizado e orientações para acompanhamento ou preservação das Pessoas com Deficiência? Existe algum documento de contrarreferência da Assistência Odontológica Hospitalar para os Centros de Especialidades Odontológicas e para a APS? 3. A Assistência Odontológica Hospitalar presta Apoio Matricial aos Centros de Especialidades Odontológicas e as Equipes de Saúde Bucal da APS na atenção às |
|--|

Pessoas com Deficiência? Educação permanente? Discussão de casos clínicos mais complexos? Organização de fluxos de referência e contrarreferência?

4. Quais os principais desafios e potencialidades que você identifica neste serviço para a implementação da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD)?

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência: desafios e potencialidades da atenção primária à saúde

Pesquisador: LETICIA FERREIRA DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47866921.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.810.317

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, que será realizada nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais, composta por 37 municípios, as quais possuem atendimento de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), sete Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e um serviço de Odontologia Hospitalar. A população do estudo será composta por Cirurgiões Dentistas da Atenção Primária à Saúde; Gerentes e Cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas; Gestor, Gerente e Cirurgião-dentista do serviço de odontologia Hospitalar. A coleta de dados será através da realização de grupos focais e entrevistas. A técnica escolhida para a análise dos dados será a análise do conteúdo utilizando o método de Laurence Bardin, como o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Identificar na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (PcD) os principais desafios e potencialidades para que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra seu papel coordenador e ordenador.".

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufff.edu.br



Continuação do Parecer: 4.810.317

"Objetivo Secundário: Descrever o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal para pessoas com deficiência, nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos da pesquisa são mínimos e consistem na possibilidade de o participante sentir-se constrangido, inibido, cansado, incomodado e/ou apreensivo ao responder alguma pergunta ou ao expor sua opinião em grupos; e no uso de dados que de alguma forma possa identificá-lo. Caso isso ocorra, o grupo focal ou entrevista será interrompido pela pesquisadora, dando um tempo para se recompor e após esclarecer junto ao participante, se ele deseja continuar sua participação, garantindo o direito à interrupção em qualquer momento. Além disso, não haverá intervenção do pesquisador em nenhum aspecto físico dos participantes. Serão garantidos o sigilo das informações coletadas e o sigilo da identificação dos participantes, através da utilização de códigos, bem como a segurança da base de dados, que estará restrita a pesquisadora. Em caso de danos comprovados decorrentes da participação no estudo o pesquisador assumirá a responsabilidade e o participante terá direito a buscar indenização. Organização e definição de fluxos assistenciais e estratégias de apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde, visando contribuir para o exercício de seu papel coordenador e ordenador na Rede de Atenção à Saúde Bucal à Pessoa com Deficiência. A partir do entendimento desta problemática e da reflexão sobre o assunto, serão apresentadas alternativas para o gerenciamento regional dos serviços de saúde bucal, que auxiliem no cumprimento das funções da Atenção Primária à Saúde nesta rede e amplie o acesso e a integralidade da atenção a estes pacientes. Além disso, o estudo pretende colaborar para a organização de outras redes de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais (MG)."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa,

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3786 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 4.810.317

estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/04/2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 4.610.317

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1767773.pdf	02/06/2021 17:34:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Projeto_CEP_Leticia_Ferreira_de_Carvalho.doc	02/06/2021 17:25:39	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_SRS_JF.pdf	02/06/2021 17:22:30	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Coorientadora_Beatriz_Francisco_Farah.pdf	02/06/2021 12:06:11	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Orientadora_Isabel_Cristina_Goncalves_Leite.pdf	02/06/2021 12:05:25	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Pesquisa_Leticia_Ferreira_de_Carvalhoassinada.pdf	02/06/2021 12:01:07	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Apendice_6_Roteiro_Entrevistas.docx	02/06/2021 11:15:31	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Apendice_5_Roteiro_Grupos_Focais.docx	02/06/2021 11:15:08	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Apendice_4_Preambulo_Grupos_e_Entrevistas.docx	02/06/2021 11:14:53	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Apendice_3_Formulario_aceite_do_Convite_pesquisa.doc	02/06/2021 11:14:37	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Apendice_1_Convite_pesquisa_Leticia_Ferreira_de_Carvalho.doc	02/06/2021 11:14:11	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SRSJF_Pesquisa_Leticia_Ferreira_de_Carvalho.pdf	02/06/2021 11:13:16	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_2_TCLE_pesquisa_Leticia_Ferreira_de_Carvalho.doc	02/06/2021 11:09:28	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CEP_Leticia_Ferreira_de_Carvalho.doc	02/06/2021 11:09:06	LETICIA FERREIRA DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 4.810.317

JUIZ DE FORA, 28 de Junho de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br