



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

THAÍS DOS SANTOS SENA

CAMINHOS PARA A EQUIDADE: uma experiência do uso da estratificação
de risco em saúde bucal no município do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

2023

Thaís dos Santos Sena

CAMINHOS PARA A EQUIDADE: uma experiência do uso da estratificação
de risco em saúde bucal no município do Rio de Janeiro

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.^a Dra. Maria Katia Gomes

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Lima Alzuguir

RIO DE JANEIRO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Sena, Thaís dos Santos.

Caminhos para a equidade: uma experiência do uso da estratificação de risco em saúde bucal no município do Rio de Janeiro. / Thaís dos Santos Sena. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2023.

93 f.: il.; 31 cm.

Orientadoras: Maria Katia Gomes e Cláudia Lima Alzuguir.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2023.

Referências: f. 72-80.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3. Equidade. 4. Grupos Focais. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Gomes, Maria Katia. II. Alzuguir, Cláudia Lima. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

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

Às 09 h do dia 15 de fevereiro de 2023 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 e organizacional, modelos assistenciais, educacionais e avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde. A dissertação com o título: "ANÁLISE DO MODELO DE LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA INTERPROFISSIONALIDADE", foi apresentada pela(o) candidata(o): **THAÍS DOS SANTOS SENA**, regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119008105 (SIGA). A defesa atendeu a 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: Maria Katia Gomes (presidente); Claudia Lima Albuquerque (vice-presidente); Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas (1° examinador); Maria Cynésia Medeiros de Barros (2° examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (X) TOTAL. O 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: Revisão do verbo do objetivo geral; descrição das séries temporais interrompidas na sessão de materiais e métodos; inclusão de referências sobre séries temporais interrompidas na sessão de discussão.

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

Presidente/Orientador(a): *Maria Katia Gomes*
 1° Examinador(a): *P/ Maria Katia Gomes*
 2° Examinador(a): *Jauca Lyrcia M.*
 Aluno(a)/Examinado(a): *Thais dos Santos Sena*

RESUMO

SENA, Thaís dos Santos. **Caminhos para a equidade**: uma experiência do uso da estratificação de risco em saúde bucal no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O conceito de saúde como processo resultante dos aspectos culturais, biológicos, econômicos e culturais possibilitou associar as condições de saúde bucal da população às vulnerabilidades econômicas e sociais. Assim, os sujeitos mais vulneráveis são os que apresentam maior urgência e necessitam de diferentes tipos de tratamento odontológico. A garantia de acesso dessa parcela da população aos serviços é promovida por meio da equidade que pode ser alcançada com a estratificação de risco em saúde bucal. A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar os processos de trabalho em saúde bucal incluindo o uso de um instrumento de estratificação de risco sob a perspectiva da equidade, em uma unidade básica de saúde, no município do Rio de Janeiro. Para tanto, foi realizado um estudo exploratório, de caráter qualitativo. Para a coleta de dados, foram realizados grupos focais interprofissionais. Esses constituíram duas etapas: grupos focais iniciais (A e B) e grupo focal final (C). Participaram da pesquisa quatorze profissionais de saúde dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiãs-dentistas, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. No período entre os grupos focais iniciais e finais, as equipes de saúde bucal aplicaram um instrumento de estratificação de risco em saúde bucal por cinco meses e vinte dias, e determinaram as fortalezas e os desafios de sua utilização. Para análise dos dados, foi selecionada a análise de Bardin objetivando a categorização das falas obtidas nos grupos focais. As categorias que emergiram foram *modelo centrado na pessoa, integralidade, acolhimento, vínculo, acesso, modelo biomédico, profissionalização da Odontologia, educação em saúde, rede de serviços e condições de trabalho*. Os resultados apresentaram uma atuação profissional baseada no modelo de atenção centrado na pessoa com foco na integralidade do cuidado. Entretanto, a população ainda busca os serviços somente em caso de dor e/ou doença, sendo essa originária do modelo biomédico e da história da Odontologia enquanto profissão. Viu-se que a educação em saúde possibilita a mudança comportamental sendo fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças. Destacou-se a necessidade do profissional apresentar uma postura acolhedora facilitadora do acesso à saúde e à construção de vínculo. Os profissionais mostraram-se sobrecarregados devido à estruturação

das equipes de saúde em relação à quantidade de habitantes atendidos, o que interfere nas condições de trabalho e na resolutividade dos atendimentos. Quanto ao uso do instrumento, foram detectadas como fortalezas a facilidade das perguntas, a possibilidade de contextualização do usuário em seu meio, o favorecimento do trabalho em equipe de saúde bucal e a possibilidade de uso por outras categorias da saúde. Esta, por sua vez, também se mostrou como um desafio uma vez que esbarra nas especificidades de cada categoria. Aliado a isso, a necessidade de privacidade, a extensão do instrumento, a aplicação somente em demanda espontânea e o cenário pandêmico foram revelados como entraves a um melhor uso da ferramenta e sua implementação. Sugere-se novos estudos com a utilização do instrumento de estratificação de risco em saúde bucal em um contexto pós-pandêmico para melhor avaliação da potência desta ferramenta de trabalho nas práticas em saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde Bucal. Equidade. Estratificação de Risco. Interprofissionalidade. Grupos Focais.

ABSTRACT

SENA, Thaís dos Santos. **Paths to equity**: an experience using stratification of risk in oral health in the city of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The concept of health as a process resulting from cultural, biological, economic and cultural aspects made it possible to associate the oral health conditions of the population with economic and social vulnerabilities. Thus, the most vulnerable people are those who need the most urgent and different types of dental treatment. Ensuring access to services by this portion of the population is promoted through the equity that can be achieved with risk stratification in oral health. The general objective of this research was to analyse work processes in oral health, including the use of a risk stratification instrument from an equity perspective, in a basic health unit in the city of Rio de Janeiro. For this purpose, an exploratory study of a qualitative nature was carried out. For data collection, interprofessional focus groups were carried out. These constituted two steps: initial focus groups (A and B) and final focus group (C). Fourteen health professionals participated in the research, among them doctors, nurses, nursing technicians, dentists, oral health assistants and community health agents. In the period between the initial and final focus groups, the oral health teams applied an oral health risk stratification instrument for five months and twenty days, and determined the strengths and challenges of its use. For data analysis, Bardin's analysis was selected in order to categorize the speeches obtained in the focus groups. The categories that emerged were the *person-centered model*, *integrality*, *hospitality*, *bond*, *access*, *biomedical model*, *professionalization of Dentistry*, *health education*, *health care network and working conditions*. The results showed a professional performance based on the person-centered care model with a focus on comprehensive care. However, the population still seeks services only in case of pain and/or illness, which originates from the biomedical model and the history of Dentistry as a profession. It was seen that health education enables behavioural change, being fundamental in health promotion and disease prevention. The professional's need to present a welcoming posture that facilitates access to health and bond building was highlighted. The professionals were overloaded due to the structuring of the health teams in relation to the number of inhabitants assisted, which interferes with the working conditions and the resolution of the care provided. As for the use of the instrument, strengths were detected as the easiness of the

questions, the possibility of contextualizing the user in his/her environment, favouring oral health teamwork and the possibility of its use by other health categories. This, in turn, also proved to be a challenge since it collides with the specificities of each category. Allied to this, the need for privacy, the extension of the instrument, the application on spontaneous demand and the pandemic scenario were revealed as obstacles to a better use of the tool and its implementation. Further studies are suggested using the oral health risk stratification instrument in a post-pandemic context to better assess the power of this work tool in health practices.

