



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ariana David Wenceslau

**Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas:**

proposições a partir de uma pesquisa participativa

Rio de Janeiro

2022

Ariana David Wenceslau

**Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas:**

proposições a partir de uma pesquisa participativa

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Laura Brandão.

Coorientador: Prof. Me. Leonardo Graever.

Rio de Janeiro

2022

## Ficha catalográfica

Wenceslau, Ariana David

Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas: proposições a partir de uma pesquisa participativa. / Ariana David Wenceslau. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2022.

90 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Ana Laura Brandão

Coorientador: Leonardo Graever

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 71-82

1. Saúde Bucal. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade. 4. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Brandão, Ana Laura. II. Graever, Leonardo. III. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7/5183

Ariana David Wenceslau

**Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas:**

proposições a partir de uma pesquisa participativa

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Aprovada em: 13/12/2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Otávio Pereira D'Ávila  
Universidade Federal de Pelotas

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katherine Moraes dos Santos  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Me. Leonardo Graever (Coorientador)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Laura Brandão (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Às 13 hs do dia 13 de dezembro de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: **“Os atributos da Atenção Primária em Saúde na saúde bucal de Campinas: proposições a partir de uma pesquisa participativa.”**, foi apresentada pela(o) candidata(o): **Ariana David Wenceslau**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 121020846** (SIGA). A defesa atendeu à Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na “Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020”, que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, “art° 1°”, ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; ( X ) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Ana Laura Brandão** (presidente); **Katerine Moraes dos Santos** (1° examinador); **Otávio pereira D’Ávila** (2° examinador), em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( X ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Marcar no texto da dissertação que a produção das recomendações se apresenta como um produto técnico relacionado à gestão.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a)

*Ana Laura Brandão*

1° Examinador(a):

*[Assinatura]*

2° Examinador(a):

*Katerine Moraes*

Aluno(a)/Examinado(a):

*Ariana David Wenceslau*

## RESUMO

WENCESLAU, Ariana David. **Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas: proposições a partir de uma pesquisa participativa.** Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Área de concentração em Atenção Primária à Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O conceito operacional da Atenção Primária à Saúde (APS), proposto por Starfield, é estudado amplamente na literatura internacional e nacional e inclui a concepção de quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado). A importância destes no processo de trabalho das equipes de saúde da família, incluindo as equipes de saúde bucal (ESB), inseridas no Sistema Único de Saúde desde o ano 2000, vem sendo pautada pelo Ministério da Saúde, através de diversos documentos, e por pesquisadores da área. No entanto, a despeito dos esforços, ainda identifica-se na prática diversos desafios para o exercício de seus atributos. Este estudo objetivou desenvolver, junto aos cirurgiões-dentistas do Distrito de Saúde Norte do município de Campinas, propostas de melhorias para o cumprimento dos atributos essenciais da APS no processo de trabalho das ESB desta região. A pesquisa foi qualitativa, de caráter participativo, através da realização de três oficinas com utilização de roteiros. Como resultado, as proposições desenvolvidas refletem a importância da melhoria da estrutura dos serviços para o maior alcance de todos atributos essenciais. Para o acesso e coordenação do cuidado, também foram sugeridas estratégias internas para qualificar o processo de trabalho das ESB e a comunicação entre os níveis de atenção. Na análise dos cirurgiões dentistas, a longitudinalidade é percebida como a mais frágil entre os atributos e a mais difícil de elaborar propostas para sua extensão. O desenvolvimento deste estudo contribuiu para a reflexão dos profissionais envolvidos sobre a temática proposta e permitiu a elaboração de proposições concretas, de forma compartilhada, para o fortalecimento do cumprimento dos atributos essenciais da APS nas ESB, podendo levar à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Saúde Bucal. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

## ABSTRACT

WENCESLAU, Ariana David. **The attributes of Primary Health Care in oral health in Campinas: propositions from a participatory research.** Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Área de concentração em Atenção Primária à Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The operational concept of Primary Health Care (PHC), proposed by Starfield, is widely studied in the international and national literature and includes the conception of four essential attributes (first contact, longitudinality, integrality and coordination of care). The importance of them in the work process of family health teams, including oral health teams (OHT), inserted in the Unified Health System since 2000, has been guided by the Ministry of Health, through various documents, and researchers in the field. However, despite the efforts, several challenges are still identified during practice for the exercise of its attributes. This study aimed to develop, together with dental surgeons from the North Health District of the city of Campinas, proposals for improvements to fulfill the essential attributes of PHC in the work process of the OHT in this region. The research was qualitative, with a participative character, through the realization of three workshops with the use of scripts. As a result, the proposals developed reflect the importance of improving the structure of services for the greater reach of all essential attributes. For access and coordination of care, internal strategies were also suggested to qualify the OHT work process and communication between levels of care. In the analysis of dentists, longitudinality is perceived as the most fragile among the attributes and the most difficult to elaborate proposals for its extension. The development of this study contributed to the reflection of the professionals involved on the proposed theme and allowed the elaboration of concrete propositions, in a shared way, for the strengthening of the fulfillment of the essential attributes of the PHC in the ESB, which could lead to the improvement of the quality of the services provided to the population.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Research. Oral Health. Community-Based Participatory Research.

*A Deus, à minha família, aos meus orientadores, amigos, professores e ao SUS.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por seu amor e bondade, pela oportunidade de cursar o Mestrado e todas as vivências de aprendizado de vida e conhecimento, junto a novos vínculos que este permitiu.

A toda minha família amada que sempre me apoia. Especialmente ao meu esposo, Ricardo, e minha mãe, Sueli, pelo amor, estímulo, cumplicidade e apoio diários que foram fundamentais para dar esse passo.

Ao meu filho Miguel, que ainda não nasceu, mas que esteve na barriga, participando intimamente comigo de todo esse processo.

Ao meu irmão Leandro David, pela experiência e conhecimento compartilhados.

Aos meus queridos orientadores, Ana Laura Brandão e Leonardo Graever pela disponibilidade, troca e sintonia. Sinto-me estimulada permanentemente por vocês. Acompanharam meu ritmo intenso de uma forma leve e comprometida. Tenho certeza que foi muito assertiva nossa parceria.

Aos pesquisadores Adelson Guaraci e César Augusto Paro, pela disponibilidade e opiniões que enriqueceram a elaboração desta dissertação.

Aos profissionais e trabalhadores da Prefeitura Municipal de Campinas que apoiaram, participaram e permitiram a realização desta pesquisa.

A todos os meus amigos, que me inspiram e me apoiam nas aventuras e lutas cotidianas. Em especial, a minha grande amiga-irmã Tathiana Bárbara pela amizade e opiniões que motivam sempre.

Aos parceiros da minha turma do Mestrado, especialmente a Liliane Morcelle, que me motivaram através das suas experiências e conhecimentos.

*Aos docentes e funcionários do Programa do Mestrado Profissional em Atenção HESFA pelo compromisso e saberes compartilhados.*

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha do tempo com marcos da História da APS no Brasil .....	20
Figura 2 -	Marcos históricos na inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde .....	32
Figura 3 -	Fluxo de acesso e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal na APS ..	37
Figura 4 -	Distribuição dos Distritos de Saúde na cidade de Campinas .....	42
Quadro 1 -	Descrição das definições das dimensões do acesso .....	23
Quadro 2 -	Matriz das fortalezas, oportunidades, fraquezas, e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao <b>atributo acesso</b> ....	54
Quadro 3 -	Matriz das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao <b>atributo integralidade</b> .....	58
Quadro 4 -	Matriz das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao <b>atributo longitudinalidade</b> .....	59
Quadro 5 -	Matriz das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao <b>atributo de coordenação do cuidado</b> .....	60
Quadro 6 -	Matriz unificada das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças dos atributos essenciais discutidos na segunda oficina .....	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil dos dentistas participantes das oficinas segundo sexo, faixa etária, título de pós-graduação e tempo de atuação na APS e na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) .....	49
Tabela 2 -	Propostas de melhoria do cumprimento dos atributos essenciais da APS segundo os níveis de gestão .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DS	Distrito de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família
PCA-tool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
3.1	OBJETIVO GERAL .....	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
4	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
4.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS .....	18
4.1.1	<b>Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde</b> .....	23
4.1.2	<b>Acesso de primeiro contato</b> .....	23
4.1.3	<b>Longitudinalidade</b> .....	25
4.1.4	<b>Integralidade</b> .....	26
4.1.5	<b>Coordenação do cuidado</b> .....	28
4.2	A INSERÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	29
4.3	ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL .....	34
4.3.1	<b>Acesso às Equipes de Saúde Bucal</b> .....	34
4.3.2	<b>Integralidade nas Equipes de Saúde Bucal</b> .....	36
4.3.3	<b>Longitudinalidade nas Equipes de Saúde Bucal</b> .....	37
4.3.4	<b>Coordenação do cuidado nas Equipes de Saúde Bucal</b> .....	39
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	41

5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....	42
5.2	TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE .....	43
5.3	RISCOS E BENEFÍCIOS .....	46
5.4	DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA .....	47
5.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	47
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	49
6.2	DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS .....	50
6.3	RESULTADO DAS OFICINAS E DISCUSSÃO .....	51
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	69
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	72
	<b>APÊNDICE 1 - ROTEIRO DA OFICINA 1</b> .....	83
	<b>APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA OFICINA 2</b> .....	84
	<b>APÊNDICE 3 - ROTEIRO DA OFICINA 3</b> .....	85
	<b>APÊNDICE 4 - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL</b> .....	86
	<b>APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	88

## 1 APRESENTAÇÃO

Sou graduada em odontologia, pela Universidade Federal Fluminense, fiz especialização em Saúde da Família e, posteriormente, reafirmando minha opção pela Saúde Pública, cursei o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ. Durante e após minha graduação, atuei em alguns projetos sociais e Organizações Não-Governamentais, através dos quais tive a oportunidade de viver por 10 anos em alguns países como Peru, Equador e República Dominicana. Atuei em lugares com alta vulnerabilidade e busquei, através do trabalho em equipe multiprofissional, elaborar e efetivar estratégias que promovam a vida, o bem-estar e os direitos humanos. Em 2016, regressei ao Brasil e decidi, com a experiência vivida no exterior, focar minha formação e atuação na área de Saúde Pública.

No ano de 2017, iniciei uma especialização em Saúde da Família e atuei em duas Clínicas da Família, no Rio de Janeiro. Neste mesmo período, realizei um estágio na Divisão de Ações e Programas de Saúde da Coordenação de Atenção Primária da Área de Planejamento 4.0. Este primeiro contato foi interessante, pois pude participar de espaços para discutir, por exemplo, sobre a regulação de usuários via Sistema Nacional de Regulação, distribuição de insumos, problemas na infraestrutura das unidades e qualificação profissional. Além disso, como no mesmo local ficavam servidores que acompanhavam o Programa Saúde na Escola (PSE), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Saúde da Mulher, Assistência Farmacêutica, entre outros; estávamos em constante diálogo sobre os desafios enfrentados em cada área. Participei, também, de um treinamento profissional como cirurgiã-dentista na Clínica da Família Victor Valla, onde pude atuar na Equipe de Consultório na Rua deste local. Toda esta vivência e troca com diversos profissionais me despertou o interesse permanente por valorizar a formação e integrá-la no cotidiano da minha vida profissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família proporcionou módulos teóricos, me aproximando da epidemiologia, da avaliação e monitoramento em saúde; onde pude entrever a relação da prática clínica e da gestão em cada um destes que havia atuado enquanto profissional. Além disso, meu estágio optativo foi realizado na Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde/Rio de Janeiro, para aprender, acompanhar e aportar no planejamento e execução de políticas públicas de saúde relacionadas à saúde bucal.

Logo após a Residência, atuei como cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Rio de Janeiro. Depois de pouco mais de um ano, me mudei para a cidade de Campinas, como servidora municipal, exercendo o mesmo cargo, até os dias atuais. Neste período, também, realizei uma Especialização em Gestão Pública em Saúde, pela FOP/UNICAMP e optei por escrever o artigo do Trabalho de Conclusão de Curso buscando analisar o Programa Previne Brasil a partir de seis municípios do estado do Rio de Janeiro com perspectiva de desfinanciamento.

Assim, como profissional da Atenção Primária à Saúde (APS), busco permanentemente aprofundar em temas relacionados à gestão que possam afetar a assistência, assim como construir e participar de pontes de diálogo com a primeira sobre a realidade do processo de trabalho das equipes na ESF, desejando fortalecer as potencialidades e enfrentar, dentro do possível, alguns obstáculos. Acredito que a integração entre a gestão, a prática clínica e a pesquisa são fundamentais para a melhoria da qualidade do serviço prestado pelo SUS.

A inquietude por discutir e pensar em estratégias que possam melhorar a qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde bucal no SUS iniciou na primeira especialização que fiz, onde o título do trabalho de conclusão do curso foi: “Desafios do trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família”. Além disso, minha atuação atual como cirurgiã-dentista na APS me permite vivenciar e refletir constantemente sobre as potencialidades e desafios do processo de trabalho desde esta perspectiva.

A escolha por analisar, na presente dissertação, os atributos essenciais na vivência das equipes de saúde bucal, deu-se a partir da relevância inquestionável destes como eixos da APS tanto na teoria, através da literatura internacional e nacional, assim como na vivência cotidiana atravessada por inúmeras conversas e discussões sobre como podemos organizar o acesso, a coordenação do cuidado, a integralidade e longitudinalidade do cuidado prestado aos usuários. Além disso, o Ministério da Saúde ao optar, no ano de 2020, pelo instrumento do *Primary Care Assessment Tool* (PCA-tool), como ferramenta para avaliação da APS, evidencia a necessidade de, como profissionais, fortalecermos a consciência e reflexão em torno dos atributos.

Para mim, a vivência no Programa do Mestrado se dá através de uma intensa troca de conhecimento e experiências entre professores e trabalhadores do SUS, sendo uma ocasião especial para contribuir na construção de uma formação profissional e pessoal mais ampla,

qualificada e crítica. Um dos corolários desta enriquecedora experiência foi a elaboração deste estudo que buscou promover a autorreflexão dos cirurgiões-dentistas (CDs) participantes sobre o processo de trabalho no qual estão inseridos, assim como aprofundar na extensão dos atributos presentes neste. Para a transformação, fortalecimento e melhoria da prática no serviço em saúde é necessário, entre outros elementos, a reflexão e análise objetivando este aprimoramento. Assim, considero que o desenvolvimento da pesquisa em si, assim como a apresentação de seus resultados já promoveu e promoverá, ainda mais, um papel contributivo na qualificação e revigoração da nossa desafiante e apaixonante prática diária no SUS.

## 2 INTRODUÇÃO

Desde a declaração de Alma Ata, em 1978, a APS é reconhecida como a base de um sistema de saúde eficaz e responsivo (OPAS, 2018). Esta é definida por um conjunto de valores, princípios e elementos estruturantes (atributos), sendo considerada como a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade na saúde da população (BRASIL, MS, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e diversos pesquisadores utilizam o conceito operacional da APS proposto por Starfield (2002), que inclui a concepção de quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), para avaliar e/ou analisar os serviços prestados neste nível de atenção (BRASIL, MS, 2010; BRASIL, MS, 2020; RIBEIRO; SCATENA, 2019; ROLIM *et al.*, 2019). Além disso, esses mesmos serviços podem aumentar seu poder de interação com os indivíduos e a comunidade apresentando, também, os atributos derivados (cuidados centrados na família, orientação comunitária e competência cultural) (STARFIELD, 2002).

As equipes de saúde bucal (ESB) foram incluídas oficialmente na APS, especialmente vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2000. Assim, o processo de trabalho destas deve estar em sintonia e integrado com as equipes de saúde da família (eSF).

Na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006, 2011, 2017) e no Caderno de Atenção Básica número 17 sobre Saúde Bucal (2008), os atributos essenciais aparecem nos princípios (integralidade e acesso - universalidade) e diretrizes (longitudinalidade e coordenação do cuidado), explicitando a relevância destes como eixos estruturantes do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos na APS, incluindo os da ESB. No entanto, a despeito dos princípios de organização do processo de trabalho das ESB estarem dispostos, observa-se ainda no cotidiano algumas práticas que se afastam destes valores incluindo, uma certa desigualdade no exercício dos atributos (BARROS; BERTOLI, 2002; AMORIM *et al.*, 2021; NEVES *et al.*, 2019).

Além disso, em 2020, o MS optou por substituir o Programa de Acesso para Melhoria e Qualidade (PMAQ) pelo Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCA Tool-Brasil como ferramenta para avaliação da APS, incluindo as ESB. Esta escolha foi justificada pela validação deste instrumento para mensurar a presença e extensão do cumprimento dos

atributos da APS. Logo, se aplicado em diferentes serviços de saúde nacionais, permitiria a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (BRASIL, MS, 2020).

O município de Campinas, cenário desta investigação, é a maior cidade não-capital interiorana nacional, reconhecida por ser um polo acadêmico, tecnológico, de inovação, além da presença de indústrias em vários setores (G1, 2019). Conta com uma população estimada, no ano de 2021, de 1.223.237 habitantes. Na área da saúde, um fato marcante foi a implementação do modelo Paidéia - Saúde da Família no SUS de Campinas, durante os anos de 2001-2004. Esta iniciativa buscava estimular políticas de proteção social, de defesa da vida, e também, sugerir uma síntese entre saberes clínico e epidemiológico objetivos e a história do sujeito ou do grupo populacional, incluindo a valorização da capacidade de intervenção das pessoas na própria produção de saúde (CAMPOS, 2006).