Keywords: Access to Oral Health Service. Equity. Risk Stratification. Interprofessionality. Focus Groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma da análise de dados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011)	44
Figura 2 -	Fluxograma da seleção dos participantes para os grupos focais iniciais A e B e final C	47
Figura 3 -	Caso clínico 1	69
Figura 4 -	Caso clínico 2	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal da Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza (CE), 2016	41
Tabela 2 - Planejamento da estratificação de cada usuário em seu tratamento	42
Tabela 3 - Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal com layout adaptado pela autora	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Índice epidemiológico para dentição decidua expressa Cariados, Extração indicada, Obturados
CMS	Centro Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPO	Índice epidemiológico para dentição permanente expressa Cariados, Perdidos, Obturados
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAB1 SB	Equipe de Atenção Básica do tipo 1 com Saúde Bucal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV/Aids	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana) / <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSB	Indicador Comunitário em Saúde Bucal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INASB	Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO	16
1.1	QUESTÕES NORTEADORAS	22
1.2	OBJETO DE ESTUDO	22
2	OBJETIVOS	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	JUSTIFICATIVA	24
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
4.1	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	26
4.2	AS DESIGUALDADES EM SAÚDE BUCAL COMO UMA QUESTÃO DE EXCLUSÃO SOCIAL	27
4.3	A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE	29
4.3.1	O projeto de planificação da atenção à saúde	30
4.3.2	Estratificação de risco em saúde bucal	31
5	METODOLOGIA	34
5.1	TIPO DE ESTUDO	34
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	35
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
5.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36

5.4.1	Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal selecionado para o estudo	40
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	42
5.6	ANÁLISE DE DADOS	43
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1	RESULTADOS APÓS A EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL	64
6.2	PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO	67
6.2.1	Dinâmica da oficina de educação permanente	67
6.2.1.1	Caso clínico 1	69
6.2.1.2	Caso clínico 2	69
7	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL INICIAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	81
	APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL FINAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	87
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89

APRESENTAÇÃO

- TRAJETÓRIA E MOTIVAÇÃO DA PESQUISADORA PRINCIPAL

O presente projeto de pesquisa deriva de minha experiência profissional como Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Busca-se possíveis soluções para um problema generalizado constituinte dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, a iniquidade no acesso aos serviços. O problema foi identificado através da minha vivência enquanto profissional desses serviços e do compartilhamento de experiências com trabalhadores de saúde bucal, Cirurgiões-dentistas (CD), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB), da rede municipal de saúde local.

Durante o curso de graduação em Odontologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), concluído em 2012, fui coautora com publicação de artigo científico em Odontologia Preventiva (2011), disciplina eletiva, fazendo assim o meu primeiro contato com a pesquisa acadêmica. Logo depois, fui convidada para a Iniciação Científica em Ortodontia, no Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da universidade, tendo trabalhado como voluntária de março a julho de 2011. Fui acadêmica-bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/PIBIC da UFRJ no período de agosto de 2011 a julho de 2012. Nessa época, o meu apreço pela área da pesquisa afluía.

Depois de formada, minha entrada no mercado de trabalho se deu através da atuação em clínica privada. Entretanto, ao vivenciar como cirurgiã-dentista temporária da Estratégia Saúde da Família no bairro de Santa Cruz/RJ, em 2014, tive o despertar de minha grande paixão como profissional: a possibilidade de realizar o cuidado integral do paciente em detrimento da ótica consumista excludente dominante no âmbito privado. Desde então, busco me qualificar cada vez mais na área da Saúde Pública.

Cursei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fiocruz, concluindo em março de 2017. Enquanto residente, estive alocada no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ), localizado no Complexo de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Durante a residência, um dos maiores entraves detectados nos processos de trabalho das equipes de saúde, não só da bucal, era a garantia do acesso dos usuários aos serviços da unidade. O trabalho de conclusão do curso foi baseado na discussão de experiências e saberes dos usuários e trabalhadores sobre o “acolhimento”, segundo a Política

Nacional de Humanização.

Em 2018, participei de processo seletivo para cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) para outra unidade básica de saúde também localizada no Complexo de Manguinhos. Assim, voltei a atuar no território porém em comunidades distintas. Por identificar uma alta quantidade de demandas espontâneas diárias na unidade de saúde, tive como um de meus maiores desafios entender os motivos de busca por atendimento para planejar ações estratégicas que acolhessem essa população.

Um exemplo foi a recorrência de bebês menores de dois anos de idade com abscessos dentários e necessidades de extrações dentárias múltiplas devido à cárie rampante (agressiva e generalizada provocada pelo uso de mamadeira com açúcar), isto é, casos de tratamento em âmbito hospitalar, com necessidade de sedação para a intervenção. Essas crianças já estavam com a mastigação, a alimentação, a estética, a fonação e o aprendizado escolar precocemente comprometidos. Diante da gravidade constatada, levei os casos para discussão nas reuniões de equipe e organizei junto com elas um grupo de puericultura para acompanhamento e monitoramento do crescimento e desenvolvimento dos bebês de nosso território.

De início, realizei o levantamento de todas as crianças de até 24 meses de idade por meio do prontuário eletrônico. Em seguida, eram verificados calendário de vacinação e assiduidade das famílias às consultas de puericultura com médicos e enfermeiras. O público-alvo era captado por busca ativa da faixa etária (entrega de convite pelo agente comunitário de saúde com, no mínimo, 01 semana de antecedência da atividade), cartazes divulgados no território e detecção de crianças moradoras do território através das ações nas escolas (PSE).

As atividades foram organizadas em oficinas lúdicas para trabalhar os temas de educação em saúde sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil:

- alimentação saudável;
- higiene bucal, escovação dental supervisionada de toda a família e aplicação tópica de flúor gel;
- atualização da caderneta de vacinação;
- explicação da caderneta da criança;
- antropometria, entre outros.

As atividades eram realizadas por mim, pela enfermeira, pela Técnica em Saúde Bucal

e por Agentes Comunitários de Saúde. Notava-se uma continuidade do cuidado iniciado pelas equipes no pré-natal na atenção à criança.

Os casos de maior gravidade eram encaminhados para atendimento no consultório odontológico e continuavam participando do grupo recendo também orientações de forma coletiva. Além disso, eram realizadas visitas domiciliares de acompanhamento dos casos que tiveram encaminhamento hospitalar. Os casos sem agravo bucal detectado eram acolhidos e acompanhados nas atividades do grupo, com foco na promoção e na prevenção em saúde. Portanto, o levantamento epidemiológico da situação de saúde dos bebês do território teve fundamental importância na construção de projetos terapêuticos singulares coerentes com a realidade local.

Um detalhe que chamou muito a minha atenção foi as mães participantes solicitarem a criação de um grupo no aplicativo *whatsapp*® para troca de fotos, de dúvidas e de mensagens de carinho. Elas passaram a enviar fotos de momentos onde estavam cuidando de seus bebês conforme as trocas realizadas durante os grupos, como momentos de escovação dos dentinhos e de alimentação saudável. Constatei aumento do vínculo com os profissionais das equipes e do interesse pelo autocuidado por parte destas mães, o que gera autonomia.

O trabalho em unidades de saúde diferentes me levou a perceber que as comunidades apresentam necessidades em saúde bucal também diferentes. Alguns locais, por exemplo, demandam mais atenção à doença cárie, enquanto outros, à doença periodontal (acomete gengiva e periodonto). Ambas as doenças são preveníveis por meio de escovação dentária e uso de fio dental, ou seja, educação em higiene bucal através de ações de promoção e de prevenção em saúde.

Durante visitas domiciliares (atendimento em domicílio), vi crianças com cárie rampante (forma agressiva) que não escovavam os dentes por não terem escova nem pasta de dente. As famílias relatavam priorização da renda para a compra de alimentos básicos, sobrevivência. Quando ganhavam escova, fio e creme dental, o kit de higiene oral era de uso familiar, sendo a escova dental também compartilhada pela família. A ingestão de alimentos industrializados ricos em açúcares como pães, balas, biscoitos, chocolates e bebidas açucaradas, fazia parte da rotina pois “despistavam” a fome, principalmente das crianças, de forma imediata. Assim, pude observar o quanto a saúde bucal era afetada pela condição social da família, dependendo diretamente de ajuda governamental para os cuidados pessoais básicos.

Por atuar como cirurgiã-dentista da ESF em uma das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro selecionadas para participar do Projeto de *Planificação da Atenção à Saúde*, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), tive contato com as atuais discussões sobre o enfrentamento das condições crônicas de saúde e o modelo de estratificação de risco. O projeto tem como proposta qualificar os profissionais de saúde de todo o país através da realização de oficinas de Educação Permanente. Estas abordam temas essenciais como a organização da demanda programada e espontânea; a vigilância em saúde articulada ao território e à promoção da saúde; a estratificação de risco das condições crônicas de saúde, entre outros, com foco na melhoria dos processos de trabalho e da gestão do cuidado e dos serviços. Desse modo, tive a oportunidade de conhecê-lo e de participar das atividades propostas (2018-2019). Vale destacar que a discussão sobre estratificação de risco em saúde bucal não está contemplada no projeto do CONASS, o que me estimulou a estudar e a idealizar a presente pesquisa sobre o tema.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, definiu a política de saúde como uma política social, incluindo o direito à saúde como parte da condição de cidadania. Houve o reconhecimento político da pobreza, oriunda do desenvolvimento da sociedade capitalista, como um problema social a ser enfrentado com uma resposta também social. Na busca de mecanismos eficazes para a manutenção da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista, o estado desenvolveu um sistema de proteção social¹. Pela primeira vez em nossa história, a saúde passou a ser afirmada enquanto um direito de todos, tornando-se um dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que tenham como objetivo a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; FLEURY; OUVENEY, 2012).

Anteriormente, a saúde pública no Brasil esteve baseada em práticas de prevenção de doenças por meio de campanhas sanitárias. Já os serviços curativistas e de caráter individual, com base nas especialidades, estava organizado no sistema previdenciário, com atendimento restrito aos trabalhadores contribuintes. Com a intensificação da crise econômica durante a década de 70, a situação de pobreza se expressava em condições materiais precárias de sobrevivência o que resultou em altas taxas de morbidade e mortalidade da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse cenário, emergiram experiências sanitárias exitosas estimulando um projeto de reestruturação da assistência médica em confronto com o modelo assistencial em vigor, culminando nos debates para a Atenção Primária à Saúde (APS). A reorganização dos serviços básicos constituiu parte de um movimento, chamado de Reforma Sanitária Brasileira, que defendeu a unificação do sistema de saúde, com a valorização do primeiro nível de atenção, acompanhando a conjuntura internacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A APS recebeu diferentes conceitos e abordagens ao longo do tempo, sendo destacada a linha abrangente/integral que trata “de um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto na Conferência de Alma-Ata (1978) para enfrentar necessidades

1 **Sistema de proteção social:** direitos garantidores da condição de cidadania. No Brasil, assume a modalidade de seguridade social designando um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, cap. II, art. 194). Tem como base o princípio da justiça social que garante a todos os cidadãos o direito ao mínimo vital socialmente estabelecido (FLEURY; OUVENEY, 2012).

individuais e coletivas” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 494). A Conferência adotou um modelo de assistência à saúde orientado pelos princípios da solidariedade e da equidade, cujo acesso devesse ser garantido a todas as pessoas, tendo como foco a proteção e a promoção da saúde. Destacou a saúde como um direito humano e defendeu a necessidade da abordagem dos determinantes sociais e políticos dela através de políticas inclusivas. No Brasil, para reorganização da APS com base nesses princípios foi criada a Estratégia Saúde da Família² (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com a Constituição de 1988 e a lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1988, 1990), o acesso ao sistema de saúde deve ser universal, ou seja, ocorrer para todos, e em todos os níveis do sistema, sem distinção de gênero, raça, renda, idade, entre outras características passíveis de discriminação social. Cria-se a igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços do SUS.

A concepção de acesso segundo Starfield (2002) baseia-se na ideia de que deva existir um ponto de entrada para o início do atendimento do usuário pelo sistema de saúde, a *porta de entrada*. Esse acesso ao sistema deve ser livre de barreiras e é importante que seja parte da organização dos serviços de nível primário, onde o usuário chega com problemas generalizados, vagos, não relacionados a problemas orgânicos específicos mas como manifestações de doenças influenciadas pelo contexto social em que vive.

Uma vez que todos tem direito de acesso aos serviços públicos de saúde e devem ser tratados de forma integral – “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” (BRASIL, 1990, cap. II, art. 7) – na busca pela redução das desigualdades em saúde, a política de saúde avançou em relação aos princípios da equidade (FLEURY; OUVÉRY, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

A ideia de equidade em saúde começou a ser debatida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, aparecendo na Carta de Ottawa como um dos oito pré-requisitos para a saúde. O conceito diz respeito ao acesso universal a serviços de complexidade de acordo com as necessidades de cada sujeito (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Teve como principal teórico Margaret Whitehead, que chamou

2 **Estratégia Saúde da Família:** criada em 1994, fundamenta-se no trabalho multiprofissional e cuidado integral, devido à natureza multidisciplinar das doenças, com base em um território de abrangência (adscrição) e articulação intersetorial para acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

atenção para as diferenças existentes na saúde entre os diferentes grupos sociais na população e diferentes regiões de um mesmo país. Sinalizou que os grupos populacionais menos favorecidos socialmente tem menos chances de sobreviver e são mais suscetíveis a desenvolverem alguma doença crônica (WHITEHEAD, 1992).

De acordo com Whitehead (1992, p. 7):

Equidade em saúde implica em todos terem as mesmas oportunidades de atingir o seu potencial de saúde e ninguém deve ter desvantagem para atingir esse potencial [...] Trata-se de criar oportunidades iguais para a saúde reduzindo as diferenças ao nível mais baixo possível.

O fato dos aspectos socioeconômicos e ambientais agirem como os protagonistas nas diferenças dos estados de saúde, fez o discurso da autora se atrelar ao da justiça social, levando-na a classificar a iniquidade como evitável, desnecessária e injusta (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; WHITEHEAD, 1992).

Tratar os aspectos socioeconômicos e ambientais como protagonistas dos diferentes estados de saúde tem como base a definição do processo saúde-doença como fator resultante das condições de vida como alimentação, renda, trabalho, tipo de moradia, saneamento básico, educação, ambiente físico e social, e acesso aos serviços de saúde - os determinantes sociais da saúde (DSS). Considera também o estilo de vida adotado pelo sujeito tendo em vista que os hábitos praticados podem interferir diretamente nos processos biológicos, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividades físicas, entre outros. Tais concepções foram consolidadas na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que teve como resultado a Carta de Ottawa (BRASIL, 1990; CARVALHO; BUSS, 2012).

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p. 1).