Diante do exposto, o presente estudo busca, através de pesquisa qualitativa, desenvolver junto aos CDs propostas de melhoria para o cumprimento dos atributos essenciais da APS no processo de trabalho das ESB, identificando aspectos positivos e obstáculos em relação a estes. Através do desenvolvimento da pesquisa, e também de seus resultados, pretende-se contribuir na autorreflexão dos profissionais envolvidos acerca da temática proposta, assim como elaborar sugestões concretas para o fortalecimento do cumprimento dos atributos essenciais da APS nas ESB, podendo aportar, conseqüentemente, para aumentar a qualidade dos serviços prestados à saúde da população.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver junto aos cirurgiões-dentistas do Distrito de Saúde Norte da cidade de Campinas, São Paulo, propostas de melhorias para o cumprimento dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no processo de trabalho das equipes de saúde bucal nesta região.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde bucal
- Discutir junto aos cirurgiões-dentistas sobre o processo de trabalho das equipes de saúde bucal em relação aos atributos essenciais da APS.
- Identificar facilitadores e barreiras para a extensão dos atributos essenciais da APS no processo de trabalho das ESB.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está organizado em três partes. Primeiramente, sobre a Atenção Primária à Saúde e seus atributos essenciais, seguido de uma exposição sobre a história da inserção das ESB na APS; e, por último, uma breve apresentação da presença dos atributos segundo algumas referências relacionadas à Saúde Bucal no SUS.

### 4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS

A ideia de APS foi descrita como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez, na Inglaterra, em 1920, no chamado Relatório Dawson. Esse documento buscou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007).

Esta concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, onde os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição tendo em vista bases populacionais, bem como a identificação das necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, fortalecendo a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 70, com o marco da declaração de Alma Ata (1978), a APS foi concebida como uma estratégia política para alcançar a meta da “Saúde para todos” (TEJADA DE RIVERO, 2013). Além disso, os cuidados primários de saúde são definidos como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, fundamentadas na ciência e com aceitação da sociedade, apresentando-se ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Assim, desde então houve a implementação e expansão da APS em vários países através de diversos modelos.

No Brasil, segundo Mendes (2012), o início da história da APS ocorreu na década de vinte, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo, provavelmente, através

da influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Nos anos 40, houve criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. Depois da metade da década de 60, houve a instituição e desenvolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava em uma ênfase nas ações relacionadas à prevenção das doenças e a incorporação da atenção médica em um modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil. Também, houve para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercidos com algum grau de verticalidade (MENDES, 2012).

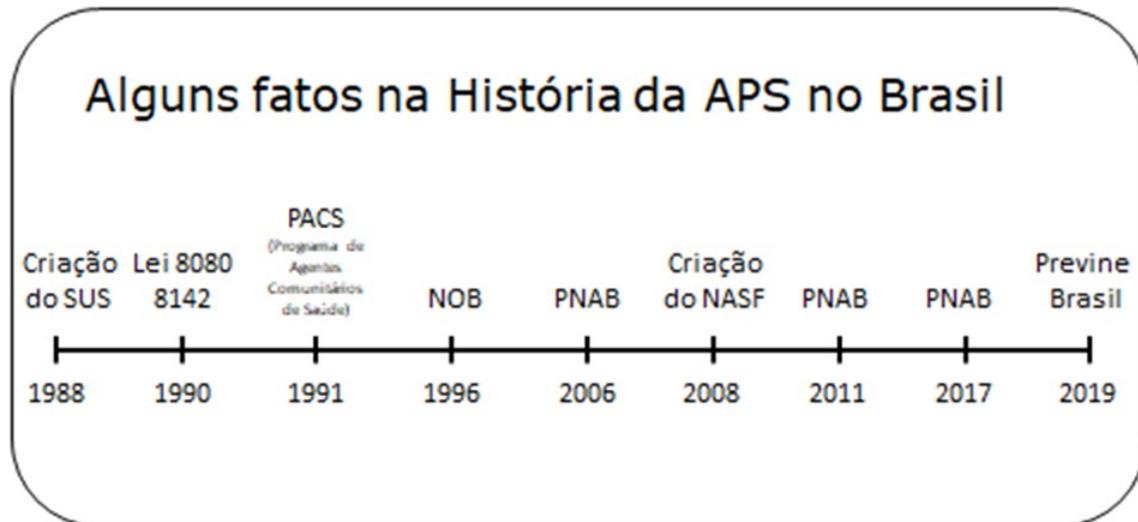
Na década de 70, sob a influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio de algumas Universidades, ocorrem as primeiras experiências de medicina comunitária, sendo um marco do início da participação dos municípios no desenvolvimento da APS. Estas experiências variadas, primeiramente, ocorreram em algumas cidades, como Campinas, Claros, Cotia, Londrina, Montes Claros, Niterói, São Luís, Sete Lagoas, Teresina, Pelotas, e aos poucos foram se expandindo para outros municípios (LAVRAS, 2011).

Além disso, este período é contemporâneo à Conferência de Alma Ata e sua proposta de APS é referendada. Houve o desenvolvimento de alguns de programas de extensão de cobertura deste nível de atenção, que, no entanto, ainda apresentavam um caráter seletivo. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional. No início da década de 80, ocorreu uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (MENDES, 2015).

As AISs também tiveram um papel importante no incentivo aos governos municipais a recuperarem o seu papel de prestadores de serviços de saúde, com o foco no financiamento ampliado, da promoção à assistência (CAMPOS *et al.*, 2016). Depois, houve a fundação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o SUS com a nova Constituição. Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, o que gerou uma expansão dos cuidados primários; no entanto, sem haver a configuração de um modelo nacional (LAVRAS, 2011; MENDES, 2015).

A Figura 1 apresenta alguns fatos relevantes da história da APS no Brasil, desde a criação do SUS.

Figura 1: Linha do tempo com marcos da história da APS no Brasil



Fonte: Autoria própria.

Logo após a criação formal do SUS na Constituição, houve publicação das Leis 8.080 e 8.142, consideradas como os marcos legislativos iniciais para sua efetiva implementação. Na década de 90, dois fatos relevantes marcaram a história nacional da APS: a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), em 1991; e a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 que foi se tornando gradualmente a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial.

A Norma Operacional Básica 96 proporcionou, a partir de 1998, em nível nacional, recursos novos fundo a fundo para os municípios atuarem na APS. O chamado Piso da Atenção Básica variável proporcionou a expansão relevante do PSF. Devido a importância da atenção primária na configuração do sistema público de saúde, a Saúde da Família deixou de ser um mero programa para passar a ser uma estratégia de estabelecimento da APS no SUS, a Estratégia Saúde da Família. Isto trouxe algumas mudanças nas práticas de saúde, configurou uma proposta de reorganização da APS para todo o sistema e, dado o aumento de recursos financeiros para a área, proporcionou o aumento do número de equipes de ACS e de SF em todo país (CAMPOS *et al.*, 2016).

Em 2006, foi publicada a primeira PNAB que assumia a Saúde da Família como estratégia fortalecedora da mudança no modelo assistencial, estabelecendo a equipe multiprofissional com a função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede, o que era uma grande inovação para o momento.

Segundo Pinto e Giovanella (2018), diante da última revisão da PNAB (2017), esta proposta encontra-se sob ameaça, pois reduz a prioridade para a ESF ao definir incentivos financeiros para outros tipos de equipe básica sem a presença de agente comunitário de saúde; além disso, obstaculiza qualquer trabalho em equipe, ao definir cargas horárias dos profissionais de apenas dez horas semanais, impedindo a efetivação dos atributos de uma APS robusta de longitudinalidade e coordenação cruciais para a garantia de atenção.

Assim, a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na APS propostas neste documento, indicam um caminho no qual a APS se afasta das estratégias que, além da assistência, busquem a promoção da saúde, com o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, distanciando-se, portanto, da concepção do cuidado ampliado (MOROSINI *et al.*, 2018).

Entre os anos de 2019 e 2020, o MS produziu três importantes mudanças na reorganização da atenção básica:

- Nova política de financiamento, por meio do Previne Brasil, que segundo Morosini et al (2020) altera a lógica indutiva de organização da política de saúde e aponta a três mudanças principais: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.
- Criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) - (Lei nº 13.958), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo), com a função sobre a regulação do sistema.
- Instituição da Carteira de Serviços e normatizações complementares, relacionadas à prestação e provisão de serviços.

Combinadas simultaneamente, estas três iniciativas ampliam as possibilidades de privatização da saúde e integram um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro (MOROSINI *et al.*, 2020).

A despeito das abundantes evidências internacionais sobre o impacto positivo da APS nos níveis de saúde da população e, assim, a importância do fortalecimento desta (OMS, 2008; NOLTE *et al.*, 2008), as medidas tomadas pelo atual governo apontam uma direção contrária.

As mudanças propostas em nome de uma suposta melhoria de eficiência e efetividade na aplicação dos recursos e de resolutividade, apresentam-se presididas pela racionalidade financeira, que reforça a ideia da saúde como uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado. Amplia-se a reconfiguração do SUS amparado pela lógica da cobertura universal, enfraquecendo a proposta de um sistema único. Distancia-se do entendimento da saúde como direito universal e aprofunda-se rapidamente a ruptura com o compromisso constitucional da saúde como dever do Estado (MOROSINI *et al.*, 2020).

#### **4.1.1 Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde**

Os atributos propostos por Starfield (2002) são reconhecidos internacionalmente como eixos estruturantes das ações e serviços da APS. Os quatro atributos denominados essenciais são: (1) acesso no primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde; (2) longitudinalidade; (3) integralidade; e (4) coordenação de atenção. Além destes, Shi, Starfield e Xu (2001) propuseram outros três atributos, denominados “derivados”, que qualificam as ações dos serviços de APS, tais como: orientação familiar (atenção à saúde pessoal e familiar); orientação da comunidade; e competência cultural. No entanto, os próprios autores consideram que o serviço projetado para atender às necessidades da população em geral pode ser considerado como prestador de cuidados primários quando possui os quatro primeiros.

A seguir, será apresentado alguns aspectos relevantes relacionados a cada atributo essencial da APS.

#### **4.1.2 Acesso de primeiro contato**

Segundo Starfield (2002), este termo implica a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. A expressão primeiro contato pode ser definida como porta de entrada dos serviços de saúde, em

outras palavras, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA; 2013). Atualmente, entende-se que esta interação pode ser feita por consultas, mas também por e-mail ou telefone (BURTON *et al.*, 2012).

Na revisão feita por Ansari (2007) sobre o significado e conceito do acesso na Atenção Primária à Saúde na literatura internacional, foram escolhidas cinco dimensões do acesso para ajudar na compreensão da abrangência deste atributo. No Quadro 1 abaixo, apresenta-se a descrição de cada uma das dimensões do acesso.

Quadro 1: Descrição das definições das dimensões do acesso

Dimensão do Acesso	Definição
Disponibilidade	Quantidade e tipos de serviços disponibilizados para a população
Acessibilidade (geografia)	Localização do serviço em relação a transporte, distância e custo
Acomodação (organização)	Forma que os recursos e serviços podem ser organizados
Acessibilidade (barreiras financeiras)	Preço do serviço em relação à possibilidade de pagamento da pessoa e valor percebido pelo serviço.
Aceitabilidade	Atitude do usuário em relação à características quem oferta o serviço

Fonte: Autoria própria, adaptado de Ansari (2007).

Segundo este estudo, além do aprofundamento relacionado à taxonomia do acesso, descrito resumidamente no quadro acima, há outros desafios relacionados a este atributo. O

monitoramento e avaliação deste, a despeito de sua relevância para formulações de políticas de saúde, são uma tarefa complexa, visto que não há uma ferramenta e de medida padrão ouro; além disso, as pesquisas podem apresentar custos elevados (ANSARI, 2007).

Russell *et al.* (2013) identificaram duas dimensões além das mencionadas, que seriam importantes para a obtenção do acesso: oportunidade e consciência. A estrutura conceitual, proposta por estes autores, define o acesso como o “ajuste” entre as características do indivíduo (usuário) e as características do sistema de saúde. O acesso é, portanto, definido como a facilidade com que as pessoas podem procurar e obter serviços de saúde quando necessário.

A pesquisa realizada por Davy *et al.* (2016) sobre acesso o relacionou à capacidade dos serviços responderem com qualidade às necessidades de saúde das populações que atendem, ou, alternativamente, quão bem os pacientes são capazes de acessar os cuidados de saúde dada sua capacidade particular de buscar e obter cuidados. Normalmente, estas definições tendem a atribuir a responsabilidade pelo acesso ao serviço de saúde ou ao usuário potencial. No entanto, os autores indicam que nem todos os pesquisadores concordam com essa dicotomia, ressaltando alguns que sugerem a importância da interface usuário-serviço, exemplificando que o acesso aos cuidados de saúde é negociado em conjunto entre o paciente e o serviço de saúde.

A expressão acesso, também, aparece no âmbito da rede privada. Levesque *et al.* (2013) definem este como a oportunidade de identificar necessidades de saúde, para buscar serviços de saúde, para alcançar, obter ou usar estes, tendo, de fato, suas necessidades atendidas. Além disso, sugerem cinco dimensões de acessibilidade (proximidade, aceitabilidade, viabilidade e acomodação, disponibilidade, adequação) e cinco habilidades relacionadas à capacidade das pessoas utilizadoras (capacidade de perceber, de buscar, de alcançar, de pagar e de se engajar).

Segundo a PNAB (2017) o acesso implica, dentre outros pontos, no acolhimento da Unidade Básica de Saúde de todas as pessoas de sua área de adscrição, universalmente e sem diferenciações excludentes.

No Brasil, a APS configura-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Assim, espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente as principais necessidades de saúde apresentadas pela população. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o

planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato (OLIVEIRA; PEREIRA; 2013).

#### 4.1.3 Longitudinalidade

A palavra longitudinalidade é derivada de “longitudinal” e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002, p. 247).

A Academia Americana de Médicos de Família (2020) define a longitudinalidade como o processo pelo qual o paciente e sua equipe de cuidados estão cooperativamente envolvidos em processos contínuos da gestão do cuidado de saúde em direção ao objetivo comum de cuidados médicos de alta qualidade e com boa relação custo-benefício.

O estudo feito por Kim (2017) identificou na literatura internacional três tipos de longitudinalidade: informacional, gerencial e relacional. A longitudinalidade informacional permite o uso de informações sobre eventos passados e circunstâncias pessoais para tornar os cuidados atuais apropriados para cada indivíduo; a longitudinalidade gerencial refere-se a uma abordagem consistente e coerente para a gestão de uma condição de saúde que é sensível às necessidades de mudança de um paciente; e a longitudinalidade relacional diz respeito à relação terapêutica contínua entre um paciente e um ou mais provedores. Além disso, relatou estudos que evidenciam a redução do custo do cuidado quando este atributo possui uma boa avaliação.

Algumas pesquisas, também, relatam a importante relação da diminuição do risco de mortalidade quando há uma melhor longitudinalidade do cuidado (BAKER *et al.*, 2020; PEREIRA GRAY *et al.*, 2018). Na Noruega, a pesquisa feita por Sandvik *et al.* (2021) concluiu que a extensão de atributo está relacionado com a diminuição da busca por serviços fora dos horários programados e menor internações hospitalares agudas.

Este atributo, na PNAB (2017), pressupõe, além da continuidade da relação de cuidado, a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, permanentemente e com consistência; acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e

diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

Na revisão bibliográfica feita por Cunha e Giovanella (2011), três elementos são imprescindíveis na composição deste atributo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional.

#### 4.1.4 Integralidade

A integralidade na APS tem como finalidade garantir que a pessoa receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, sendo capaz de estabelecer arranjos para ofertar o devido cuidado (STARFIELD, 2002). Para tal, são importantes várias ações, como: o diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita; o atendimento pela unidade básica de saúde, prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde – para dar conta dos problemas mais comuns ou de maior relevância; a organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico), o sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.) (SHIMAZAKI, 2009). Assim, a relevância deste atributo é alta, pois assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

Na análise feita por Carnut (2017) a concepção da integralidade, no SUS, é complexa e extremamente polissêmica; além disso, requer várias formas de operacionalização no cotidiano das práticas. A principal delas está inscrita na Constituição Federal de 1988, que relata o ‘atendimento integral’ como a necessidade de compreender o indivíduo enquanto um todo holístico, um ser biopsicossocial em sua essência.

Segundo Mattos (2004), entre os diversos sentidos que a integralidade apresenta pode-se identificar um traço em comum importante: uma recusa ao reducionismo. Um usuário diante de um profissional não se reduz à doença ou lesão que ele apresenta; tampouco se reduz ao conjunto de situações ou fatores de risco. Analogamente, pode-se dizer que em relação aos serviços assistenciais, esta tende a ir contra ao assistencialismo ou preventivismo,

refletindo um esforço de apreensão ampliada das necessidades; além da contextualização do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção na vida de cada um (MATTOS, 2004).

Outro conceito de integralidade importante encontra-se na Lei no 8.080/90 (BRASIL, 1990), na qual esta ganha mais amplitude, sendo relacionado com a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, caso o usuário necessite, como também a possibilidade de integrar ações preventivas com as curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde.

Segundo Cunha *et al.* (2020) a carteira de serviços da APS apresenta-se como uma importante ferramenta organizacional intimamente relacionada a este atributo. Ao se definir uma lista transparente de ações e serviços voltados aos problemas e às condições de saúde mais frequentes, fica garantido o estímulo necessário para concretizar a integralidade no cotidiano das equipes de APS e dos usuários, pois permite que estes saibam quais serviços e ações podem ser encontrados nas unidades de APS e facilita aos profissionais se organizarem na rotina do atendimento, assim como buscarem conhecimentos e habilidades para ofertar as ações e os serviços com competência.

A atual Carteira Nacional de Serviços da APS tem como principal objetivo fortalecer a oferta de cuidados próprios da APS com base no atributo essencial da integralidade. Para tal, apresenta-se dividida em Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso, na Criança e no Adolescente, Procedimentos na APS e Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal; e sofreu, no total, a inclusão de 109 itens comparados com a versão anterior (BRASIL, MS, 2020).

Na PNAB (2017), o conceito da integralidade apresenta-se ampliado, incluindo a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas e psicológicas, assim como as demandas ambientais e sociais causadoras das doenças, e também das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, bem como a ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (MACEDA, 2018). Portanto, ressalta-se que a integralidade é construída sempre se relacionando ao contexto e, neste sentido, muitas vezes extrapolam os limites das ações e serviços prestados na área da saúde.

A análise positiva deste atributo comumente aparece como um indicador de uma boa qualidade de serviço de cuidados primários. No entanto, a avaliação da integralidade tem-se mostrado complexa. Há ferramentas para medir a confiança do paciente na capacidade do

profissional de saúde para cuidar de diferentes problemas de saúde, mas estas não refletem a oferta real de serviços disponibilizados. Por outro lado, há avaliações que mostram os tipos de serviços ofertados, no entanto mostram-se limitadas na avaliação dos utilizadores do mesmo. Assim, a avaliação do cuidado integral nos modelos de atenção à saúde aparece como um desafio (HAGGERTY, 2011).

#### 4.1.5 Coordenação do cuidado

Este atributo é definido por Starfield (2002) como um estado de estar em harmonia em uma ação ou esforço comum. A coordenação do cuidado refere-se a políticas e estratégias que ajudam a criar cuidados centrados no paciente mais eficazes dentro e entre os níveis de atenção ao longo do tempo. Em termos gerais, significa tornar os sistemas de saúde mais atentos às necessidades individuais dos pacientes e garantir que recebam os cuidados adequados para episódios agudos, bem como cuidados destinados a estabilizar sua saúde por longos períodos em ambientes menos dispendiosos (HOFMARCHER *et al.*, 2007).

Na literatura, coordenação de cuidados, gerenciamento de casos e cuidados colaborativos são comumente usados para denotar vários esforços para integrar os cuidados (VASSBOTN *et al.*, 2018). Este atributo encontra-se intimamente relacionado aos três anteriores, pois seria impossível melhorar qualitativamente a longitudinalidade, integralidade ou o acesso do primeiro contato, sem aprimorar a coordenação.

Segundo a PNAB (2017) a função da APS como coordenadora do cuidado implica no desenvolvimento, acompanhamento e organização de fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, sendo o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada (BRASIL, 2017). Articulando, também, as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

Um dos desafios na vivência deste atributo é que os profissionais e equipes de saúde da APS, nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado (SHIMAZAKI, 2009). Além disso, alguns autores indicam que idosos, pacientes com condições crônicas ou declínio funcional precisam ainda mais de esforços coordenados de

equipe de profissionais de saúde e podem sofrer fortemente diante de um sistema fragmentado de saúde (HOFMARCHER *et al.*, 2007; VASSBOTN *et al.*, 2018).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas (SHIMAZAKI, 2009).

#### 4.2 A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Programa Saúde da Família, criado em 1994, estabelecia que formassem parte da equipe somente o médico e o enfermeiro. Em 1997, ocorreu a inclusão dos agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem. Foi somente com a Portaria GM/MS nº 1.444, em 28 de dezembro de 2000, que o Ministério da Saúde incorporou a Equipe de Saúde Bucal ao Programa Saúde da Família, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Nessa Portaria, constava que cada ESB atenderia em média 6.900 habitantes e para cada ESB implantada, deveriam ser implantadas duas eSF.

No ano de 2001, com a publicação da Portaria GM/MS nº 267, houve a regulamentação das bases, normas e diretrizes para a inclusão das ESB, ficando estabelecido, inicialmente, as duas modalidades possíveis de implantação: modalidade I, composta por um Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e modalidade II, composta por 01 CD, 01 ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2001). Esta inclusão foi motivada por várias situações, entre as quais podemos citar: a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal; a busca da melhoria dos índices epidemiológicos da Saúde Bucal da população e a necessidade de incentivar a reorganização da Saúde Bucal na atenção básica (BOARETO, 2011).

Em 2003, fundamentou-se a Política Nacional de Saúde Bucal com o propósito explícito de recuperar o direito do cidadão brasileiro à atenção em saúde bucal. Tal resgate passou a ocorrer por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. Essa política, que recebeu o nome de

Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Busca vincular fortemente à ideia de estruturação da atenção primária à saúde, em particular ligada a ESF, mas também a implantação de redes de cuidados progressivos, com ações e serviços de maior densidade tecnológica em níveis especializados. Do mesmo modo, o programa enfatiza determinantes estruturais de saúde bucal, definindo ações preventivas coletivas, com destaque para o avanço da fluoretação das águas e ações intersetoriais de promoção de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009). As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e das Unidades Odontológicas Móveis;
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas
3. A ampliação dos pontos de apoio à rede de atenção (principalmente por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias [LRPD], que viabilizam o apoio para a reabilitação de saúde bucal); e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2022, p.4-5).

Neste mesmo ano, através da Portaria GM/MS nº 673 ficou estabelecido incentivos de implantação e custeio para ambas as modalidades de ESB, dando autonomia a cada Município para implantar quantas equipes fossem necessárias, segundo o critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existentes de eSF. Assim, permitiu a redução da proporção de implantação, que era até então de uma ESB para duas eSF, para uma relação de 1:1, ou seja, uma ESB, para uma eSF (BRASIL, 2003).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde apresenta as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, onde explicita os princípios e normas para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, constituindo o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Também, são estabelecidas algumas linhas de cuidado para que possam orientar as ações das equipes: da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Estas devem ser conduzidas através de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e, quando necessário, encaminhar (referência e contra referência) (BRASIL, MS, 2004).

O Brasil Sorridente, também, possui interface com diversas ações e programas do MS, como o Brasil Sorridente Indígena, Programa Saúde na Escola, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Convenção de Minamata e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, entre outras.

Em 2011, o MS aprovou a primeira revisão da PNAB. Esta, de forma geral, mantém a essência da primeira (2006), mas define algumas mudanças: permite a flexibilização da carga horária dos médicos; incorpora os NASFs, as eSF ribeirinhas e unidades de saúde fluviais, e a presença de profissionais de saúde bucal das eSF nas equipes de ACS; além de regulamentar os Consultórios na Rua. Além disso, permite a articulação da APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do PSE e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde até 2014 (BRASIL, MS, 2011; FONTENELE, 2012).

É inquestionável o aumento do número de equipes de saúde bucal e a ampliação da oferta de serviços nesta área, após a implementação do Programa Brasil Sorridente (MATTOS *et al.*, 2014; ANJOS *et al.*, 2011). Segundo o relatório do MS, em dezembro de 2007 haviam 17.508 ESB cadastradas e em dezembro de 2021 eram 31.821, indicando um aumento de mais de 75%, em 14 anos.

Segundo Chaves *et al.* (2017), houve aumento na oferta e cobertura potencial de serviços odontológicos prestados pelo SUS entre 2003 e 2006 e certa manutenção destas entre 2007 e 2014. Além disso, ao fazer uma análise do cenário nacional, os autores indicam que a despeito da tendência nacional de diminuição da doença cárie entre o período de 2003 até 2014; a permanência das desigualdades sociais e regionais ainda apontam, para os grupos mais vulneráveis, uma maior prevalência de cárie e perda dental. Assim, a mudança no perfil de doenças relacionadas à saúde bucal, poderá levar a transformações das necessidades dos usuários nesta área e, logo, também na demanda dos serviços (CHAVES *et al.*, 2017).

Infelizmente, a implementação e manutenção das ESB no SUS que sempre tiveram seus desafios, encontra-se, nos últimos anos, imersa em uma realidade mais difícil. Em um estudo que buscou analisar as transformações da política nacional de saúde bucal entre os anos de 2015 e 2017, concluiu-se que houve redução do financiamento ofertado às ESB e diminuição da implantação destas, indicada pela sua menor cobertura populacional e

estabilidade no número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), associado pela tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos (CHAVES *et al.*, 2018).

Na revisão da PNAB do ano 2017 (BRASIL, MS, 2017) as ESB deixaram de estar incluídas na equipe multiprofissional mínima (MORAIS *et al.*, 2020). Além disso, no ano de 2019, através da Portaria n. 2539 (MS, 1019) houve a flexibilização da carga horária dos profissionais de saúde bucal para 20 ou 30 horas, segundo a modalidade escolhida pela gestão municipal.

Na análise feita por Santos *et al.* (2021) sobre o monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil, em 2020, apontou-se a manutenção de um panorama político restritivo para a saúde bucal com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política, diminuição do financiamento e pouco avanço na implantação das ESB. Também, os autores relatam a falta de transparência governamental e dificuldade para se realizar o monitoramento dessa política devido à indisponibilidade de informações, como por exemplo, nos dados relativos à abertura de CEO e LRPD. Assim, o estudo revelou um cenário político-econômico desfavorável para saúde bucal no SUS, com a manutenção de indicadores ruins.

Na linha de tempo (Figura 2) apresenta-se um resumo com alguns os fatos relevantes relacionados à saúde bucal no SUS, desde a Conferência Nacional de Saúde (1986) até o ano de 2020.

Figura 2 – Marcos históricos da inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde



Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, MS, SAPS, 2020)

Em relação à função do CD na APS, segundo a PNAB (2017), suas atribuições específicas são:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros);

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Além destas atribuições, durante a pandemia do Covid-19, as ESB, assim como toda a APS, tiveram fortes mudanças em seu processo de trabalho. O Conselho Federal de Odontologia (CFO), através do ofício N° 572/2020, autorizou a realização dos testes ditos rápidos e a coleta SWAB pelos CD. Também, neste mesmo ano o MS lançou o documento

“Atendimento odontológico no SUS”, na qual a ESB foi incluída como equipe de triagem e classificação dos usuários suspeitos de estarem infectados pelo vírus Covid-19 junto às equipes (MS, 2020) Além disso, durante este período, o CD esteve presente no apoio às campanhas de vacinação, realizou orientações a pessoas de grupos de risco que comparecessem aos atendimentos, orientação a usuários tabagistas, entre outras atividades que as equipes considerassem necessárias (CARLETTO; SANTOS, 2020).

Outra ferramenta que durante a pandemia teve uma expansão maior dentro das ESB foi a teleodontologia. Através desta os CD realizaram rastreamento, busca ativa, monitoramento de usuários prioritários, de risco e com problemas sistêmicos, de suspeitas de Covid-19 e contactantes; com o telemonitoramento, fizeram escuta inicial, atividades educativas individuais ou coletivas; e por meio da teleorientação estabeleceram discussão de casos clínicos para a definição da oportunidade/necessidade de procedimentos operatórios, matriciamento, compartilhamento, solução de dúvidas entre profissionais e entre estes e instituições de ensino e pesquisa, por Teleconsultorias, entre outros (CARRER *et al.*, 2020).

Assim, pode-se afirmar que a pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2 modificou profundamente o cotidiano dos CD, ocasionando uma alteração expressiva na forma de atendimento e da rotina dos processos de trabalho (FRANCO *et al.*, 2020). Neste momento transpandêmico, todavia ainda não há muitas pesquisas que relatem sobre a vivência dos profissionais das ESB; no entanto, sabe-se que esta passa por modificações e adequações constantes enfrentando um período de instabilidade, assim como todo o processo de trabalho da APS.

### 4.3 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

A seguir uma breve apresentação da presença dos atributos segundo algumas referências relacionadas à Saúde Bucal no SUS.

#### 4.3.1 Acesso às Equipes de Saúde Bucal

Segundo a PNSB, o acesso é um dos princípios norteadores das ações realizadas pelas ESBs. Neste documento fica explícito que estas devem buscar o acesso universal para a

assistência e responder efetivamente a toda demanda expressa ou reprimida, realizando ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico (BRASIL, 2004).

Um fato marcante na história da SB no Brasil, que visou discutir o tema do acesso foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), ocorrida em 2004, cujo tema foi: “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”, debatido com base nos quatro eixos temáticos: 1) Educação e construção da cidadania; 2) Controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) Formação e trabalho em saúde bucal; 4) Financiamento e organização da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2005)

O relatório final do evento apresentava diagnósticos críticos, relacionando o acesso à saúde bucal com a exclusão social:

No dia a dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca (Brasil, 2005, p. 7-8).

Assim, este relatório reafirmou a importância do acesso à saúde bucal visto que as condições desta e o estado dos dentes são, certamente, um dos mais significativos sinais de exclusão social, seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade precária, a baixa renda, a falta de trabalho, ou seja, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos (BRASIL, MS, 2005).

Logo, torna-se fundamental, que os profissionais das ESBs, em conjunto com os demais trabalhadores da APS, reflitam sobre o acesso da população aos serviços ofertados e

sobre os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário na UBS (BRASIL, MS, 2018). Além disso, a reflexão e o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área requer mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Estes exigem políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e foco na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República (BRASIL, MS, 2005).

A análise feita por Pucca *et al.* (2020) indicou que as ações desenvolvidas entre os anos de 2002 a 2016, após a inclusão das ESB no SUS e implementação do Programa Brasil Sorridente (2003), resultaram em aumento de acesso e cobertura das ações desenvolvidas nos serviços de odontologia serviço público. No entanto, Cayetano *et al.* (2019) ressalta que a rede de atenção em saúde bucal é um processo em construção e necessita ser ampliada, aprimorada e sedimentada para que o Brasil Sorridente se transforme em uma política de Estado e não de governos, e que com isto, resista como política perene principalmente em épocas de crises econômica e política como a que estamos vivenciando atualmente.

#### 4.3.2 Integralidade nas Equipes de Saúde Bucal

Na PNSB (2004), a integralidade é apresentada como um dos pressupostos para reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e adequação do processo de trabalho das equipes. Estas devem assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção, a prevenção, o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando das demandas apresentadas em situações de urgência.

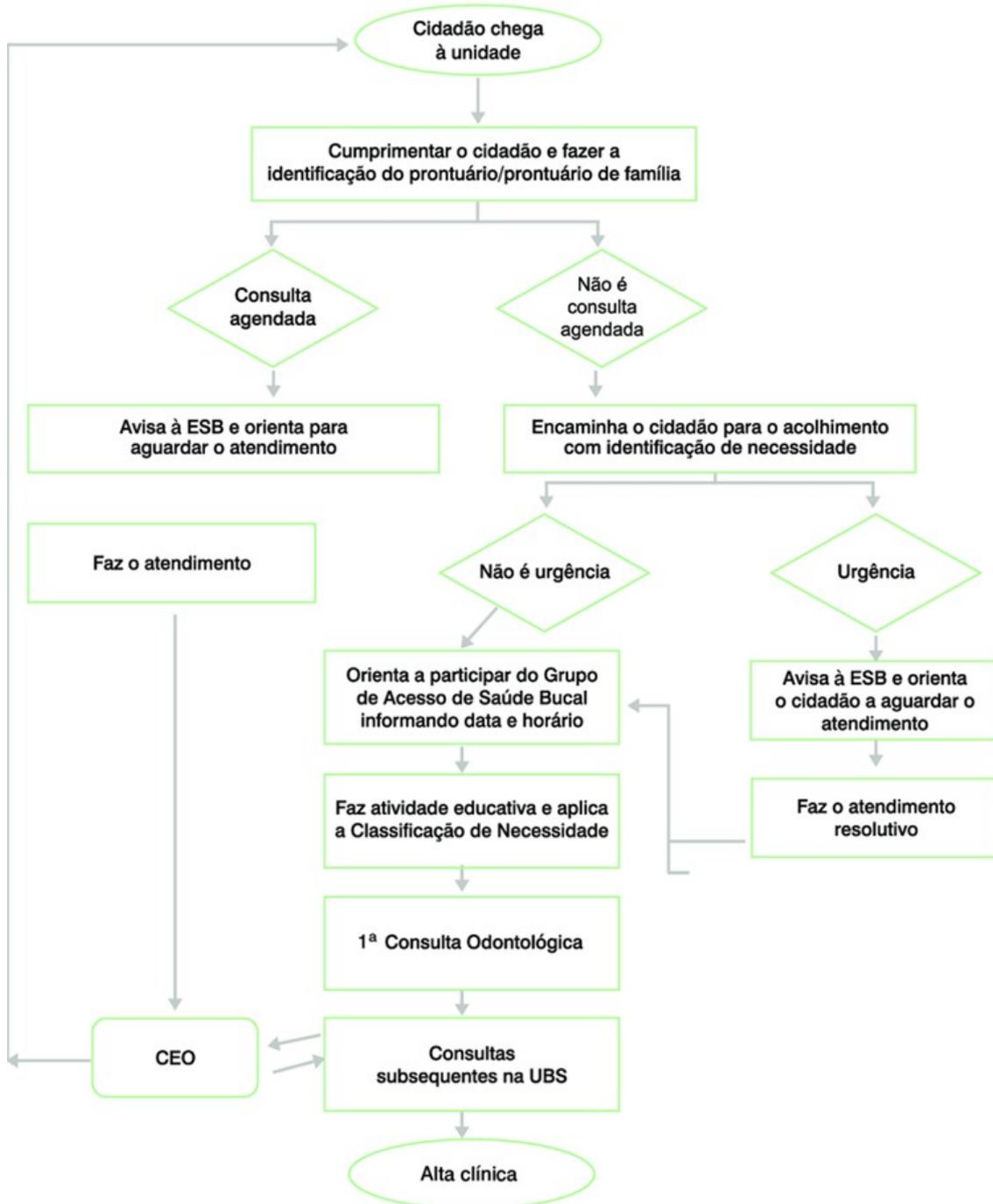
Neves *et al.* (2019) ressaltam que a integralidade no processo de trabalho das ESB só é alcançada por meio da criação de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, voltadas ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidade. Além disso, afirmam que a defesa deste atributo não implica ignorar o conhecimento técnico sobre as doenças, mas que este seja guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que recebem a assistência pelas equipes. Para tal, a formação dos profissionais não pode ser apenas técnica: precisa compreender cultura, sistema e relação.