A definição da doença pela OMS como um processo de caráter social, possibilitou entender que as desigualdades nas condições de saúde são reflexos diretos das desigualdades sociais, pois o indivíduo tem o seu estado de saúde influenciado pela sua posição social. Sendo assim, quanto menos recursos tiver o indivíduo, mais necessidades em saúde ele vai apresentar, pois os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecimento e menores oportunidades de utilização de serviços de saúde, dependendo em sua grande maioria, dos serviços públicos existentes. Esses grupos costumam buscar respostas para o seu sofrimento, sentimentos e expectativas, que abarcam aspectos individuais, sociais e

culturais, através de queixas traduzidas de forma objetiva em sintomas e/ou doenças (BRASIL, 1990; CECÍLIO, 2001; FLEURY; OUVENERY, 2012; MENDES et al., 2019; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; PINHEIRO et al., 2013; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Segundo Stotz (1991), as necessidades em saúde são as dificuldades e requerimentos para a reprodução da vida das pessoas, geradas pelo modo de organização e produção da sociedade capitalista, podendo ser individuais ou coletivas. Logo, são determinadas e construídas historicamente devendo ser compreendidas de maneira contextualizada.

Cecílio (2001) adotou uma taxonomia com base nas ideias defendidas por Stotz (1991) na qual as necessidades em saúde compreendem: boas condições de vida, levando-se em consideração os determinantes sociais da saúde; acesso a todos os tipos de tecnologia de saúde existentes para melhorar e prolongar a vida, definidas por Merhy (1997) como tecnologias leve, leve-duras e duras³; criação de vínculos entre usuário e equipe/profissional para estabelecer uma relação contínua; e a importância do desenvolvimento da autonomia do usuário em seu “modo de andar a vida” para a realização do autocuidado. A autonomia implica em possibilidades de ressignificação das experiências vividas pelo sujeito, levando a uma reconstrução do seu modo de viver ao enxergar a vida com outro sentido, aproximando-o de forma ampla da satisfação de suas necessidades (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Logo, para que os profissionais possam realizar uma atenção integral à saúde do usuário, é preciso conseguir decifrar as necessidades do mesmo que chegam em formato de demanda nos serviços. Decifrar porque as necessidades são moldadas em demandas específicas (consulta médica, medicamentos, exames) de acordo com o que é ofertado pelos serviços, como estratégia de acesso ao sistema de saúde. Uma vez captada e compreendida a necessidade que motivou a busca do usuário pelo serviço, o cuidado pode ser pensado e planejado em suas várias dimensões dentro de uma equipe multiprofissional, e trabalhado em uma rede intersetorial na busca pela melhoria da condição e da qualidade de vida, tornando-se integral (CECÍLIO, 2001).

Sendo assim, ao planejar estratégias de cuidado em saúde que visam melhorar a quali-

3 **Tecnologias leves, leve-duras e duras:** classificação utilizada por Mehry (1997) para as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve está relacionada às tecnologias de relações, como produção de vínculo e acolhimento. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia. A dura refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

dade de vida dos sujeitos, considerando a integralidade como eixo central do planejamento, estes devem ser observados em sua totalidade e não como partes de um todo onde cada órgão ou sistema seria avaliado e tratado separadamente. O todo é fruto da complexidade da vida humana, em seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, o que requer do profissional de saúde um olhar clínico ampliado sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2008; NARVAI; FRAZÃO, 2008; PAIM; SILVA, 2010).

Nesse contexto, pretende-se com o texto a seguir colocar luz sobre a importância de atender as necessidades em saúde bucal da população para a produção de um cuidado integral.

Partindo do conceito de que o processo saúde-doença resulta das condições de vida e dos hábitos adotados pelo sujeito, faz-se necessário considerar que as condições bucais se relacionam intrinsecamente com a saúde sistêmica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), saúde bucal significa mais do que ter bons dentes, sendo parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar. Implica estar livre de dores e lesões orofaciais (WHO, 2021).

Além disso, estudos comprovam a forte correlação entre doenças sistêmicas e doenças bucais, como a doença periodontal e a diabetes mellitus, por exemplo. Nesse caso, o controle da doença periodontal (acomete gengiva e periodonto) é essencial para a diminuição da glicemia e vice-versa, interferindo na eficácia dos fármacos utilizados nos tratamentos em geral (LAMSTER et al., 2008; LEITE et al., 2013; NARVAI, 2001; PRESHAW et al., 2012). Depois da cárie, a doença periodontal é a 2ª doença bucal de maior prevalência em saúde pública, sendo ambas preveníveis e evitáveis com a higienização bucal (BRASIL, 2008; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Existem também hábitos bucais como consumir carboidratos em excesso que gera repercussões negativas em todo o organismo, não restringindo seu dano ao local onde foi adquirido, além de estar diretamente relacionado à condição de vida em que o praticante se encontra. Uma alimentação com excesso de carboidratos está comumente associada ao preço desses alimentos, em geral, os mais baratos do mercado, que são capazes de cessar a fome e fornecer energia de forma imediata. Entretanto, os açúcares são os principais substratos para o desenvolvimento da doença cárie (BUSS, 2002; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Segundo Carnut et al. (2011), condições socioeconômicas desfavoráveis como a baixa escolaridade familiar, principalmente a materna, e a baixa renda da família tem sido consideradas como os determinantes sociais predominantes no que tange à cárie dentária.

Conforme pode ser constatado, os níveis de saúde bucal de diferentes populações se definem “fora do âmbito clínico-cirúrgico” o que requer o reconhecimento da determinação externa dos problemas bucais tendo as práticas sociais como variáveis decisivas (BRASIL, 2008; NARVAI; FRAZÃO, 2008; PEREIRA, 2010).

Do ponto de vista das ciências sociais e humanas, a cavidade bucal pode ser considerada um instrumento do processo de inserção social e de evolução do indivíduo, visto que a boca, ao participar do processo de aquisição da linguagem, permite a troca e a comunicação deste com o meio, constituindo-se um elemento-chave na evolução do cérebro e da mente. Grandes nomes da psicanálise como Freud, Erikson e Winnicott, e da psicologia, Piaget, descrevem, centralizados no desenvolvimento infantil, as diferentes formas de construção e formação do ser humano de acordo com as experiências deste vividas em sociedade, sendo a boca tratada como o meio de reconhecimento e exploração do mundo nos primeiros anos de vida (BORDIGNON, 2005; ESTILL, 2013; OLIVEIRA, 2005; RABELLO; PASSOS, 2008).

Nesse contexto, a importância estética da boca influencia diretamente no processo de inclusão social. Crianças mutiladas por extrações dentárias precoces ou com dentes escurecidos pela doença cárie encontram-se constantemente vulneráveis a ataques de *bullying*⁴ (“banguela”, “dente sujo”, “porco”, “dente preto”) nos ambientes sociais frequentados. Adolescentes com perdas dentárias precoces, dentes mal posicionados na arcada dentária (dentes tortos), doenças gengivais e mau hálito costumam relatar problemas relacionados à autoestima e à interação relacional com a família, colegas e possíveis flertes. Já na fase adulta, demonstrar saúde na boca diz respeito ao direito de cidadania, uma vez que “abre as portas” do sujeito para o mercado de trabalho. As variadas formas de exclusão ocorrem por “vontade própria” ou pelo próprio meio social.

Assim, a presente pesquisa baseia-se no entendimento da relevância de se estabelecer condutas específicas para o enfrentamento das necessidades bucais prioritárias com foco na redução de complicações clínicas locais e sistêmicas, através do tratamento e controle dos agravos bucais identificados, com a finalidade de garantir o princípio da equidade e a redução

4 **Bullying**: comportamento agressivo que ocorre entre os pares. Constitui-se em um relacionamento interpessoal caracterizado por um desequilíbrio de forças, o que pode ocorrer de várias maneiras: o alvo da agressão pode ser fisicamente mais fraco ou perceber-se como sendo física ou mentalmente mais fraco que o perpetrador. Pode ainda existir uma diferença numérica, em que vários estudantes agem contra uma única vítima (BANDEIRA; HUTZ, 2012).

das demandas espontâneas⁵, predominantemente urgências clínicas, que superlotam os serviços de saúde.

Também visa a ampliação do acesso à atenção à saúde bucal nos serviços públicos através do levantamento das necessidades em saúde bucal pois ao permitir organizar a população em diferentes grupos de risco, que demandarão o uso de diferentes tecnologias de saúde cada qual de acordo com a gravidade detectada, otimiza o uso dos recursos materiais e humanos existentes e a capacidade resolutiva das equipes de saúde.

O presente estudo propôs uma discussão sobre a atual assistência em saúde bucal que está sendo realizada no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Periséé bem como realizar um estudo-piloto aplicando um instrumento de estratificação de risco em saúde bucal durante o atendimento odontológico. O objetivo da aplicação desse instrumento é auxiliar a definir critérios de prioridade de atendimento odontológico para a população adscrita.

1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

- Quais os critérios para o agendamento dos usuários que buscam os serviços de saúde bucal na ESF?
- Como são tratados os casos de maior gravidade em saúde bucal (agendamento, atendidos na hora) que chegam nesses serviços?
- Como reduzir a demanda em saúde bucal que já chega aos serviços da APS em estado grave de saúde?
- Como é oportunizado o acesso ao atendimento odontológico da demanda reprimida nos territórios?

1.2 OBJETO DO ESTUDO

Análise de uma experiência-piloto de aplicação de um instrumento de estratificação de risco em saúde bucal, baseado na literatura, como ferramenta de organização equânime do acesso à atenção à saúde bucal, em uma unidade básica de saúde, no município do Rio de Janeiro.

⁵ **Demanda espontânea:** é o nome dado para qualquer atendimento não programado na unidade de saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário, podendo ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência (BRASIL, 2012a).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os processos de trabalho em saúde bucal incluindo o uso de um instrumento de estratificação de risco sob a perspectiva da equidade, no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Periséé, no município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o modelo de atenção à saúde bucal realizado no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Periséé;
- Determinar, segundo a perspectiva das Equipes de Saúde Bucal que implementaram o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal, as dificuldades encontradas e contribuições de sua utilização em suas práticas;
- Discutir com as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal os processos de trabalho no cenário pesquisado à luz das políticas públicas de saúde;
- Elaborar uma oficina de Educação Permanente em Saúde para ser realizada no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Periséé no intuito de estimular nos profissionais reflexões sobre os processos de trabalho em saúde bucal.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo buscou contribuir com a discussão sobre a organização e a ampliação do acesso da população de forma equânime aos serviços de saúde bucal oferecidos pela Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Além disso, foram gerados subsídios para reflexão sobre a valorização dos atendimentos de casos prioritários em saúde bucal de modo a reduzir complicações clínicas odontológicas e sistêmicas, que superlotam os serviços das unidades de saúde através de demandas espontâneas, amparado pelos princípios da equidade e da integralidade no cuidado em saúde.

Teve como base o fato da iniquidade no acesso a esses serviços constituir um problema generalizado nos processos de trabalho de distintas unidades básicas de saúde identificado ao longo de minha vivência enquanto cirurgiã-dentista da ESF e através do compartilhamento de experiências com trabalhadores de saúde bucal, Cirurgiões-dentistas (CD), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB), da rede municipal de saúde local.

O acesso da população aos serviços de saúde bucal na ESF tem como uma de suas barreiras a autonomia das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na definição dos procedimentos adotados para o agendamento dos usuários. De acordo com a literatura, a falta de protocolos clínicos padronizados que orientem epidemiologicamente a organização das agendas dos profissionais e as ações somadas à frágil qualificação dos profissionais para o trabalho na rede SUS promove a perpetuação do modelo assistencial individual e curativista, com foco medicamentoso e clínico cirúrgico-restaurador, o qual desconsidera a interferência do ambiente social e dos fatores de risco no desenvolvimento e no controle do processo saúde-doença. Desse modo, as agendas dos profissionais encontram-se sempre lotadas, com horários de atendimento sobrepostos, inviabilizando um atendimento resolutivo⁶ e de controle efetivo das doenças bucais, que são caracterizadas como multicausais (PARANÁ, 2016).

De marcações por cronologia de busca do atendimento (“cadernos e livros de acolhimento”), ordem de chegada, ao agendamento por *clientelismo*⁷, muitos usuários quando

6 **Atendimento resolutivo:** foco em procedimentos conclusivos para resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro, a procura recorrente, futuras perdas dentárias e outras sequelas (BRASIL, 2004b, 2012a).

7 **Clientelismo:** quando pessoas com maior proximidade social com os profissionais de saúde conseguem agendamento de consultas mesmo sem apresentarem quadros clínicos com gravidade (DUMONT et al., 2008).

conseguem o atendimento já se encontram em estado grave de saúde bucal, sendo encaminhados para serviços especializados da rede de saúde ou mutilados, levando a perda de órgão dentário. Paralelamente, a maior parte da população brasileira historicamente teve restrição ao acesso de serviços odontológicos, o que perpetua uma cultura de busca por atendimento somente nos casos de dor, quando então já estão agravados (BRASIL, 2008, 2016; DUMONT et al., 2008).

Peres et al. (2012) apontaram os problemas de cunho odontológico como sendo a 3ª causa de procura pelos serviços de saúde do país e identificaram que as desigualdades sociais repercutem no acesso e na utilização dos mesmos. É consenso na literatura que a demanda que fica reprimida, ou seja, aquela que não chega nas unidades de saúde representa os casos de maiores necessidades de tratamento odontológico ou de maior gravidade do estado de saúde (CARNUT et al., 2011; FORTALEZA, 2016).

Conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e pelos Cadernos de Atenção Básica nº17 e nº28, são necessárias estratégias de organização das agendas dos profissionais com base na vigilância epidemiológica (BRASIL, 2004b, 2008, 2012a). Ao utilizar o enfoque epidemiológico e o princípio da equidade para o planejamento das ações da equipe, a população adscrita pode ser dividida em grupos de risco, onde cada qual demandará por diferentes estratégias de cuidado em saúde bucal, desde estímulos à prevenção da saúde bucal com atividades educativas coletivas com controle do biofilme dental e fluoroterapia (baixo risco), ao atendimento clínico restaurador e/ou cirúrgico (médio e alto risco) (PARANÁ, 2016). Dessa forma, pretende-se orientar a prioridade do agendamento clínico de acordo com os casos de necessidades clínicas mais imediatas (gravidade do estado de saúde) ou maior quantidade de intervenções clínicas necessárias (BELO HORIZONTE, 2006a; BRASÍLIA, 2018; CARNUT et al., 2011; DUMONT et al., 2008; FORTALEZA, 2016; PARANÁ, 2016).

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, permitiu a ampliação e a reorganização do acesso aos serviços odontológicos no país. Teve como objetivo principal a melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades em saúde bucal. Criada em consonância com o SUS e suas normativas complementares, a PNSB considera que as ações e os serviços de saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva (BRASIL, 2004b).

Assim, a PNSB vai ao encontro da lei complementar nº8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe em seu artigo 7º, inciso VII, que a epidemiologia deve servir de base para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, auxiliando na consolidação do SUS principalmente no tocante à operacionalização do princípio da equidade.