Na revisão integrativa, feita por Sanchez *et al.* (2015) objetivando identificar como a integralidade tem sido abordada na saúde bucal, identificou-se que a graduação de odontologia, predominantemente biomédica, ainda é um entrave para uma visão mais holística do indivíduo. Os autores evidenciam que a ideia de integralidade analisada nos estudos encontrados está fortemente ligada aos seus dispositivos (acolhimento, vínculo, responsabilização), à formação acadêmica, ao trabalho em equipe (embora não tenha ficado clara a forma de relacionamento entre profissionais no processo de trabalho) e à necessidade de diferentes níveis de assistência. Além disso, apontam à ampliação da agenda para futuros estudos envolvendo a integralidade e a saúde bucal, visto a relevância do tema e a restrita literatura encontrada.

#### **4.3.3 Longitudinalidade nas Equipes de Saúde Bucal**

No documento proposto pelo MS, chamado “Saúde Bucal no SUS” (BRASIL, 2018), é apresentado um fluxo de acesso e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal na APS, que pode ser observado na Figura 3 abaixo.

Figura 3: Fluxo de acesso e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal na APS



Fonte: Brasil, 2018.

Este fluxo, baseado no Protocolo de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre, é guiado pelos atributos da APS e estabelece uma visão sistêmica do cuidado, envolvendo: integração dos setores, trabalho em equipe, definição de necessidades, resolutividade e referência aos demais pontos da rede de atenção. Esta última está representada pelo CEO. Há outras formas de organizar o fluxo de acesso e longitudinalidade do usuário na ESB, visto que

este, pode ser influenciado por características da Unidade, da equipe e da população, no entanto deve ser sempre norteado pelos atributos (BRASIL, 2018).

São poucos os estudos que relacionam o atributo da longitudinalidade com a saúde bucal. O estudo feito por Silva e Silveira (2013) que avaliou a presença deste atributo, bem como sua associação com qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos em três modelos assistenciais da atenção primária da cidade de Porto Alegre, evidenciou que não houve diferença na média desse atributo entre a ESF e as Unidades de Saúde tradicionais. Além disso, estudos que incluíram a avaliação deste atributo através do PCA-tool demonstraram a necessidade de melhoria da presença deste atributo (MACIEL *et al.*, 2020; STEIN *et al.*, 2019; VESPERINO *et al.*, 2017) nas ESB. Estes fatos parecem indicar a necessidade de uma maior reflexão e pesquisas relacionadas a esta temática.

#### **4.3.4 Coordenação do Cuidado nas Equipes de Saúde Bucal**

A PNSB apresenta o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo de atenção, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Porém, este só pode ser garantido aos usuários se esse nível de atenção assumir a responsabilidade pela coordenação de ações e garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004).

Uma questão normalmente relacionada a este atributo é a referência e contrarreferência. Segundo Souza *et al.* (2015) a forma de encaminhamento é fator decisivo para a contra referência, e a referência dada pelos CDs da APS contribui para a integralidade na atenção em saúde bucal. Por outro lado, as diversas outras formas de encaminhamento e demanda livre podem comprometer o desempenho dos CEO quando os mesmos são utilizados para atendimentos de baixa complexidade. Apesar da fragilidade observada no sistema de referência e contra referência entre a APS e o CEO, os autores ressaltam a possibilidade de reorganização do modelo de porta de entrada no sistema, com novas estratégias de fluxo, que já vêm acontecendo na prática.

Outro aspecto considerado ao abordar a coordenação do cuidado é a integração entre as ESB e as eSF. A pesquisa, feita por Sherer *et al.* (2018), ressaltou que esta questão é um desafio para os profissionais de ambas, onde o modelo biomédico é hegemônico. Os autores ressaltaram aspectos positivos como o fomento do olhar mais integral para o processo saúde-doença-cuidado realizado pelo dentista, realização de interconsultas com médicos, enfermeiros e o trabalho realizado com o ACS. Além disso, destacaram a participação dos CDs em grupos que ampliam o acesso e a captação precoce de demandas em saúde bucal, as reuniões da equipe e a existência de espaços informais no trabalho para o diálogo e as trocas. Todos estes elementos sugerem um progresso na integração dos trabalhadores de ambas equipes. No entanto, apontaram, também, algumas fragilidades neste processo como os fluxos burocratizados e limitadores de acesso aos CEOs, falta de planejamento e organização do trabalho, produzindo distintos modos de se pensar a organização da oferta dos serviços e acesso pelos usuários; concluindo que a integração da saúde bucal na eSF é incipiente, precisando ser reforçada.

No estudo feito por Melo (2018) com o objetivo de avaliar a coordenação do cuidado das ESB do Brasil a partir dos dados do II ciclo do PMAQ da Atenção Básica, através de quatro subdimensões (Continuidade Informacional, Ordenamento dos Fluxos Assistenciais, Acesso a Consultas/Exames Especializados, Comunicação direta entre Serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada), conclui-se que esta parece estar muito aquém do ideal. Assim, a coordenação do cuidado na saúde bucal no SUS, a despeito de apresentar inquestionáveis avanços desde a implantação das ESB no SUS, ainda apresenta-se como um grande desafio.

## 5 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, exploratório, de abordagem qualitativa e participativa. Este tipo de pesquisa valoriza a perspectiva dos participantes, em suas práticas diárias e conhecimento cotidiano relativo à questão analisada (FLICK, 2009).

Os estudos exploratórios buscam proporcionar maior familiaridade com um determinado problema ou fenômeno, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

A pesquisa participativa é definida como uma abordagem colaborativa que abarca equitativamente todos os parceiros e reconhece os pontos fortes e únicos que cada um agrega ao processo. Neste enfoque, a pesquisa é vista não só como um processo de criação de conhecimento, mas também como forma de educação, desenvolvimento da consciência, mobilização para tomada de decisões e ações (TOLEDO *et al.*, 2018).

As metodologias de design participativo foram desenvolvidas, inicialmente, na década de 1930 nos Estados Unidos, trazendo uma nova possibilidade de interação teórico-prática e de sujeito-objeto (SOUSA *et al.*, 2018). Estas enfatizam a importância do envolvimento de todas as partes interessadas (pesquisadores e participantes) na concepção e desenvolvimento de recursos para garantir que o produto final atenda às necessidades de todos. Isso também melhora a aplicabilidade e aumenta o engajamento dos participantes com o produto final (RABBA *et al.*, 2020). Ademais, outro aspecto mencionado por Bosi (2007 apud PESSOA *et al.*, 2013) é que este tipo de pesquisa objetiva compreender ou transformar a realidade. Para tal, busca-se construir um conhecimento aplicável para beneficiar a sociedade de alguma forma (JULL *et al.*, 2017).

Na área da saúde, esse modelo de pesquisa tem importância, pois aumenta o envolvimento de comunidades marginalizadas, atingindo populações de difícil alcance, como grupos discriminados por questões raciais ou étnicas, de gênero, idade ou condições de vida, cuja desconfiança histórica da pesquisa tradicional e do sistema de saúde compromete a ação de pesquisadores e profissionais de identificar e atender às suas necessidades (TOLEDO *et al.*, 2018).

Em relação ao recorte escolhido na presente pesquisa, a despeito da importância da visão e função das auxiliares de saúde bucal e técnicas de saúde bucal no processo de trabalho das equipes, optou-se, por limitações temporais e logísticas, por delimitar o estudo sobre a

perspectiva do cirurgião-dentista. Esta mesma justificativa aplica-se à escolha por aprofundar na análise em relação aos atributos essenciais, a despeito da relevância dos atributos derivados nos processos de trabalhos das equipes de APS.

### 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Campinas, que possui aproximadamente um milhão, duzentas e vinte e três mil habitantes, apresentando Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,805. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7,54 por 1.000 nascidos vivos (IBGE).

Devido ao tamanho do município, o setor saúde divide o município em Distritos de Saúde (DS) para facilitar o planejamento e a gestão. Campinas possui cinco DS, com cerca de 200.000 habitantes cada: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4: Distribuição dos Distritos de Saúde na cidade de Campinas



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

A APS de Campinas possui 66 Unidades de Saúde, com 218 eSF, apresentando uma cobertura populacional de 60,54%, no ano de 2020. Em relação à saúde bucal, possui 104 equipes e a cobertura estimada de 27,6% no mesmo ano indicado. O DS Norte apresenta uma área de aproximadamente 200 km<sup>2</sup> e uma população cadastrada de aproximadamente 200.00 usuários. É dividida em quatro áreas regionais: a Área Regional 04, Área Regional 11,

Subprefeitura de Barão Geraldo e a Subprefeitura de Nova Aparecida, que contam com a estrutura da base da Polícia Militar e Guarda Municipal, Praça de Esporte Orestes Quércia e Corpo de Bombeiro, assim como, feiras livres e escolas. Nesta região, também, está instalada a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – e, no mesmo local, está localizada a Faculdade de Campinas (FACAMP) – no distrito de Barão Geraldo, próximas a outro grande centro universitário, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) (SÃO PAULO, PREFEITURA DE CAMPINAS, 2021).

Outra característica da região é a tendência econômica de implantação de empreendimentos como o Terminal Intermodal de Cargas – TIC – a serviço do transporte de cargas e descargas, armazéns alfandegários, e o Techno Park, ocupado por 55 empresas de diferentes setores, tecnologia da informação, biotecnologia, entre outros. Somam-se a esse importante pólo tecnológico, científico e cultural em desenvolvimento, uma vasta área verde e rural que mantém as características interioranas da cidade de Campinas. (SÃO PAULO, PREFEITURA DE CAMPINAS, 2021).

No setor da saúde, o DS Norte possui atualmente com 12 Unidades de Saúde na APS uma Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Serviço de Atendimento de Internação Domiciliar e uma Unidade de Vigilância Distrital.

O DS Norte possui 18 ESB, com 28 CDs, 2 TSBs e 24 ASBs. Algumas UBSs possuem apenas uma ASB, e outras com CDs de 20 horas. Além disso, não possui nenhum CEO na região. Para a especialidade de endodontia e prótese, há duas dentistas com formação na área que se tornam referência interna do distrito, e as demais especialidades são encaminhadas para outra região.

## 5.2 TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE

A ferramenta metodológica utilizada foi a realização de oficinas. Segundo Spink, Menegon e Medrado (2014), estas são definidas como espaços potenciais críticos de negociação de sentidos, possibilitando visibilidade de argumentos, multiplicidade de perspectivas e vivências. Assim, objetiva-se com esta estratégia, sensibilizar os participantes com a temática trabalhada, permitindo negociação de sentidos, através da partilha de experiências, de opiniões convergentes e/ou controversas, potencializando reflexões sobre possibilidades de transformações.

O período de realização das oficinas foi de três meses, sendo uma por mês (agosto, setembro e outubro de 2022).

O tempo de duração de cada encontro foi de aproximadamente duas horas e meia.

Os encontros foram presenciais e cada um teve um roteiro específico composto por um grupo de “questões-chave” (Apêndices I, II e III), todas abertas, a fim de propiciar o levantamento e a obtenção de informações elucidativas acerca dos objetos específicos propostos pelo trabalho. No roteiro da primeira oficina (Apêndice I) houve questões adaptadas baseadas na versão brasileira do PCA-tool, utilizada pelo MS (2020), visto que esta ferramenta é utilizada para avaliar a presença e extensão dos atributos.

A facilitadora de todos os encontros foi a própria pesquisadora. Além disso, as oficinas contaram com a presença de um observador, que foi um assistente social discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Prefeitura de Campinas. A escolha por um profissional de saúde de categoria diferente dos participantes objetivou o não enviesamento da análise feita por este.

Os diálogos durante todos os encontros foram gravados e posteriormente foram transcritos o conteúdo das oficinas 1 e 2. O conteúdo das oficinas a e b foram submetidos à análise temática e qualitativa e o resultado da oficina c foi a descrição do conjunto de propostas, validado pelos participantes durante a própria oficina.

Foram utilizados como critérios de inclusão: a atuação como CD, na APS, por mais de dois anos no cargo, mesmo que seja em outra Unidade e a livre iniciativa em querer participar da pesquisa. No caso de mais de um CD de uma Unidade de Saúde atenderem a estas condições, pediu-se que fosse feito um acordo interno entre os interessados, de forma que somente haja a participação de um CD por Unidade. Esta proposta se justifica para que não haja nenhum tipo de desassistência à população usuária do serviço de saúde que esses profissionais estão inseridos.

Como critério de exclusão foi considerado: profissionais que estariam afastados do serviço durante qualquer um dos meses de realização das oficinas, sejam por férias ou licenças específicas previstas.

Entre as doze Unidades de Saúde do Distrito Norte, excluiu-se para a convocatória como participante o Centro de Saúde, na qual a pesquisadora está alocada visto que a mesma foi a facilitadora de todas as oficinas. O dentista de um Centro de Saúde não se encaixava nos critérios de inclusão, sendo descartado e, em outras três Unidades de Saúde, houve recusa ao

convite para participar da pesquisa. Portanto, participaram das oficinas sete cirurgiões-dentistas de diferentes localidades.

Logo, foram realizadas:

1) Oficina “Descrevendo o processo de trabalho”

Na oficina (a), foram feitas perguntas relacionadas aos atributos essenciais da APS e alguns questionamentos sobre questões propostas de readequação do processo de trabalho segundo as Diretrizes da PNSB (2004), a saber: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, condições de trabalho. Ademais, foi apresentado uma questão que busca valorizar e compartilhar a experiência subjetiva do profissional, reafirmando a opção pela abordagem qualitativa do estudo e a importância da vivência e dos sentimentos do profissional como um dos sujeitos que integram o processo de trabalho em saúde (SAMPAIO *et al.*, 2012).

2) Oficina “Construção compartilhada da matriz F.O.F.A.”.

A construção compartilhada da matriz F.O.F.A. (Fortaleza, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), proposta na oficina (b) teve como objetivo identificar potencialidades e obstáculos vivenciados pelos CDs para o cumprimento dos atributos essenciais na práxis diária. Esse instrumento, frequentemente utilizado no campo do planejamento e gestão, facilita a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Fortalezas e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças) de um coletivo social, permitindo a análise de sua estrutura, desempenhos e/ou cenários, uma vez que diferencia o que é próprio (Fortalezas e Fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser (re)conhecidas (GOMIDE *et al.*, 2015).

3) Oficina “Elaboração das propostas de melhoria para o cumprimento dos atributos essenciais da APS nas ESB”.

Na terceira oficina (c) foram elaboradas propostas de ações e/ou estratégias para melhoria de cada um dos atributos essenciais da APS. O formato de apresentação destas foi discutido e desenvolvido com os participantes, afirmando o caráter participativo da pesquisa e com base nos resultados obtidos nas oficinas a e b.

Foi feita análise de conteúdo segundo referenciais teóricos das principais questões e temas levantados pelos participantes nas oficinas 1 e 2. Assim, buscou-se elaborar e apresentar uma potente discussão com as perspectivas e vivências trazidas pelos participantes acrescida da análise através de documentos públicos e experiências de outros pesquisadores.

Além disso, o produto final da oficina 3 foi enviado em arquivo word para cada participante e todos confirmaram e validaram seu conteúdo.

### 5.3 RISCOS E BENEFÍCIOS

Para a realização da pesquisa foram levantados os seguintes riscos potenciais: extravio das informações, constrangimento e conflito. Para mitigar a primeira situação propôs-se que, de acordo com a resolução nº 2/2020 da CONEP/CNS/MS, o registro das oficinas e as demais informações referentes ao estudo, sejam armazenados em pendrive exclusivo da autora que ficará com a responsabilidade de guarda por cinco anos. O acesso a este foi e será restrito à autora, orientadores e outros pesquisadores que compõem a equipe do estudo. Em relação ao constrangimento, inibição ou vergonha, que podem estar presentes em diálogos grupais típicos de metodologias como oficinas, foi apresentado no TCLE que caso o participante não queira realizar nenhum comentário durante a realização desta, é garantido o direito à abstenção ou rejeição da sua participação em qualquer momento. Sobre a possibilidade de conflito, foi explicitado no TCLE que as oficinas não tinham como objetivo encontrar respostas corretas; assim, opiniões divergentes seriam respeitadas e valorizadas, sendo importante a exposição de diferentes pontos de vistas e/ou vivências sobre um mesmo assunto.