Como pode ser visto, é imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e buscar conhecer suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades (BRASIL, 2004b).

Os resultados da implementação da PNSB podem ser vistos nas Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal - Projetos SB 2003 e SB 2010 - em que foram realizados inquéritos epidemiológicos populacionais com a finalidade de identificar as condições de saúde bucal da população brasileira. Equipes de saúde bucal atuantes no SUS examinaram e entrevistaram cerca de 38 mil pessoas, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos (RONCALLI, 2011).

Dentre os dados mais significativos estão os relativos à cárie dentária. O percentual de crianças “livres de cárie”, apresentando o índice epidemiológico CEO⁸ = 0, passou de 31% em 2003 para 44% em 2010, demonstrando que, em crianças de 12 anos, ocorreu significativa redução na prevalência e na gravidade da doença associada a um maior acesso a serviços

⁸ CEO = índice epidemiológico que expressa a dentição decidua, considerando elemento dentário cariado, com extração indicada, dentes obturados e não inclui os dentes perdidos. Também referido como CEO-d (BRASIL, 2012c).

odontológicos restauradores. Aos 12 anos, idade-índice adotada pela Organização Mundial de Saúde, o índice epidemiológico CPO⁹ apresentou uma média de 2,1, valor 25% menor do que o encontrado em 2003 (2,8) (RONCALLI, 2011).

No componente relativo aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de 29% (1,7 para 1,2). Essa importante tendência de declínio da cárie e o incremento no acesso aos serviços se reproduzem também nos adolescentes de 15 a 19 anos, tendo sido ainda mais marcante em adultos, 35 a 44 anos, pois em 2003 o CPO médio registrava 20,1, diminuindo para 16,7 em 2010, mostrando redução de 17%. Entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” (RONCALLI, 2011).

Tão importante quanto o declínio no valor do CPO é o crescimento da proporção do componente “obturado”, que sai de 4,2 para 7,1 (aumento de 69%), associado a uma queda para quase a metade do componente “extraído”. Esses valores indicam que, além de apresentar menor ataque de cárie, a população adulta brasileira está conseguindo acessar cuidados terapêuticos clínicos adequados (RONCALLI, 2011).

Por outro lado, a pesquisa apresentou aspectos que ainda carecem de atenção: as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie ainda são marcantes; pequena redução da cárie na dentição decídua, apenas 18%, sendo que 80% dos dentes afetados pela doença continuam sem tratamento; apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos ainda é significativo; e a prevalência de oclusopatias (problemas de mordida) que requerem tratamento é de 10% em adolescentes, indicando a necessidade de reestruturar a oferta de tratamento ortodôntico na atenção secundária. Concluiu-se a necessidade de políticas voltadas para a promoção da equidade (RONCALLI, 2011).

4.2 AS DESIGUALDADES EM SAÚDE BUCAL COMO UMA QUESTÃO DE EXCLUSÃO SOCIAL

Sendo a boca uma das principais formas de interação do indivíduo com o seu meio, ter saúde bucal também significa estar incluído na sociedade. Sabe-se que as condições de saúde

⁹ CPO = importante índice epidemiológico criado por Klein e Palmer, em 1937, e adotado pela OMS, do qual se pode inferir o CPO-d médio (dentição permanente) e o CEO-d (dentição decídua). Ambos expressam a soma dos dentes cariados, perdidos ou com extração indicada e obturados, proporcionando o levantamento individual das distintas necessidades de tratamento odontológico (BRASIL, 2012c; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

bucal da população brasileira se apresentam como um reflexo das desigualdades sociais do país, e conseqüentemente, são um importante registro de exclusão social. Isso se deve à Odontologia ter se desenvolvido como uma profissão de caráter liberal-privatista, com essência mercantil, onde o acesso à utilização de seus serviços esteve restrito a quem tinha condições financeiras de consumo (MOYSÉS, 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Na esfera pública, são encontrados poucos registros de atividades odontológicas isoladas, por volta de 1910, ligadas aos serviços sanitários existentes ou estabelecimentos de ensino público. Com a criação do sistema previdenciário, com as Caixas de Aposentarias e Pensões (CAP), em 1923, e depois sua ampliação entre 1930 e 1940, a oferta de serviços odontológicos era mantida aos trabalhadores contribuintes e ações curativas principalmente para gestantes e escolares (MOYSÉS, 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Somente a partir de 1950 que a odontologia pública se institucionalizou, ao ganhar espaço na estrutura administrativa do Ministério da Saúde. Teve início um modelo de atenção a escolares da rede pública, o “sistema incremental”. Esse modelo, voltado somente para o atendimento dos escolares, entre 06 a 14 anos, que orientou a odontologia sanitária no país (BRASIL, 2008; MOYSÉS, 2012).

Nesse momento, pode-se dizer que o cenário assistencial da odontologia estava configurado basicamente em três tipos de modelo: a odontologia de mercado, que era a do setor privado e hegemônica; a odontologia sanitária, norteadada pelo sistema incremental, e a odontologia previdenciária (MOYSÉS, 2012). Todos excludentes em sua essência.

Com a constituição de 1988, a instituição do SUS e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, a saúde bucal passou a ser discutida como um direito de todos e dever do Estado, indissociável da saúde geral do indivíduo e relacionada diretamente à qualidade de vida da população. Nesse contexto, as Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 2000, através da portaria n.1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000).

Na tentativa de ampliar a oferta de serviços públicos odontológicos a nível nacional, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal. Essa resultou de intensos debates, ao longo de décadas, ocorridos em fóruns, congressos e conferências nacionais de saúde, em especial as de saúde bucal, acompanhando o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Finalmente, no ano de 2004, ela foi

consolidada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2004b), integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

Apesar das conquistas significativas no acesso à atenção odontológica no país proporcionadas pela PNSB, as atuais discussões sobre o tema afirmam que ele tem ocorrido através do atendimento de urgências odontológicas - demandas espontâneas - ou de inscrições, que formam extensas filas de espera por tratamento desconsiderando as necessidades em saúde bucal destas pessoas, fazendo com que grande parte desista do tratamento, ou perca os seus dentes, devido ao tempo de espera pela vaga (DUMONT et al., 2008; SANTA CATARINA, 2018).

4.3 A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

No ano de 2003, a OMS adotou o conceito de condição de saúde, representado pela forma de resposta social pelo sistema de saúde, profissionais e usuários às condições biologicamente apresentadas por estes últimos. São circunstanciais e dependendo de sua natureza, exigem respostas eventuais ou contínuas, fragmentadas ou integradas, sendo divididas em: condições agudas, condições crônicas e eventos agudos (MENDES et al., 2019a).

As condições agudas são condições de saúde de curso curto, geralmente manifestadas de forma imprevisível, devendo ser manejadas de forma episódica e reativa. Envolve as doenças transmissíveis de curso curto (gripe), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (amigdalite, apendicite) e os traumas. Já as condições crônicas são condições de saúde de curso mais ou menos longo (gestação) ou permanente (hipertensão arterial, diabetes), que exigem um manejo contínuo e integral. Dentre essas, encontram-se as doenças bucais. As condições crônicas apresentam como principais características: serem oriundas de causas múltiplas; evoluírem gradualmente ao longo do tempo e dos ciclos de vida, podendo agudizar em alguns momentos (eventos agudos); e costumam comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades. Em sua grande maioria podem ser prevenidas ou terem suas complicações reduzidas (MENDES et al., 2019a).