Em relação aos benefícios da pesquisa, a propôs-se que através da abordagem qualitativa e participativa, os sujeitos envolvidos tenham um espaço de autorreflexão e compartilhamento de experiências e perspectivas, além de apresentar-se como um ambiente propositivo e de construção compartilhada de estratégias e/ou ações para a melhoria do cumprimento dos atributos nas ESB das quais são membros. Assim, pretendeu-se elaborar um produto final para as próprias ESB com propostas possíveis e efetivas sendo estas também expostas para a coordenação de saúde bucal do município distrital e municipal.

Ressalta-se que o caráter pedagógico do método aplicado permitiu a troca compartilhada de conhecimentos e experiências. Além disso, as oficinas foram vistas pelos

participantes como um espaço no qual cada um pode ser escutado e acolhido pelos demais e onde foi estimulado a elaborar propostas locais e até mesmo para outros níveis de gestão. Esse compartilhamento pode aumentar a sustentabilidade das ações e proposições desenvolvidas podendo ser acolhidas em outras esferas, visto que as mesmas foram elaboradas por um grupo de profissionais inseridos na rede, sendo reflexo da opinião e análise vários profissionais, não sendo desenvolvida por uma só pessoa ou até mesmo pela própria pesquisadora de forma isolada.

#### 5.4 DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

As proposições elaboradas foram expostas na Reunião Bimestral de Saúde Bucal do Distrito Norte, na presença da apoiadora de Saúde Bucal da região e dos demais dentistas e ASBs representantes de cada Unidade. A apoiadora comentou positivamente o desenvolvimento do estudo e comentou sobre as propostas, ressaltando como através destas estava buscando-se a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Além disso, as mesmas foram entregues à Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Campinas e à Coordenação de Saúde do Distrito Norte, através de e-mail. Assim, objetivou-se dar voz aos dentistas participantes, compartilhando o produto final com profissionais da gestão e aportando em uma possível melhora do cumprimento dos atributos da APS pelas ESB do DS Norte, podendo ser utilizada em outras regiões. Pretende-se, também, que através deste estudo haja a produção de um ou mais artigos científicos em parceria com os orientadores e/ou participantes do mesmo e apresentações em eventos científicos.

#### 5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos que, como a pesquisa foi realizada com seres humanos, sua proposição atentou-se para os princípios de “bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”, previstos na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 e com a resolução 510/2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a

pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Ademais, também leva em conta a resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo o SUS.

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à aprovação na Secretaria de Saúde Municipal de Campinas e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria do HESFA/UFRJ.

Houve, também, a solicitação da assinatura do Termo de Anuência Institucional (TAI) de todas as coordenações das Unidades de Saúde implicadas (Apêndice IV) para a realização da presente pesquisa.

Os participantes deste estudo receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que encontra-se no apêndice V. Por meio deste, os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, benefícios e riscos do estudo, sendo oferecido o direito de escolha quanto à participação. Estes puderam a qualquer momento desistir de participar da mesma, tendo a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.

A proposta pela participação de um CD por Centro de Saúde objetivou preservar a assistência aos usuários durante a realização das oficinas, nas Unidades que possuem pelo menos dois CDs.

Além disso, os participantes não foram identificados pelos nomes, sendo garantido o sigilo durante o período do estudo e nas possíveis publicações.

Ao final da pesquisa, o material coletado está e continuará sob a posse da pesquisadora e não será disponibilizado para terceiros. Após cinco anos do término do trabalho, o material será destruído.

As despesas de deslocamento individual para o local das oficinas ficaram sob a responsabilidade de cada participante, conforme indicado no TCLE. Todas as despesas para o desenvolvimento das oficinas, como papel e caneta, além da transcrição dos diálogos, foram assumidas pela autora.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As oficinas contaram com sete participantes: seis mulheres e um homem. Em relação à faixa etária dos participantes 28,6% tinham entre 30-40 anos, a maioria tinha entre 40-50 anos (42,8%) e dois entre 50-60 anos.

O tempo de atuação na APS entre eles varia entre 3 a 29 anos, sendo que quatro profissionais possuem mais de 15 anos de atuação. Seis possuem alguma especialização, sendo que três em saúde da família ou saúde coletiva. Entre estas, uma participante possui mestrado e doutorado em odontopediatria. O detalhamento da caracterização pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos dentistas participantes das oficinas segundo sexo, faixa etária, tempo de atuação na APS e na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) e título de pós-graduação

<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	6	85,7
Masculino	1	14,3
<b>Faixa etária</b>		
30-40 anos	2	28,6
40-50 anos	3	42,8
50-60 anos	2	28,6
<b>Tempo de atuação na APS</b>		
3-5 anos	2	28,6
10-20 anos	3	42,8
25-30 anos	2	28,6
<b>Tempo de atuação na PMC</b>		
1-2 anos	2	28,6
10-20 anos	3	42,8

Mais de 20 anos	2	28,6
<b>Especialização em Saúde da Família ou Saúde Coletiva</b>		
Sim	3	42,8
Não	4	57,2
<b>Especialização em outras áreas (ortodontia, prótese...)</b>		
Sim	4	57,2
Não	3	42,8

Fonte: Elaboração própria.

## 6.2 DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética, foi realizada uma reunião com a pesquisadora, a coordenadora do Distrito de Saúde Norte e com os coordenadores das Unidades de Saúde para apresentação dos objetivos, metodologia e relevância da pesquisa. Ao final da reunião, houve a solicitação da assinatura do termo de anuência e todos os coordenadores assinaram, autorizando a participação dos profissionais.

Posteriormente, foi feito contato com todos os dentistas da Região de Saúde Norte via whatsapp e enviado o TCLE, com uma breve explicação da pesquisa. Assim, dos 25 CDs, das onze Unidades, 24 foram convocados, pois um que não se encaixava no critério de inclusão. Sete dentistas de três Unidades recusaram sua participação e um CD representante, de outras sete, confirmou.

As datas e o local de realização das oficinas foram definidos com a apoiadora de saúde bucal do Distrito Norte. Foram separados um turno por dia nos meses de agosto, setembro e outubro de 2022 e o lugar escolhido foi a sala de reunião da sede do próprio distrito. Depois, estas informações foram transmitidas para os coordenadores e os dentistas que confirmaram sua participação.

As oficinas 1 e 2 foram transcritas, e ao início das oficinas 2 e 3 era apresentado o resumo com as ideias principais relatadas do encontro anterior, e confirmado com os participantes se todos estavam de acordo com as ideias principais, ou se queriam modificar ou acrescentar algo. Assim, o conteúdo das apresentações foi validado por todos a cada encontro.

A primeira oficina “Descrevendo o processo de trabalho” foi realizada em agosto de 2022 e contou com a participação de seis dentistas. Uma das dentistas que assinou o TCLE não conseguiu participar por questões prévias relacionadas à agenda da Unidade. Nesta oficina, houve, inicialmente, a apresentação dos participantes, seguido de uma breve exposição da justificativa, objetivos e metodologia da pesquisa. Após, foi discutido e descrito conjuntamente com os participantes o processo de trabalho das ESB com o uso do roteiro (Apêndice I).

Assim, cada participante pode descrever como está organizada a agenda e acesso dos usuários às ESB das Unidades, sua percepção sobre a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Além disso, relataram sobre as condições de trabalho e seu sentimento de atuação na APS.

A oficina 2, contou com sete participantes e se baseou na construção compartilhada e da matriz F.O.F.A, relacionando-a com cada um dos atributos essenciais da APS. Assim, após a revisão das ideias principais comentadas na oficina 1 e validação destas pelos participantes, as matrizes foram elaboradas.

Na oficina 3, sete dentistas participaram, foram repassadas as matrizes elaboradas por atributo e confirmada o conteúdo de cada uma. Na sequência, as perguntas contidas no roteiro 3 (Apêndice III) foram feitas ao grupo e posteriormente sistematizadas.

### 6.3 RESULTADO DAS OFICINAS E DISCUSSÃO

Na discussão de processos de trabalho, a agenda de todas as Unidades, possuem um horário separado para atendimento das urgências na manhã. Em seis Unidades é de 7:00 até as 9:00 horas, e em uma Unidade de 7:00 às 10:00. Em algumas, há distribuição de senhas, em outras não. A partir deste horário há agendamentos de 40/40 minutos. Todos os participantes relataram que o acesso, em sua maior parte, ocorre através das urgências. Essa organização de tempo e espaço para atendimento tanto da demanda programada como para a espontânea é preconizada pelo Ministério da Saúde (2006; 2018) para garantir o acesso da população aos serviços odontológicos.

Em todos os Centros de Saúde, as gestantes possuem livre acesso e podem ser marcadas diretamente na agenda das ESB, na recepção das Unidades. Normalmente, o enfermeiro, que inicia o pré-natal, orienta a gestante sobre este fluxo, o que converge com o

incentivo que o Ministério da Saúde vem promovendo para a realização do pré-natal odontológico como medida para a qualificação do acompanhamento oferecido às gestantes na APS, com iniciativas como a inclusão de um indicador de cobertura de consulta para estas (BRASIL, MS, 2022). Em duas Unidades, também, priorizam pacientes crônicos, em especial hipertensos e diabéticos.

Os CD relatam que há dificuldade para garantia da longitudinalidade do cuidado, devido à falta de profissionais nas ESB. Em alguns casos, orientam retornos, mas percebem que não conseguem garantir ou ofertar os retornos segundo as necessidades dos usuários.

Em relação à coordenação do cuidado, mencionaram dificuldade pela ausência de um CEO no Distrito de Saúde. A oferta de especialidades existentes dentro do próprio Distrito ocorre nas próprias Unidades de APS, onde profissionais da APS da região que possuem formação específica atuam como especialistas. Assim, são oferecidos serviços nas áreas de: radiologia, endodontia, prótese.

Para estomatologia, disfunção temporomandibular e cirurgia oral menor, os atendimentos são oferecidos, mas em outros distritos. A oferta de prótese diminuiu, pois um profissional se aposentou e não houve reposição, atualmente há somente uma profissional de 20 horas dedicada ao atendimento de prótese de toda a região de saúde Norte.

Também, foi relatada, com pesar, a ausência dos serviços de periodontia e odontopediatria, que não podem ser realizados ao usuário por ausência de profissionais.

Todos os participantes consideram que a oferta de serviços de saúde bucal pode melhorar. Além disso, descreveram que, algumas vezes, esta fica limitada por falta de instrumentais, equipamentos ou insumos.

Sobre a questão da satisfação dos usuários em relação ao acesso e serviços oferecidos pelas ESB, os profissionais percebem certa satisfação, mas consideram que poderia ser melhor. Esta ocorre, principalmente, nos atendimentos das urgências e por conseguirem dar continuidade, em alguns casos, ao tratamento. No entanto, observam alguns obstáculos para o alcance da satisfação dos usuários, como a falta de oferta ou demora em alguns casos do acesso. Um participante comentou sobre a importância da escuta e acolhimento, para que o usuário possa se sentir satisfeito.

Segundo Santos *et al.* (2015), apesar de ainda persistirem muitos desafios para a melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal na ESF, a satisfação dos usuários, no município baiano pesquisado, foi considerada alta.

A revisão de escopo feita por Cipriano *et al.* (2022), com o objetivo de mapear estudos que avaliaram a qualidade das ações e serviços em saúde bucal na APS por usuários através do instrumento PCATool, encontrou quatro publicações referentes às cidades do Sul do país. Como resultado, os autores relatam que a maioria das pesquisas indicaram uma alta qualidade da APS o que sugere certa melhoria do serviço público de saúde bucal nestes locais, mas que o acesso ao atendimento é, ainda, observado como o maior problema. Assim, o relato dos CDs participantes encontra-se em sintonia com os estudos citados, onde se percebe a satisfação dos usuários, mas persistem alguns obstáculos a serem vencidos.

Em relação à experiência da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no cotidiano, todos percebem as reuniões de equipe como um espaço privilegiado para tal. No entanto, das sete Unidades, quatro participantes relatam que os profissionais dessas ESB não conseguem participar das reuniões. Além disso, em alguns casos, há certa experiência de isolamento das ESB:

[...] Teve uma fase que a gente fez parte das equipes, a gente participava de reuniões de equipe, participava do NASF, do núcleo de saúde coletiva. Agora separou né, de novo, a gente não faz parte da equipe de saúde da família, é da saúde bucal, então [...] (CD-X)  
- A gente virou dente” (CD-Y)

Uma participante, na qual o Centro de Saúde possui Programas de Residência médica e Residência multiprofissional menciona que a presença dos residentes reforçam a vivência da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, como observado no trecho abaixo:

[...] Lá funciona bem eu acho que a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade. Também, porque lá é um CS que nasceu como Estratégia Saúde da Família, a gente tem muitos residentes médicos. A gente tem...eu acho que agora a gente está com 7 residentes médicos lá. Então, é bom. Eles são muito acessíveis, eles são muito interessados também. Então, tipo qualquer dúvida que eles têm, eles batem na nossa porta para perguntar. Então, a gente tem muita abertura, tem os residentes da multiprofissional, então a gente consegue conversar bem [...] (CD-W)

Segundo os participantes, as ações intersetoriais das ESB estão relacionadas majoritariamente relacionadas ao PSE. No entanto, somente duas conseguiram realizar alguma atividade nas escolas ao longo do presente ano. Os demais comentam que pela falta de profissional não estão conseguindo desenvolver este tipo de atividade.

Os desafios para a vivência da multiprofissionalidade e interprofissionalidade, essenciais para o exercício da integralidade, mencionados pelos dentistas, são, também mencionados em diversos estudos como o de Scherer *et al.* (2018), Costa *et al.* (2012) e Mattos *et al.* (2014).

Segundo Ceccim (2018), a definição de interprofissionalidade indica a intersecção de profissões, portanto, ao que é, pode vir a ser ou se renova quando se torna comum a mais de uma profissão. “Inter” quer dizer “no interior de dois; no espaço comum de dois; ponto de cruzamento/ligação/conexão”. Já “profissionalidade” diz respeito ao caráter do que é profissional, procedimento característico dos profissionais (sua maneira de ver e agir) e a sua competência profissional (conhecimento, habilidade, responsabilidade). Assim, os desafios para a vivência da interprofissionalidade podem limitar a oferta de cuidado do atributo da integralidade oferecido à população.

Para Carvalho *et al.* (2020), o conceito de interprofissionalidade implica uma aprendizagem colaborativa entre profissionais de diferentes carreiras. Além disso, a atuação como equipe multiprofissional exige que estes coloquem entre parênteses muito do que é específico da sua categoria e esteja aberto para o aprendizado coletivo. Assim, a despeito dos seus inúmeros desafios e certa complexidade, a prática interprofissional é mister para promoção da integração das ações de saúde, na busca pelo aumento da resolubilidade dos serviços e da qualidade da atenção à saúde (CARVALHO *et al.*, 2020).

A comunicação virtual entre profissionais/usuários é vista, de forma consensual, como uma ferramenta importante. Mas, a despeito desta ter sido iniciada em todos os Centros de Saúde, não há um padrão. Uma participante relata que na sua Unidade há um tablet com whatsapp por equipe. Outros relatam a existência do whatsapp somente na Unidade. Há locais em que os usuários utilizam para questões clínicas, outros em que utilizam mais como canal para marcação/remarcação e desmarcação de consultas.

Nesta mesma direção, o estudo de Bispo *et al.* (2020) que analisou a percepção do acesso segundo profissionais de saúde em um determinado município utilizando o PCA-tool, indica a relevância de tornar viável a comunicação entre os profissionais e os usuários seja via telefonia ou via internet, principalmente nos dias e horários em que as unidades permanecem fechadas, para o fortalecimento deste atributo.

No instrumento do PCA-tool (BRASIL, MS, 2020), a comunicação virtual é citada em várias perguntas feitas tanto para os usuários, como para os profissionais, incluindo os

dentistas. As perguntas estão relacionadas à presença e extensão do acesso e longitudinalidade, confirmando a relação desta com os atributos, segundo esta ferramenta.

Durante a pandemia, o Ministério da Saúde reforçou a importância da teleodontologia, objetivando a incorporação do uso das ferramentas de telecomunicações na oferta de cuidado (BRASIL, MS, 2021). Além disso, lançou o “Manual prático para uso da teleodontologia no SUS” (BRASIL, MS, 2022) a fim de divulgar o potencial da teleorientação e o telemonitoramento, estimulando o empenho aos gestores e aos trabalhadores do SUS de mudar o processo de trabalho, com vistas à ampliação do acesso e à qualificação do cuidado em saúde bucal.

No entanto, conforme relato dos participantes a despeito dessas diretrizes e certo estímulo teórico, a experiência do uso da comunicação virtual e teleodontologia na Prefeitura Municipal de Campinas é incipiente, para que sejam ampliadas, seria necessário um maior investimento de parte da gestão no aumento dos recursos físicos e tecnológicos envolvidos para o alcance deste objetivo.

Infelizmente, todos descreveram queda significativa das condições de trabalho nos últimos anos, mesmo os que ingressaram na PMC no ano anterior. Como podemos identificar nos comentários abaixo:

[...] Eu acho que eu concordo muito com os colegas, assim, a questão de material, de recurso de equipamento, equipamento de baixa qualidade, falta né. Estou sem ultrassom há meses. O material, o instrumental é antigo, alguns de má qualidade, o material de consumo ruim, falta, às vezes, fico sem ácido, sem as coisas para trabalhar, que dificulta muito[...]. (CD-W)

[...]Eu acho que em qualidade do material tem tudo a melhorar porque a qualidade do material, de instrumental, como ela falou, tá muito ruim [...]. (CD-K)

Comentou-se que não há compra de instrumentais odontológicos novos há muitos anos e que no Distrito com 12 Unidades de APS, somente 02 fazem esterilização. Além da já mencionada diminuição de profissionais, pois a quantidade de profissionais que ingressam na prefeitura, não foram suficientes para repor a quantidade de profissionais que saem por aposentadoria ou exoneração.