Como estratégia de enfrentamento das condições crônicas e norteado pela Política

Nacional de Atenção Básica, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) preconiza a estratificação dos indivíduos em subpopulações por riscos a qual permite identificar indivíduos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos com recursos e tecnologias específicas (BRASIL, 2017). Para isso, desenvolveu o projeto *Planificação da Atenção à Saúde* (PAS).

4.3.1 O Projeto de Planificação da Atenção à Saúde

Segundo a proposta do projeto *Planificação da Atenção à Saúde*, do CONASS, tanto a organização das unidades básicas de saúde (UBS) quanto o processo de trabalho em saúde devem ser baseados na estratificação de risco das condições crônicas de saúde. O PAS tem fundamentação teórica nas obras do autor Eugênio Vilaça Mendes, publicadas pelo CONASS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a saber: *As redes de atenção à saúde* (2011), *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família* (2012) e *A construção social da APS* (2015) (EVANGELISTA, 2016).

A proposta surge em virtude das transições epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas as quais culminaram na transformação das doenças crônicas não transmissíveis em uma questão de saúde pública (MALTA et al., 2015). Como estratégia de gestão do cuidado em saúde e dos serviços, Mendes propõe ao SUS o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com origem nos Estados Unidos da América, e adaptado pelo autor em 2010 (FORTALEZA, 2016). O modelo é influenciado pelos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente, Cuidados Crônicos e Determinantes Sociais da Saúde (EVANGELISTA, 2016).

Para colocar em prática o PAS, são realizadas oficinas de Educação Permanente para a qualificação dos profissionais da ESF de todo o país. Estas abordam temas essenciais como a organização da demanda programada e espontânea; a vigilância em saúde articulada ao território e à promoção da saúde; a importância de incorporar a análise da situação de saúde na gestão e nas práticas dos serviços; a estratificação de risco das condições crônicas e o conhecimento das subpopulações-alvo para programação da atenção e gestão das condições de saúde, dentre outros, com foco na melhoria dos processos de trabalho e da gestão do cuidado e dos serviços (EVANGELISTA, 2016).

4.3.2 Estratificação de risco em saúde bucal

A Política Nacional de Atenção Básica define a estratificação de risco como sendo o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos e familiares para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, tendo como objetivo diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na RAS para um cuidado integral. Propõe o uso da estratificação de risco para a organização das equipes e racionalidade dos recursos existentes nos serviços (BRASIL, 2017).

No campo da saúde bucal, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em Minas Gerais, lançou em junho de 2006, uma proposta de organização da demanda por meio do levantamento das necessidades em saúde bucal e hierarquização dos riscos no documento *Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Esse conta com um instrumento, o *Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico* (INTO), que foi criado pelos trabalhadores da rede SUS-Belo Horizonte (BH) e vem sendo aprimorado ao longo do tempo, para medir as necessidades no plano individual e coletivo e assim subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal, tais como o agendamento para o atendimento individual e os procedimentos coletivos. É realizado através de um exame visual simples da cavidade oral e o registro do dado obtido através da codificação vigente, utilizada posteriormente para a tomada de decisões na assistência à saúde (BELO HORIZONTE, 2006a, 2006b).

O índice é utilizado nos espaços de intervenção existentes (espaços coletivos e UBS), como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos/grupos com maior necessidade. Em seguida, é feita a hierarquização dos problemas e definição de prioridades. Os problemas mais predominantes, apontados como nós críticos dos serviços, precisam ser considerados prioridade porém não significam exclusividade. Para eles será direcionado mais recursos para sua solução e reserva de maior tempo de trabalho por parte dos profissionais. Neste índice priorizam-se critérios biológicos odontológicos para a codificação dos agravos bucais, com possibilidade de sinalização de queixa de dor aguda. Identifica-se que o foco da abordagem está voltado para a assistência, centrada no agravo das doenças cárie e periodontal (BELO HORIZONTE, 2006a, 2006b; CASOTTI et al., 2011).

Nesse sentido, Saintrain (2007) em Fortaleza, no Ceará, propôs o instrumento *Indicador Comunitário em Saúde Bucal*, o ICSB, restrito às condições bucais da população

para ser utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde e incluído no prontuário familiar. Para isso, realizou oficinas de treinamento com essa categoria profissional de modo a valorizá-los como agentes transformadores da realidade.

Com igual reconhecimento do potencial capilarizador deste tipo de ferramenta para o trabalho em equipe interprofissional, Dumont et al. (2008) utilizaram o *Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico* (INTO) de Belo Horizonte para ser aplicado pelos Agentes Indígenas de Saúde (cargo correspondente aos Agentes Comunitários de Saúde). Os estudos foram realizados na aldeia indígena Xakriabá, no município de São João das Missões, em Minas Gerais. O município possui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado, sendo o local onde predomina esta etnia. O principal objetivo do trabalho foi conhecer as necessidades de tratamento odontológico da população atendida para organizar o acesso ao serviço de saúde bucal.

Pouco tempo depois, Carnut et al. (2011) buscaram validar o *Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal na ESF* (INASB) voltado para as condições sociais das famílias, utilizando as informações registradas na ficha-A do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), como o tipo de moradia e a escolaridade materna. O índice foi utilizado durante o período de 03 (três) meses em Recife, Pernambuco. Foram coletados dados de experiência de cárie, dor de dente e acesso aos serviços de saúde bucal em uma amostra aleatória, estratificada e baseada no índice de 412 crianças nas faixas etárias 3-5 e 7-12 anos. A maior parte da amostra estudada, 61,7%, pertencia ao grupo de baixo risco. O estudo demonstrou uma associação entre a classificação de risco social, atribuída através do instrumento utilizado, com a cárie dentária, consolidando a relação entre as condições sociais e a saúde bucal da população.

Por fim, observou-se que diferentes estados do país buscaram implementar a estratificação de risco em saúde bucal. Foram identificados os documentos *Diretrizes de Gestão para a Saúde Bucal SUS-SP* (2013), em São Paulo, *Linha Guia de Saúde Bucal do Estado do Paraná* (2016), no Paraná, *Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza* (2016), no Ceará, *Linha de Cuidado de Saúde Bucal de Santa Catarina* (2018), em Santa Catarina, e *Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal* (2018), em Brasília.

Este estudo selecionou para uso o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal da *Linha Guia de Saúde Bucal* da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Ceará, publicado em 2016, que teve como consultor Eugênio Vilaça Mendes, autor que fundamentou

teoricamente o projeto de *Planificação da Atenção à Saúde*, do CONASS, o qual deu origem à presente pesquisa (FORTALEZA, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que consistiu na realização de grupos focais para a coleta de dados.

Segundo Gil (2019), um estudo exploratório tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Seu planejamento é flexível e para Selltiz et al. (1967 p. 63, apud GIL, 2019, p. 41) envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

A abordagem qualitativa em pesquisa tem sido aplicada no estudo de experiências humanas sobre saúde e concentra-se na experiência humana e no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Esta abordagem permite uma compreensão mais ampla e profunda a respeito dos comportamentos humanos, e sua associação com os valores, sentimentos, crenças e atitudes (MINAYO, 2012).

O grupo focal é uma técnica baseada na coleta de dados primários a partir de interações grupais, sendo um recurso para a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos. Constitui um processo coletivo e democrático de participação, estando apoiado no desenvolvimento das entrevistas grupais, no qual o moderador assume um papel de facilitador das discussões, com ênfase nos processos psicossociais que emergem (MINAYO, 2002). O tamanho ótimo é aquele que permite a participação efetiva de todos os participantes presentes bem como manter o foco das discussões em torno das questões pretendidas. Tem-se encontrado na literatura uma média de seis a quinze participantes. Quando o objetivo é gerar discussões aprofundadas sobre a temática, organizam-se grupos pequenos (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999; RESSEL et al., 2008).