Assim, na última pergunta da oficina 1, sobre a experiência atual como profissionais da APS, todos relataram o sentimento de sobrecarga, frustração:

[...] Muitas vezes, eu chego em casa e me pergunto, será que eu escolhi o caminho certo? Por estar me sentindo muito sobrecarregada

mentalmente de ter que lidar com tantas pessoas e não conseguir sanar as demandas [...]. (CD-Z)

Outra participante comentou sobre essa mesma vivência, junto com o desejo de buscar melhorias:

[...] Eu compartilho isso da gente estar sobrecarregado, tem muita frustração envolvida, mas eu ainda assim, eu ainda gosto muito do que eu faço, eu não me vejo em outro lugar, então eu estou satisfeita como dentista, atuando na Atenção Básica porque é algo que eu acredito, então, eu me sinto feliz de estar atuando nisso, mas eu tenho a necessidade de lutar por mudanças, de tentar mudar por melhor, porque eu sei que, lidando com frustração, com uma demanda que não pode ser suprida e com todas as dificuldades, também, pesa né, um dia pesa né [...].( CD-W)

Sentimento similar, também, foi encontrado no relato de experiência feito por Ferreira e Anderson (2020) de um grupo terapêutico voltado para funcionários de uma unidade da APS no Rio de Janeiro, que identificaram uma autopercepção de elevado nível de estresse e de sobrecarga de trabalho gerado pelo aumento da violência no território, precárias condições de trabalho e diminuição do número de profissionais.

Lacerda *et al.* (2022) e Osório *et al.* (2022) se aprofundaram, durante a pandemia do Covid-19, na compreensão dos efeitos na saúde mental dos profissionais de saúde. Os primeiros evidenciaram que a experiência profissional, condições de trabalho, situação financeira, relação entre trabalho e família, medo de contaminação e transmissão da doença foram os principais fatores associados ao desenvolvimento de *burnout* nos participantes. Na mesma direção, o segundo estudo relatou como resultado indicadores alarmantes de problemas de saúde mental que permanecem estáveis com sintomas de *burnout* em ascensão.

Na oficina 2 houve a construção compartilhada entre os participantes da matriz F.O.F.A, relacionando-a com cada um dos atributos essenciais da APS. Assim, após a revisão das ideais principais comentadas na oficina 1 e validação pelos participantes, o grupo começou a construir, primeiramente, a matriz F.O.F.A do atributo acesso, que segue no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Matriz de fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao **atributo acesso**.

	Fatores internos	Fatores externos
Pontos positivos	<p style="text-align: center;"><u>Fortalezas</u></p> <p>Garantia diária, através de um horário de acesso pela demanda espontânea. Alguns Centros de Saúde possuem senha e outros não. Autonomia na organização do processo de trabalho</p>	<p style="text-align: center;"><u>Oportunidades</u></p> <p>Distribuição e quantidade de Unidades</p>
Pontos negativos	<p style="text-align: center;"><u>Fraquezas</u></p> <p>Organização do fluxo e acesso dos pacientes à sala da odontologia, em algumas Unidades. Ausência de reuniões periódicas com a gestão local.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Ameaças</u></p> <p>Falta de profissionais</p>

**Fonte: Elaboração própria.**

A presença e distribuição das Unidades de Saúde parece estar em sintonia com o estudo feito por Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) que menciona o aumento ocorrido nos últimos anos da expansão e manutenção da cobertura da ESF que provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e contribuiu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

A predominância do acesso à consulta odontológica através da demanda espontânea, também foi indicada em pesquisas feitas em outras cidades como Porto Alegre (D'ÁVILA, 2016) na região Sul e em um município na Bahia (TAVARES *et al.*, 2013).

Além disso, durante a construção da matriz foram comentadas algumas questões: a separação dos profissionais das ESB das ESF, isolamento, sensação de isolamento em alguns casos das ESB, julgamento negativo de profissionais da própria Unidade em relação aos profissionais da saúde bucal e um certo distanciamento entre os gestores locais e as ESB. Este afastamento por um lado permite com que haja uma certa autonomia dos dentistas em relação

ao processo de trabalho, mas por outro reforça a percepção de isolamento sentida por alguns participantes.

Após esta etapa, houve a construção da matriz do atributo integralidade, apresentada no Quadro 3.

Quadro 3: Matriz de fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao **atributo integralidade**.

	Fatores internos	Fatores externos
Pontos positivos	<p><u>Fortalezas</u></p> <p>Presença de especialidades como: endodontia, prótese, estomatologia, cirurgia. Facilidade para articular o cuidado com os demais profissionais da Unidade.</p>	<p><u>Oportunidades</u></p> <p>Demora não extensa para as especialidades que existem.</p>
Pontos negativos	<p><u>Fraquezas</u></p> <p>Ausência de odontopediatra e periodontista. Atividades de prevenção e promoção praticamente extintas. Centralidade nas ações curativas</p>	<p><u>Ameaças</u></p> <p>Falta de profissionais, como psicólogo e fonoaudiólogo. Falta do CEO Dificuldade para articular um cuidado integral com os demais profissionais.</p>

Fonte: Elaboração própria.

A dificuldade para retomada das ações de promoção e prevenção da saúde, comentada pelos participantes, não é uma experiência isolada dos participantes. Antes da pandemia do Covid-19, Silva *et al.* (2014) identificaram a focalização das práticas em públicos vulneráveis, limites do financiamento e parcerias intersetoriais como desafios para as práticas de promoção de saúde. Assim, os comentários dos participantes convergem com este estudo e, infelizmente, afirmam que a retomada das atividades de promoção e prevenção, ainda está mais complicada, do que no período pré-pandemia de Covid-19.

Outra questão indicada é a facilidade ou dificuldade relatada para articular um cuidado integral com os demais profissionais. Algumas Unidades relataram proximidade da ESB e eSF, outras não. Na literatura, também, encontra-se os dois relatos: enquanto Silva *et al.* (2019) e Pimentel *et al.* (2012) relatam como aspecto positivo a integração existente entre

ambos profissionais nas Unidades de Saúde, Okuyama e Silva (2017) indicaram a presença de obstáculos para a integração da ESB com outras equipes de saúde, nas quais membros da equipe não cumprem com suas devidas atribuições e acrescenta que o trabalho em equipe prescinde dessa integração entre os profissionais de saúde. Assim, percebe-se que a interação entre os trabalhadores de ambas as equipes é um processo dinâmico que demanda esforço de todos para ser construído e sustentado permanentemente.

Durante a elaboração dos aspectos positivos e negativos relacionados à longitudinalidade, houve o consenso de que este atributo apresenta-se como o mais difícil de ser oferecido atualmente. A matriz construída é mostrada no Quadro 4 abaixo:

Quadro 4: Matriz de fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada **atributo de longitudinalidade**.

	Fatores internos	Fatores externos
Pontos positivos	<p><u>Fortalezas</u></p> <p>Dentro do que pode ser ofertado, o usuário tem sua demanda atendida quando procura a Unidade.</p>	<p><u>Oportunidades</u></p> <p>-----</p>
Pontos negativos	<p><u>Fraquezas</u></p> <p>Alguns CDs são os únicos da sua categoria na sua Unidade.</p> <p>Dificuldade para estabelecer plano de retorno.</p> <p>Aumento do número de usuários e demanda</p>	<p><u>Ameaças</u></p> <p>Falta de profissionais</p>

Fonte: Elaboração própria.

Durante a construção dessa matriz, houve a opinião consensual entre os participantes de que a longitudinalidade é, entre os atributos discutidos, o mais difícil de ser ofertado. Esta questão converge com a pesquisa realizada por Kessler *et al.* (2019), onde o mesmo atributo foi avaliado de forma insatisfatória, revelando a necessidade de reorientação da APS. Além disso, os autores comentam que a alta rotatividade dos profissionais, assim como a precarização do trabalho, de diversas formas, devem ser consideradas ao analisar este atributo,

uma vez que a falta de continuidade nos profissionais de saúde interfere nos relacionamentos e vínculos com os usuários da APS.

As pesquisas que avaliam positivamente a longitudinalidade ressaltam estratégias que ajudam na fixação de profissionais, como Programa Mais Médicos (SANTOS *et al.*, 2020) ou políticas de alocação de médicos por tempo integral nas equipes. Estes estudos, a despeito de analisarem este atributo relacionando-o, principalmente, à categoria dos profissionais médicos, nos permite inferir algumas estratégias que poderiam ser utilizadas para a melhoria da oferta deste atributo.

A falta de profissionais nas equipes mencionadas nas três matrizes anteriores, com a queda na qualidade dos materiais adquiridos nos últimos anos e falta de compra de instrumentais e equipamentos odontológicos novos pode ser resumida com a percepção do desfinanciamento e desmonte do SUS. Infelizmente, esta realidade é observada a nível nacional, por diversos autores como Souza (2020), Menezes *et al.* (2019), Lima, Costa Correira e Santos (2021) que afirmam que o subfinanciamento do SUS é uma questão crônica, no entanto, foi acentuada nos últimos anos e infelizmente, este fato converge com o relato dos CDs participantes em diversos comentários.

A análise feita por Rocha *et al.* (2022) nos permite entrever possíveis causas para a percepção de profissionais inseridos há menos de dois anos nos serviços municipais do aumento do subfinanciamento em relação às ESB, mesmo nesse relativo curto período de tempo. Segundo os mesmos autores, os momentos de redução ou estabilização do número de ESB, dos últimos anos, em alguns Estados do Nordeste estão relacionados com a reformulação da PNAB, em 2017 através da portaria nº 2.43, que permite a não obrigatoriedade da saúde bucal na ESF; a emenda Constitucional nº95 que limitou o teto com gastos em saúde e educação, fazendo com que os investimentos menos prioritários fossem reduzidos. Além disso, durante a pandemia da Covid-19, os gastos com a saúde médica certamente foram preferidos em relação à saúde bucal, chegando a haver até queda no número das ESBs nos territórios analisados (ROCHA *et al.*, 2022).

A última matriz F.O.F.A. elaborada pelos participantes, mostrada no Quadro 5 abaixo, se relaciona ao atributo de coordenação do cuidado.

Quadro 5: Matriz de fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças construída pelos participantes da segunda oficina relacionada ao **atributo de coordenação do cuidado**.

	Fatores internos	Fatores externos
Pontos positivos	<p><u>Fortalezas</u></p> <p>Presença de algumas especialidades (Endodontia e prótese, no próprio Distrito Norte. Já os atendimentos para os encaminhamentos de cirurgia, estomatologia e disfunção temporomandibular ocorrem em outros distritos).</p>	<p><u>Oportunidades</u></p> <p>Envio de contrarreferência da especialidade de endodontia para a APS</p>
Pontos negativos	<p><u>Fraquezas</u></p> <p>Ausência do CEO. Falta de envio de contrarreferência à APS nas especialidades de cirurgia, estomatologia, prótese, disfunção temporomandibular.</p>	<p><u>Ameaças</u></p> <p>Mudança para o Sistema de CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).</p>

**Fonte: Elaboração própria.**

Segundo os participantes, os aspectos positivos da coordenação do cuidado estão intimamente relacionados à presença de especialidades e o retorno do usuário à APS através da contrarreferência. Já os principais problemas relacionados a este atributo são: falta de um CEO no Distrito, ausência de contrarreferência e mudança no Sistema de Regulação do SOL (Saúde online) para o CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

No que tange à falta do CEO e ausência de algumas especialidades, mencionadas no presente estudo concorda com a análise realizada por D'Avila (2016), que relaciona as fragilidades deste atributo com as dificuldades para se ofertar a atenção secundária. Problemas relacionados ao sistema de referência e contrarreferência e como estes afetam os atributos também foram citados por Percebo (2016) e Borghi *et al.* (2014).

Mendes (2016) descreve sobre a importância e desafios inerentes da função da APS como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de ressaltar que a “coordenação

conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs”. Portanto, a ausência de profissionais e pontos de atenção que representam a RAS afeta fortemente a extensão deste atributo.

Outros estudos avaliaram a percepção de dentistas sobre a extensão dos atributos na APS, no entanto usando como ferramenta o PCA-tool. Miranda *et al.* (2021) e Pivatto e Silveira (2022) encontraram resultados similares, em ambos estudos, os atributos “coordenação” e “integralidade” apresentaram altos escores; enquanto os atributos “acesso”, “longitudinalidade”, baixos escores. Sendo a pior avaliação para “acesso” e a melhor, para a “integralidade”.

Ressalta-se, também, que foram realizadas pesquisas sobre os atributos da APS segundo as perspectivas de outras categorias profissionais, incluindo dentistas, utilizando também o instrumento do PCA-tool. Segundo Abrantes et al. (2020) a média dos escores dos atributos essenciais, com exceção do “acesso” que teve um baixo desempenho, foi satisfatória. Ademais, estes descrevem que as piores avaliações foram feitas pelos cirurgiões-dentistas.

Já na pesquisa realizada por Fagá (2016) além do atributo acesso, a “orientação comunitária” foi avaliada insatisfatoriamente, mas os demais 6 atributos, tiveram um bom desempenho.

Após o desenvolvimento das matrizes por atributo foi elaborado, conforme mostra o Quadro 6, uma única matriz FOFA reunindo os aspectos negativos e positivos mencionados a fim de facilitar a visualização integrada dos elementos citados.

Quadro 6 - Matriz unificada das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças dos atributos essenciais discutidos na segunda oficina

<i>Fatores Internos</i>				
<i>Fortalezas</i>				
	<i>Acesso</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Longitudinalidade</i>	<i>Coordenação</i>
<b>Pontos Positivos</b>	- Garantia diária, através de um horário específico, de acesso para a demanda espontânea. - Alguns Centros de Saúde possuem	- Possibilidade de encaminhar para endodontia, prótese, estomatologia, cirurgia e disfunção temporomandibular. - Facilidade para	- Dentro do que pode ser ofertado, o usuário tem sua demanda atendida quando procura a Unidade.	- Presença de algumas especialidades (Endodontia e prótese, no próprio Distrito Norte. Já os atendimentos para os encaminhamentos de cirurgia, estomatologia e disfunção temporomandibular ocorrem em outros distritos).

	senha para urgência e outros não. - Autonomia na organização do processo de trabalho	articular o cuidado com os demais profissionais da Unidade.		
<b>Fraquezas</b>				
	<i>Acesso</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Longitudinalidade</i>	<i>Coordenação</i>
<b>Pontos Negativos</b>	- Desorganização do fluxo e acesso dos pacientes à sala da odontologia, em algumas Unidades. - Ausência de reuniões periódicas com a gestão local.	- Ausência de possibilidade de encaminhamento para odontopediatra e periodontista na Rede. - Atividades de prevenção e promoção praticamente extintas. - Centralidade das ações curativas	- Alguns CDs são os únicos da categoria na sua Unidade. - Dificuldade para estabelecer plano de retorno. - Aumento do número de usuários e demanda	- Ausência do CEO. - Falta de envio da contrarreferência nas especialidades de cirurgia, estomatologia, prótese e disfunção temporomandibular
<b>Fatores Externos</b>				
<b>Oportunidades</b>				
	<i>Acesso</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Longitudinalidade</i>	<i>Coordenação</i>
<b>Pontos Positivos</b>	- Distribuição e quantidade de Unidades	- Pouca demora para conseguir vagas em algumas especialidades.	N/A	-Envio de contrarreferência da especialidade endodontia para a APS.
<b>Ameaças</b>				
	<i>Acesso</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Longitudinalidade</i>	<i>Coordenação</i>
<b>Pontos Negativos</b>	- Falta de profissionais nas ESB.	- Falta de profissionais, principalmente psicólogo e fonoaudiólogo. - Falta do CEO -Dificuldade para articular um cuidado integral com os demais profissionais.	- Falta de profissionais nas ESB.	- Mudança para o Sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) para distribuição no encaminhamento de vagas.

Na oficina 3, após repassar as matrizes elaboradas e confirmar o conteúdo destas com os participantes, foram expostas as perguntas do terceiro roteiro de oficina (Apêndice III) a fim de motivar o diálogo e o desenvolvimento das proposições de melhorias para a ampliação da extensão dos atributos da APS pelas ESB.

As propostas elaboradas pelo grupo foram organizadas pelos participantes através de dois formatos. Primeiramente, através da lista 1, mostrada abaixo, que apresenta as proposições segundo cada um dos quatro atributos essenciais. Após a elaboração desta, foi desenvolvido o quadro 6 com o conteúdo similar à lista, mas com as sugestões divididas por níveis de competência de gestão, dessa forma entende-se que facilita a compreensão de governabilidade e responsabilização por tais propostas.

Essa dupla opção de apresentação foi definida pelos próprios participantes do estudo.

Lista 1 - Lista de Propostas de melhorias do Cumprimento dos Atributos essenciais da APS nas ESB do Distrito de Saúde Norte.

### **Acesso**

#### ***Melhoria da estrutura:***

- Aumento do número de profissionais nas ESB. Principalmente nos Centros de Saúde: Boa Vista, São Marcos, Barão Geraldo, Eulina, Anchieta.
- No Centro de Saúde Cássio Raposo: colocar a porta na recepção que foi retirada, pois ajudaria a organizar o fluxo interno dos usuários.
- Aquisição de equipamentos, instrumentais odontológicos e melhoria da qualidade dos insumos que atualmente são comprados. Principalmente, sugere-se o aumento do número de autoclaves e ultrassom odontológico. Nos Centros de Saúde Barão e Cássio Raposo, o ultrassom odontológico encontra-se em manutenção e nos Centros de Saúde San Martin, Rosália e São Marcos este encontra-se sem as pontas necessárias para sua utilização. No Centro de Saúde Eulina, há falta de instrumental odontológico (ex: carpule, essencial para aplicação da anestesia no usuário).

### ***Processo de trabalho***

- Realização de reuniões periódicas (bimestrais ou trimestrais) do coordenador local da Unidade com as respectivas ESBs para conversar sobre o processo de trabalho.
- Uma participante sugere dar acesso inicial para tratamento odontológico através de um grupo objetivando dar orientações sobre higiene oral e limites de faltas para diminuir o absenteísmo nas consultas.
- Promover, na medida em que haja whatsapp das eSF nas Unidades, a utilização deste para desmarcar/remarcar consultas, pois segundo o relato de uma participante esta ação ajuda a diminuir o absenteísmo.
- Realização de grupo de gestante com a participação de dentistas e outros profissionais, nas Unidades em que o absenteísmo das gestantes à primeira consulta odontológica for alto.

### **Integralidade**

#### ***Melhoria da estrutura***

- Criação de um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) no Distrito Norte.
- Ter uma profissional TSB que circule no Distrito para apoiar as ações de promoção de saúde nas escolas.
- Contratação de psicólogos e fonoaudiólogos

### **Longitudinalidade**

#### ***Melhoria da estrutura***

- Aumento do número de profissionais nas ESB.

### **Coordenação do cuidado**

#### ***Melhoria da estrutura***

- A criação do CEO deve incluir a especialidade de periodontia e disfunção temporomandibular.

#### ***Processo de trabalho***

- Solicitação do envio da contrarreferência à APS das especialidades de estomatologia e bucomaxilofacial.

- Retorno da regulação das vagas de endodontia pelo Distrito, visto o alto índice de abstinência pela mudança para o sistema CROSS.

### *Educação permanente*

- Realização de capacitação com os CDs e ASBs sobre o sistema de regulação CROSS, que está sendo implementado atualmente, e como se dá a distribuição de vagas neste.
- Realização de capacitação periódica com temas clínicos, como: tratamento endodôntico na odontopediatria, laser, dor na articulação temporo-mandibular.

Conforme mencionado, foi elaborado, com o mesmo conteúdo da Lista 1, a Tabela 2 sendo este dividido por níveis de gestão, municipal, distrital e local.

Tabela 2 – Propostas de melhoria do cumprimento dos atributos essenciais da APS segundo os níveis de gestão

Municipal	Distrital	Local
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aumento de profissionais nas ESB</li> <li>● Criação do CEO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Criação do CEO</li> <li>● Aquisição de equipamentos, instrumentais odontológicos e melhoria da qualidade dos insumos que atualmente são comprados. Destaca-se a importância do aumento de autoclaves e ultrassons odontológicos.</li> <li>● Ter uma TSB que rode no Distrito para apoiar as ações de promoção de saúde nas escolas.</li> <li>● Realização de capacitação com todos os dentistas e auxiliares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização de reuniões periódicas (bimestrais ou trimestrais) do coordenador local com as ESB para conversar sobre o processo de trabalho das mesmas.</li> <li>● Uma participante sugere dar acesso ao tratamento através de um grupo objetivando dar orientações sobre higiene oral e limites de faltas para diminuir o absenteísmo.</li> <li>● Promover a utilização do whatsapp das eSF dos Centros de Saúde para remarcar/remarcar consultas, pois ajuda a</li> </ul>

	<p>sobre a distribuição de vagas no sistema CROSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização de capacitação periódica com temas – educação permanente: tratamento endodôntico na odontopediatria, laser, Disfunção temporomandibular.</li> <li>● Criação de espaço para educação permanente ou troca de experiências entre os profissionais nas reuniões periódicas de saúde bucal distrital.</li> <li>● Retorno da regulação das vagas de endodontia pelo Distrito.</li> </ul>	<p>diminuir o absenteísmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização de grupo de gestante com a participação de dentistas e outros profissionais, nas Unidades em que o absenteísmo das gestantes à primeira consulta odontológica for alto.</li> <li>● No Centro de Saúde Cássio Raposo: colocar a porta na recepção que foi retirada.</li> </ul>
--	---	--

**Fonte: Elaboração própria.**

As proposições elaboradas em todos os atributos possuem componentes relacionados à melhoria da estrutura dos serviços de saúde através do aumento do número de profissionais e/ou aquisição de equipamentos e insumos. Assim, as propostas estão em sintonia com o relato dos profissionais nas oficinas 1 e 2 que mencionaram, reiteradamente, como se sentem limitados pela diminuição do número de profissionais nas ESB dos últimos anos, pelo número limitado de equipamentos essenciais, além da falta de aquisição de instrumentais e insumos odontológicos de melhor qualidade.

A sugestão do aumento do quantitativo de autoclaves, relaciona-se com o fato de que há somente duas autoclaves funcionando para as doze Unidades do Distrito, gerando, eventualmente, atrasos na devolução dos materiais estéreis e consequente limitação dos atendimentos por falta de instrumentais odontológicos.

Para o acesso e coordenação do cuidado, também foram citadas propostas relacionadas ao processo de trabalho. No primeiro, as sugestões deste grupo buscam diminuir o

absenteísmo dos usuários através de estratégias que promovam o uso da comunicação virtual, criação de grupo de gestantes e grupo para iniciar o tratamento. Além disso, as reuniões periódicas com o gestor local da Unidade buscam aproximar a gestão local às ESB, diante dos relatos nos encontros anteriores de um certo distanciamento entre estes, que foi com a pandemia, acentuado.

Na perspectiva dos CDs, a longitudinalidade é, atualmente, visto como o mais frágil entre os atributos essenciais e o mais difícil de elaborar propostas para sua extensão. Consideram que somente com a chegada de mais profissionais nas ESB pode-se desenvolver mais estratégias para sua ampliação.

Outro aspecto a se considerar é que segundo as proposições apresentadas, a melhoria da coordenação do cuidado abrange o incremento da estrutura, estratégias para qualificar a comunicação entre a atenção secundária e APS e atividades de educação permanente. Assim, destaca-se a importância do planejamento e execução de ações que promovam a educação permanente para a melhoria deste atributo. Esta relação, também foi encontrada nos estudos realizados por Ribeiro e Cavalcanti (2020) e Rodrigues *et al.* (2014).

Conforme mencionado na discussão das oficinas anteriores, um fato que preocupou os participantes em relação à coordenação do cuidado é a mudança na ferramenta de regulação de vagas para as especialidades do sistema SOL para o CROSS disposta pela Secretaria Municipal de Saúde há aproximadamente dois meses. Assim, as propostas relacionadas à realização de capacitação sobre o funcionamento do CROSS e ao retorno da regulação da especialidade de endodontia de forma Distrital visam mitigar o aumento do absenteísmo e certa perda de vagas já percebidos pelos CDs neste curto período de implementação desta modificação.

Portanto, em cumprimento com seus objetivos, o desenvolvimento da pesquisa em si contribuiu para autorreflexão dos profissionais envolvidos acerca da temática proposta, assim como a elaboração das proposições e seu compartilhamento inicial com outros CDs e profissionais da gestão pode, possivelmente, aportar no fortalecimento do cumprimento dos atributos essenciais da APS nas ESB e consequente aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa identificou obstáculos e potencialidades, segundo a percepção de cirurgiões-dentistas de Campinas, para a presença dos atributos essenciais da APS nas ESB do Distrito Norte de Campinas. Além disso, como produto da metodologia aplicada, houve o desenvolvimento de uma lista de propostas, que também foi apresentada em uma tabela por níveis de gestão, com ações e estratégias consideradas necessárias para a melhoria da extensão destes. Esta configuração objetivou facilitar a compreensão de governabilidade e responsabilização de tais propostas. Ademais, a produção das recomendações apresenta-se como um produto técnico relacionado à gestão.

Segundo as proposições desenvolvidas, para o maior alcance de todos atributos essenciais, é fundamental que haja melhoria da estrutura dos serviços. Para o acesso e coordenação do cuidado, também, foram sugeridas estratégias internas para qualificar o processo de trabalho das ESB e a comunicação entre os níveis de atenção. Na análise dos CDs, a longitudinalidade é, na atualidade, percebido como o mais frágil entre os atributos e o mais difícil de elaborar propostas para sua extensão. Assim, ponderam que seria fundamental a chegada de mais profissionais na rede para que estratégias para sua ampliação sejam elaboradas.

Sugere-se que estudos incluam a análise dos atributos derivados e a participação de outros atores, tanto de profissionais de outras categorias das ESB, das eSFs, gestores assim como de usuários sejam realizados. Além disso, com um período mais extenso de desenvolvimento da pesquisa, a realização de uma análise de implementação das propostas poderia ser feita. Propõe-se, ademais, que pesquisas com o mesmo objeto continuem sendo feitas através de metodologias participativas, visto que os estudos encontrados com esta temática utilizam outras ferramentas, majoritariamente o PCA-tool.

Em relação à metodologia participativa, ressalta-se que esta pode ser replicada e adaptada às realidades locais. Ademais, a realização das oficinas se configurou como um potente espaço de construção compartilhada de conhecimento e trocas de experiências entre os profissionais.

Cabe aos gestores garantir os investimentos necessários para promover as condições estruturais mínimas e ampliar ações de educação permanente para garantir a qualificação dos recursos humanos e alcance de transformações.

O presente estudo alcançou seus objetivos, ao passo que possibilitou a reflexão e conhecimento acerca da presença e extensão dos atributos apontando, segundo a perspectiva dos CDs participantes, os principais entraves e proposições consideradas necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população e conseqüentemente possível fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, F. S *et al.* Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios *Ciênc. cuid. saúde*. v. 10, n.3, p. 601-607, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/lil-654136?src=similar docs>. Acesso em: mar 2022.
- ANSARI, Z. A Review of Literature on Access to Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health*. v. 13, p. 80-95, 2007.
- AMORIM, L. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. Artigo derivado de tese de doutorado intitulada ‘Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil: estrutura, processo e resultado’, defendida por Leonardo de Paula Amorim junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia/área de concentração Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100013>. Acesso em: 15 jul 2021.
- BAKER R. *et al.* Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.*, v. 70, n.698, p.600-611, 2020.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 7, n. 4, pp. 709-717, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>. Acesso em: 15 dez 2021.
- BISPO, G. M. B. *et al.* Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. *Rev Bras Enferm.*; 73(3):e20180863, 2020. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>.
- BOARETO, P. P. *A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF)*. 2011. 33 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, MG, 2011.
- BORGHI, G. N. *et al.* A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia - Univ. de Passo Fundo UPF*. 18. 10.5335/rfo.v 18, n.2.,3460, 2014. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i2.3460>.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 10 out 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual prático para uso da teleodontologia [versão preliminar] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social*. Brasília: CNS, 2005. 148p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_bucal\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf). Acesso em: 19 de ago de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes, DF; 2022. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica\\_odontologica\\_gestantes](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica_odontologica_gestantes).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool, Brasil [Internet]. Brasília. 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente. Brasília. 2022. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes\\_politica\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 26 de fev. 2014. *Diário Oficial*, Brasília, 27 de fev. de 2014, Seção 1, p.67. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0267\\_26\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0267_26_02_2014.html). Acesso em: 20 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Projeto SB Brasil: Condições*

*de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003 – Resultados Principais*. Brasília: SAS, 2004a. 52p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf). Acesso em: 17 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: SAS, 2004b. 16p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) >. Acesso em: 17 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atendimento Odontológico no SUS. Brasília-DF, 2020. Disponível em: [https://aps.saude.gov.br/ape/brasil\\_sorridente](https://aps.saude.gov.br/ape/brasil_sorridente). Acesso em: 17 ago 2021.

BRASIL. Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003. *Diário Oficial*, Brasília; 04 de jun. de 2003, seção 1, p 44. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673\\_03\\_06\\_2003.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html)>. Acesso em: 20 ago 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>. Acesso em: 01 fev 2022.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 21, n. 5, pp. 1351-1364, 2016. Acesso em: 30 jul 2021.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*. v. 4, n. 1. 2006, pp. 19-32. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>. Acesso em: nov 2021.

CARLETTI, A. F.; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. v. 30, n. 03, e300310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>. Acesso em: 01 dez 2021.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate [online]*. 2017, v. 41, n. 115, pp. 1177-1186.. Acesso em: 25 Jun 2021.

CARRER, F. C. A. *et al.* Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de Covid-19 DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.837>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/837/1159>. Acesso em: 25 jun. 2020.

CARVALHO, M. A. P. (org.) *et al.* De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família / Organizadores: Maria Alice Pessanha de Carvalho et al. Prefácio de Nísia Trindade. – 1. ed. -- Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

CAYETANO, M. H. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ. odontol*; 38(80): 1-23, 2019.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 22, n. Suppl 2, pp. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. ISSN 1807-5762. Acesso em: 28 Out 2022.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 22, n.6, pp. 1791-1803, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>. Acesso em: 09 dez 2021.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate [online]*, v. 42, n. spe2, p. 76-91, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S206>. Acesso em: 10 dez 2021.

CIPRIANO *et al.* O uso do PCATool (Primary care Assessment tool) como ferramenta de avaliação em saúde bucal: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, e14111628834, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28834>.

COSTA, R. M. *et al.* O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 24, p. 147-163, 2012. DOI: 10.5712/rbmfc7(24)434. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/434>. Acesso em: 18 out. 2022.

CUNHA, C. R. H. *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 25, n. 4, p. 1313-1326. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>. Acesso em: 13 out 2021.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16. Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'AVILA. Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: uma análise conceitual, psicométrica e exploratória. Tese [Doutorado em Odontologia] – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DAVY, C. *et al.* Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *Int J Equity Health*, v.15, n.1, p 163, 2016.

DEJONCKHEERE, M.; VAUGHN L. M. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigor. *Family Medicine and Community Health*. 2019. DOI: 10.1136/fmch-2018-000057.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate [online]*, v. 42, n. spe1, pp. 208-223, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 28 Out 2022.

FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*; 15(42):2188, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)218](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)218).

FLICK, U. An Introduction to qualitative research. Sage Publications Ltd, 4ta ed, p. 89-95. London. 2009.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev. Bras. Med. Fam. comunidade*. Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, Jan.-Mar. 2012.

FRANCO J. B.; CAMARGO A. R.; PERES, M. P. S. M. Dental care in the Covid-19 era: recommendations for dental procedures and professionals. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v. 74, n.1, 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T.. Métodos de pesquisa - coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS, Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

GOMIDE, M. *et al.* Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, v. 23, n. 3, p. 222-230, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030089>. Acesso em: 08 jan 2022.

G1. Campinas é eleita a cidade mais inteligente e conectada do país no Ranking Smart Cities 2019. *G1 Campinas e Região*. 17/09/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2019/09/17/campinas-e-eleita-cidade-mais-inteligente-e-conectada-do-pais-no-ranking-connected-smart-cities-2019.ghtml>. Acesso em: 28 nov 2021.

HAGGERTY, J. L. Measurement of primary healthcare attributes from the patient perspective. *Health Policy*, v. 7 (Spec Issue), p. 13-20, 2011.

HOFMARCHER, M.; OXLEY H.; RUSTICELLI, E. Improved Health System Performance

through better Care Coordination", *OECD Health Working Papers*, n. 30, OECD Publishing, Paris, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/246446201766>. Acesso em: 27 out 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIA ESTATÍSTICA. *Cidades@*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em: 10 out 2021.

JULL, J.; GILES, A.; GRAHAM, I. D. Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Sci* 12, 150 (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*, v. 32, n. 2, pp. 186-193, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>>. Epub 10 Jun 2019. ISSN 1982-0194. Acesso em: 12 Out 2022.

KIM, S. Y. Continuity of care, *Korean Journal of Family Medicine KJFM*. 2017 Sep; 38(5): p241, published online 2017 Sep 22. Disponível em: Doi: 10.4082/kjfm.2017.38.5.241 e <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html#Continuity%20of%20Care,%20Definition>. Acesso em: 10 nov 2021.

LACERDA *et al.* Relação entre o medo da Covid-19 e sobrecarga física e mental de profissionais de saúde que realizam atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia do novo coronavírus. *HU Rev*; 48:1-8, 2022. DOI: 10.34019/1982-8047.2022.v48.36671.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade [online]*, v. 20, n. 4, pp. 867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 11 set 2021.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* v12, p18, 2013.

LIMA SILVA, J. J.; COSTA CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *SER Social, [S. l.]*, v. 23, n. 48, p. 191–210, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.29324. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/29324](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324). Acesso em: 12 out. 2022.

MACEDA, R. R. Dimensões da integralidade na política de atenção primária à saúde do Distrito Federal. 2018, 27f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva), Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/23481>. Acesso em: 10 dez 2021.

MACIEL, J. A. C. *et al.* Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 23, n.3, 2020.

MATTOS, G. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 19, n. 02, pp. 373-382, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 18 out 2022.

MATTOS, R. Integralidade como Eixo da Formação dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*, v. 28, n. 02, pp. 91-92. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-012>. Epub 22 Jun 2020. ISSN 1981-5271. Acesso em: 16 Jul 2021.

MATTOS, G. C. M *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 19, n. 02, pp. 373-382, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>. Acesso em: 02 mar 2022.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p., 2012.

\_\_\_\_\_. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENEZES, A. P. R., MORETTI, B. R., ADEMAR, A. C.. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate [online]*, v. 43, n. special5, pp. 58-70, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 2358-2898. Acesso em: 12 Out 2022.

MELO, N. D. S.. Avaliação da Coordenação do Cuidado e Atenção à Saúde Bucal: audição dos profissionais de saúde bucal de unidades de saúde dos municípios do Brasil. 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2018.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIRANDA, M. M. A. *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde e fatores associados na perspectiva de cirurgiões-dentistas. *Rev Bras Promoç Saude*, v. 34:11483, 2021.

MORAIS, H. G. F *et al.* Saúde Bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. v. 14 n.1, p. 181-196, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; FARIA, T. W. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública [online]*. v. 36, n. 9, 2020. Acesso em: 07 Agosto 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, vol.42, n.116, p.11-24. Jan - Mar 2018.

NATHAN, S.; NEWMAN, C.; LANCASTER, K. Qualitative Interviewing. In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*; Springer: Singapore, pp. 392–393, 2019.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; NEVES, H. F. Atenção primária à saúde bucal no Brasil:

processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 24, n. 5, pp. 1809-1820, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>. Acesso em: jul 2021.

NOLTE, E.; KNAI, C.; MCKEE, M. Managing chronic conditions. Experiences in eight countries. *Observatory Studies Series*, n. 15. Bruxelas: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

OKUYAMA, H. C. H.; SILVA, R. H. A. Gestão do cuidado em odontologia: limites e potencialidades das ações na estratégia saúde da família. *Rev. de ABENO*, v.17, n.4, p.133-143, out./dez., 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata*, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

\_\_\_\_\_. *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca*. Editor da versão Portuguesa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. OMS; 2008. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf). Acesso em: 07 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OPAS. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília; 2018.

OSÓRIO, F. L. *et al.* Monitoring the Mental Health and Professional Overload of Health Workers in Brazil: A Longitudinal Study Considering the First Wave of the Covid-19 Pandemic. *Front Psychiatry*;13:852157, 2022. Doi:10.3389/fpsy.2022.852157.

PERCEBO, F. C. *O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários*. 2016. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/D.108.2016.tde-03082016-111005. Acesso em: nov 2022.

PESSOA, V. M *et al.* Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 17, n. 45, p. 301-314, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000004>. Acesso em: 27 jan 2022.

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. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 28, n. suppl, pp. s146-s157, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300015>. Epub 14 Jun 2012. ISSN 1678-4464. Acesso em: 18 Nov 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 30 jul 2021.

PIVATTO, V. M.; SILVEIRA, D. S. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde bucal de Florianópolis, SC. *APS em Revista*, Vol. 4, n. 1, p. 122-130 | Maio/Agosto 2022. ISSN 2596-3317 – DOI 10.14295/aps.v4i2.243.

PUCCA, G; GABRIEL, M.; CARRER, F. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2020.

QUEIROZ, C. O.; ALMEIDA, R. T. Estudo quantitativo da produção científica sobre atividade física para promoção da saúde no banco de teses da CAPES no ano de 2008. In: CAMPOS, H. J. C.; PITANGA, F. J. G., orgs. *Práticas investigativas em atividade física e saúde [online]*. Salvador: EDUFBA, pp. 165-189, 2013.

RABBA, A. S.; DISSANAYAKE, C.; BARBARO, J. Development of a Web-Based Resource for Parents of Young Children Newly Diagnosed With Autism: Participatory Research Design. *JMIR Pediatr Parent*, v. 3, n. 2, e15786 Jul- Dez. 2020.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G.. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde em Debate [online]*. v. 43, n. special 7, pp. 126-140, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S710>.. Acesso em: 25 out 2021.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 25, n. 5, pp. 1799-1808. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>>. Epub 08 Maio 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 12 Nov 2022.

ROCHA, E. S. *et al.* A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e14311729703, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29703>.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 19, n. 02, pp. 343-352, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>. Acesso em: 12 nov 2022.

ROLIM, L. B. *et al.* Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. v. 72, n. 1, pp. 19-26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>. Acesso em: 25 nov 2021.

RUSSELL, D. J. *et al.* Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J*

*Rural Health*. v21(2):61-71, 2013.

SAMPAIO D. M. N. *et al.* Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. *Rev. Saúde. Com*, v. 8, n.2, p.61-68, 2012.

SANCHEZ, H. F. *et al.* A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*, v. 13, n. 01, p. 201-214, 2015.

SANDVICK H. *et al.* Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. Aug 2021.

SANTOS, M. P. R. *et al.* Qualidade da atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus no Programa Mais Médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil. *Saúde em Debate [online]*, v. 44, n. 125, pp. 384-399, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012508>. Epub 27 Jul 2020. ISSN 2358-2898. Acesso em: 14 out 2022.

SANTOS, L. P. S. *et al.* Monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2020. *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/monitoramento-da-politica-nacional-de-saude-bucal-no-ano-de-2020>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SANTOS, M. L. M. F. *et al.* Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, v. 23, n. 2, pp. 163-171, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020057>. ISSN 1414-462X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020057>. Acesso em: 02 nov 2022.

SÃO PAULO. PREFEITURA DE CAMPINAS. Portal da Prefeitura, 2021. Disponível em: <https://www.campinas.sp.gov.br/governo/servicos-publicos/regioes/norte/index.php#:~:text=Possui%20aproximadamente%20200%20km%C2%B2%20de,95%25%20de%20sua%20%C3%A1rea%20pavimentada>. Acesso em: 13 out 2022.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate [online]*, v. 42, n. spe2, pp. 233-246, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 18 Out 2022.

SHIMAZAKI, M. E. (org.). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, p. 10-16, 2009.

SILVA, K. L. *et al.* Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. *Revista de Saúde Pública [online]*, v. 48, n. 1, pp. 76-85, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004596>. ISSN 1518-8787. Acesso em: 16 out 2022.

SILVA, N. C. G. B. S. et al. Inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família: dificuldades e potencialidades. *Id on Line Rev.Mult. Psic.*, vol.13, n.48, p. 243-253, Dez/2019. ISSN: 1981- 1179.

SILVA, E.; SILVEIRA, J. Longitudinalidade da atenção e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. 46 f (tese). 2013.

SOUSA, I. V. et al. Pesquisa participativa no protagonismo comunitário para abordar questões de saúde: um olhar sobre o diagnóstico participativo. *Atas Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, 2018.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*, v. 30, n. 03, e300313, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1809-4481. Acesso em: 12 out 2022.

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

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*, v.26, n.1, p. 32-43, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; 2002.

STEIN, C. et al. Presença e abrangência de atributos da atenção primária em saúde em serviços públicos de saúde bucal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, e00004219, Jan. 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/960/presenca-e-abrangencia-de-atributos-da-atencao-primaria-em-saude-em-servicos-publicos-de-saude-bucal-em-porto-alegre-rio-grande-do-sul-brasil>. Acesso em: 30 jun 2021.

TAVARES, R. P. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, pp. 628-635, 2013. Disponível em: Epub 13 Fev 2014. ISSN 2358-2898.

TEJADA DE RIVERO, D. A. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, v.30, n.2, 2013.

TOLEDO, R. F. et al. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas* - Organizadores Toledo, RF - São Paulo: Instituto de Saúde, p.190, 2018.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*

[online], v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 18 set 2021.

TURCI, M. A., LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 31, n. 9, pp. 1941-1952, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>>. Epub Set 2015. ISSN 1678-4464. Acesso em: 14 Out 2022.

VASSBOTN, A. D. et al. General practitioners' perspectives on care coordination in primary health care: A qualitative study. *Int J Care Coord.*, v.21, n.4, p.153-159, dez 2018.

VESPERINO, R. G.; MORAIS, P. G.; LEITE, I. C. G. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma Unidade de Saúde que abriga residência multiprofissional em saúde da família, no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. *Rev. APS*, v. 20, n. 4, 2017.

## APÊNDICE I

### ROTEIRO DA OFICINA I - “Descrevendo o processo de trabalho”

- Apresentação do projeto de pesquisa
- Atividade de integração entre os participantes da oficina para se conhecerem
- Discussão coletiva sobre perguntas relativas ao processo de trabalho

#### QUESTÕES CHAVES:

▮ SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO COMENTE SOBRE AS PRINCIPAIS AÇÕES E ATIVIDADES QUE VOCÊ REALIZA EM RELAÇÃO AOS SEGUINTE ASPECTOS:

- 1) Como é organizada a agenda de atendimento das equipes de saúde bucal da sua Unidade?
- 2) Como ocorre o acesso do usuário à equipe de saúde bucal da Unidade?
- 3) Como você percebe a longitudinalidade do cuidado do processo de trabalho da ESB?
- 4) Como ocorre a coordenação do cuidado entre a APS e os outros níveis de atenção na saúde bucal?
- 5) O que acham da oferta de serviços de saúde bucal oferecidos aos usuários?
- 6) Como percebem a satisfação dos usuários em relação ao acesso e serviços oferecidos pela equipe de saúde bucal?
- 7) Como vocês vivenciam a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no cotidiano? Quais são os desafios para tal vivência?
- 8) Atualmente, quais ações intersetoriais realizam? No caso de não conseguirem realizar, por que este fato ocorre?
- 9) O que acham da comunicação virtual entre profissionais/usuários?
- 10) Qual é a percepção de vocês sobre as condições de trabalho atuais?
- 11) Como você se sente na tua atuação como dentista na APS, no atual momento?

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DA OFICINA II - “Construção compartilhada da MATRIZ F.O.F.A.”

- 1) Breve retomada das discussões do primeiro encontro
- 2) Apresentação da Matriz FOFA.

	Fatores internos	Fatores externos
Pontos positivos	Forças	Oportunidades
Pontos negativos	Forças	Oportunidades

- 3) Construção compartilhada da Matriz, tendo como tema de análise coletiva “o cumprimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal”.

### APÊNDICE III

#### ROTEIRO DA OFICINA III - “Desenvolvendo propostas de melhoria”

- Breve retomada das discussões dos encontros passados e contextualização da proposta deste terceiro dia
- Apresentação da matriz FOFA construída no encontro anterior

#### QUESTÕES CHAVE:

- 1) Quais seriam as ações ou estratégias que podem ser propostas para a melhoria do cumprimento dos atributos essenciais no processo de trabalho das ESB?
- 2) Segundo a opinião de vocês qual poderia ser o formato de apresentação destas propostas?
- 3) Há algum atributo que não consegue visualizar possibilidade de melhoria?

## APÊNDICE IV

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

#### CENTRO DE SAÚDE

Ao Centro de Saúde \_\_\_\_\_

da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada: *Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas: proposições a partir de uma pesquisa participativa*, sob a responsabilidade da aluna/pesquisadora Ariana David Wenceslau, discente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro, (HESFA/UFRJ) sob a orientação dos professores Dr<sup>a</sup> Ana Laura Brandão e Ms Leonardo Graever, com o seguinte objetivo: desenvolver junto aos cirurgiões-dentistas do Distrito de Saúde (DS) Norte da cidade de Campinas, São Paulo propostas de melhoria para o cumprimento dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) na saúde bucal desta região. Para tal, pretende-se descrever o processo de trabalho destas equipes de saúde bucal (ESB), identificar aspectos positivos e nós críticos encontrados neste, além de discutir em relação aos atributos essenciais da APS presentes no mesmo.

A ferramenta metodológica escolhida para a pesquisa é a realização de oficinas. Propõe-se, inicialmente, a realização de três destas, em caráter presencial, que ocuparão três horas (cerca de um turno do dia), uma vez por mês, durante três meses. Após aprovação no requerido Comitê de Ética, o local e o horário das oficinas serão definidos em conjunto com a Coordenação de Saúde bucal do Distrito e repassados para os cirurgiões-dentistas (CD) envolvidos e seus respectivos gerentes locais. Necessito, portanto, ter acesso aos CD da sua unidade de saúde para a realização das oficinas. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

A proposta pela participação de um CD por Centro de Saúde objetiva preservar a assistência aos usuários durante a realização das oficinas, visto que cada Unidade possui pelo menos dois CDs.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Gerência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários. No termo consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UFRJ<sup>1</sup> ou Centro de Estudos dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas<sup>2</sup>.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Ariana David Wenceslau

Pesquisador responsável

E-mail: ariandavidw@gmail.com Cel: 19-987631027

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação

---

Assinatura do(a) Coordenador(a)/Carimbo

1 Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2 Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde – CETS / Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura de Campinas. Rua General Osório, 1031 - 17º andar - Centro - Campinas/SP. CEP: 13.010-908 Tel: 19-3232-8415

## APÊNDICE V

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “*Os atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde bucal de Campinas: proposições a partir de uma pesquisa participativa*” desenvolvida por uma aluna/pesquisadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Hospital Escola São Francisco de Assis em cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Este estudo tem por objetivo desenvolver junto aos cirurgiões-dentistas do Distrito de Saúde (DS) Norte da cidade de Campinas – São Paulo propostas de melhoria para o cumprimento dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) na saúde bucal da região onde os mesmos estão inseridos. Para tal, pretende-se descrever o processo de trabalho destas equipes de saúde bucal (ESB), identificar aspectos positivos e nós críticos encontrados neste, além de discorrer em relação aos atributos essenciais da APS presentes no mesmo.

Você foi selecionado(a) por trabalhar como cirurgião-dentista (CD) no DS Norte, da cidade de Campinas/São Paulo e ter mais de dois anos de atuação na APS, seja na Prefeitura de Campinas ou em outro município. Sua participação não é obrigatória. No caso de mais de um CD, do mesmo Centro de Saúde, se interessar na participação do estudo, pede-se que seja feito um acordo interno, de forma que somente um participe. Assim, serão aceitos um CD por Unidade de Saúde, para que a assistência ao usuário seja mantida durante a realização dos encontros.

Serão excluídos profissionais que estejam afastados do tempo do serviço, sejam por férias ou licenças específicas previstas durante qualquer um dos meses de realização das oficinas.

Sua participação nesta pesquisa será através das oficinas para abordar questões sobre o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, presença dos atributos essenciais da APS e desenvolver propostas de melhoria do cumprimento dos atributos nas equipes onde estão alocados. Ademais, estas serão presenciais e agendadas em horário e local autorizado pela Coordenação de Saúde Bucal deste DS. O diálogo durante as oficinas serão gravados e haverá a presença de um assistente de pesquisa que ajudará na análise e poderá participar ativamente do diálogo.

O período estimado para a realização das oficinas é de três meses, sendo uma por mês, com duração de um turno por dia, podendo ser alterada pelo caráter participativo da pesquisa ou questões de coordenação local. O tempo de duração previsto para cada encontro é de três horas, podendo sofrer mudanças por esta mesma justificativa.

Devido ao contexto da pandemia do Covid-19, todos os participantes deverão utilizar máscaras de proteção adequadamente durante a realização do grupo focal e se buscará manter a distância de um metro entre os mesmos.

Foram levantados os seguintes riscos potenciais da pesquisa: extravio das informações, constrangimento e conflito. Para mitigar a primeira situação propõe-se que, de acordo com a resolução nº 2/2020 da CONEP/CNS/MS, o registro das oficinas e as demais informações referentes ao estudo, sejam guardados em pendrive exclusivo da própria autora que ficará sobre responsabilidade de guarda por cinco anos. O acesso a este será restrito à autora, orientadores e pessoas envolvidas com o estudo. Em relação ao constrangimento,

inibição ou vergonha, fica garantido ao participante o direito à abstenção de comentários durante a oficina e opção por interromper sua participação em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer tipo por abandonar a pesquisa. Sobre a possibilidade de conflito, enfatiza-se que as oficinas não objetivam encontrar respostas corretas, assim opiniões divergentes devem ser respeitadas e valorizadas, sendo importante a exposição de diferentes pontos de vistas e/ou vivências sobre um mesmo assunto. Além disso, a pesquisadora estará atenta e buscará na condução das oficinas diminuir potenciais incômodos e desconfortos.

As despesas de deslocamento individual para o local de realização da oficina estarão a cargo de cada participante e não haverá compensação financeira. Neste sentido, o convite poderá ser declinado caso não esteja de acordo. Os demais gastos de materiais durante a realização dos encontros, como papéis, canetas, estarão a cargo da pesquisadora.

Em relação aos potenciais benefícios com este estudo, as informações que o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para qualificar o cuidado em serviços públicos de saúde podendo beneficiar os usuários do Sistema Único de Saúde.

Caso haja dúvidas, necessidades de esclarecimentos ou constrangimentos e desconfortos, a equipe de pesquisa coloca-se à disposição para orientações e assistência imediata que se faça necessária no que se refere à pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento elaborado em duas vias e rubrique todas as páginas. No termo consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UFRJ<sup>1</sup> ou Centro de Estudos dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas<sup>2</sup>.

---

Ariana David Wenceslau  
Pesquisador responsável  
E-mail: ariandavidw@gmail.com  
Cel: 19-987631027

1 Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2 Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde – CETS / Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura de Campinas. Rua General Osório, 1031 - 17º andar - Centro - Campinas/SP. CEP: 13.010-908 Tel: 19-3232-8415

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem

sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Assinatura do(a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisadora: \_\_\_\_\_