A formação do grupo focal foi intencional e pretendeu-se que houvesse um ponto de semelhança entre os participantes. O ponto em comum foi compartilhar o mesmo local de trabalho, o que favoreceu os relatos de experiências, expressão de valores e crenças que interagem na temática em foco. Também permitiu identificar como os fatos são articulados, censurados ou confrontados na interação grupal e como se dá a comunicação entre os pares,

estimulando ou diminuindo a fluidez e a naturalidade dos diálogos (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; RESSEL et al., 2008).

A discussão ocorreu em torno de questões pontuadas em roteiros semiestruturados (Apêndices A e B) que facilitaram a condução dos grupos focais. Por serem semiestruturados permitiam respostas mais livres, sem condicionamento à alternativas padronizadas. Os roteiros funcionaram como guias que objetivaram provocar, sustentar e direcionar a discussão, tendo sido elaborados visando recuperar fatos, acontecimentos e experiências (JESUS; LIMA, 2012; CAL, 2016; GOMES; BARBOSA, 1999; MANZINI, 2004).

Os grupos focais contaram com a participação de diferentes categorias profissionais da saúde, a saber: médica, enfermagem, odontologia e agentes comunitários de saúde. Do universo de 28 profissionais atuantes no cenário de pesquisa, 14 foram selecionados segundo os critérios de inclusão. A amostra com esses 14 profissionais atingiu sua saturação teórica no momento inicial da análise dos dados, resultando na suspensão da escolha de novos participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa foi o Centro Municipal de Saúde Rodolpho Periséé, localizado no bairro Vidigal, zona sul do município do Rio de Janeiro, situado na Área Programática 2.1. Foi utilizado como critério de seleção desta unidade de saúde o fato da mesma possuir Equipes de Saúde Bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família e se constituir uma unidade de fácil entrada para a pesquisadora em parceria com a gestão local.

O CMS Rodolpho Periséé foi inaugurado como centro municipal de saúde em 1981. Atualmente, atende com a proposta da Estratégia Saúde da Família sendo composto por 03 equipes de saúde. São elas:

- 1) Equipe Esperança – 01 médica de 20 horas, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde;
- 2) Equipe Litoral – 01 médica de 20 horas, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde;
- 3) Equipe Vidigal – 01 médica de 40 horas, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde.

No que tange à saúde bucal, o CMS possui 02 equipes na modalidade tipo I, sendo cada qual formada por 01 profissional cirurgião-dentista especialista em saúde da família e 01 profissional auxiliar em saúde bucal. Portanto, as equipes não são contempladas com a categoria profissional do técnico em saúde bucal.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para ser selecionado, o participante deveria fazer parte da equipe mínima interprofissional de saúde e estar vacinado contra o vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19. Com o objetivo de fazer a discussão do tema de forma interprofissional, os integrantes deveriam representar diferentes categorias da área da saúde.

Foram excluídos do estudo: profissionais com sintomas passíveis de associação com a doença COVID-19, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), como tosse seca, espirros, dor de garganta, febre, fadiga, perda de olfato e/ou paladar, coriza, entre outros; profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); estudantes de cursos de graduação ou pós-graduação e profissionais da área administrativa, gestão, farmácia ou apoio logístico (limpeza, segurança, almoxarifado, técnicos de informática).

Faz-se necessário ponderar que houve um aumento do número de casos, internações e óbitos por COVID-19 no período de realização das etapas de coleta de dados, estando os profissionais voltados para o atendimento e acompanhamento dos usuários com síndrome gripal bem como à campanha de vacinação. Junto a isso, de acordo com os protocolos das instituições de saúde e governo, os profissionais deveriam ser afastados de suas atividades laborativas a cada vez que apresentassem sintomas respiratórios e suspeita de COVID-19.

Ao todo, foram realizados 03 grupos focais. Dois grupos focais iniciais, A e B, e um grupo focal final, C, cada qual contendo representantes de distintas categorias da área de saúde.

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados em campo foi realizada por meio de grupos focais com os participantes do estudo. Deu-se em duas etapas: grupos focais iniciais e grupo focal final.

Na primeira etapa, a pesquisadora responsável compareceu ao cenário de estudo com

01 semana de antecedência à realização dos grupos focais iniciais, dia 25 de agosto de 2021, para se apresentar presencialmente e combinar as atividades com os profissionais da UBS.

Nesse momento, a gestora da unidade de saúde sugeriu a informatização do instrumento a ser aplicado pelas equipes de saúde bucal como arquivo do *Google forms*®, alegando que a clínica estava passando por informatização de todos os processos de acolhimento. A proposta foi levada aos profissionais no momento de realização dos grupos iniciais.

Na semana seguinte, no dia 01 de setembro de 2021, foram realizados os 02 grupos focais iniciais - grupos A e B - cada qual contendo diferentes categorias profissionais. O primeiro ocorreu no turno da manhã e o segundo, no turno da tarde. Os profissionais participantes dos grupos foram convidados pela gestora da unidade de saúde, orientada pelos critérios de inclusão e de exclusão para a seleção, e de acordo com a flexibilidade dos processos de trabalho no horário de realização das atividades propostas.

Após 05 meses e 20 dias, em 21 de fevereiro de 2022, foi realizado o grupo focal final (grupo C), no turno da tarde. Faltando uma semana para a realização desse, a pesquisadora responsável entrou em contato com os profissionais e com a gestora da unidade para confirmar o encontro.

Os encontros foram organizados seguindo os cuidados que a metodologia requer dentro das limitações de um cenário pandêmico de doença viral. Outro ponto a destacar é que os participantes estavam atuando na linha de frente do enfrentamento à pandemia, incluindo a vacinação, a notificação epidemiológica, o telemonitoramento, a coleta de material laboratorial (testes COVID-19), a escala de atendimento dos sintomáticos respiratórios, para além dos atendimentos que permaneceram necessários, embora em número reduzido. Era evidente o cansaço físico e a tensão dos profissionais.

Os grupos foram realizados em consultórios devido à utilização dos espaços coletivos para a campanha de vacinação contra a COVID-19. Os participantes receberam máscaras descartáveis KN95 e foi disponibilizado álcool em gel para higienização frequente das mãos. As cadeiras foram dispostas em círculo, com distanciamento de 01 metro entre os participantes, de modo que todos ficassem em contato visual durante as discussões.

Os grupos iniciavam com as boas-vindas, apresentação de todos os presentes e escolha dos pseudônimos pelos participantes. Em seguida, esses confeccionavam crachás em cartolina colorida para facilitar a sua identificação por meio dos pseudônimos escolhidos e preservar a

identidade dos mesmos. Depois, 02 participantes por grupo se voluntariavam como relator e coordenador. A função dos relatores era sintetizar as discussões ocorridas nos grupos e a dos coordenadores, monitorar o tempo de duração das atividades segundo o planejamento descrito nos roteiros (Apêndices A e B) pela pesquisadora.

Depois, os participantes eram informados sobre o objetivo do encontro e o que era esperado dos mesmos. Nesse momento, receberam os termos de esclarecimento e consentimento (Apêndice C) para assinatura de concordância ou desistência das atividades.

Pactuavam-se as regras de convivência do grupo.

Com o objetivo de estimular a participação e a interação dos integrantes nos encontros foram preparadas dinâmicas de grupo pela pesquisadora responsável.

Nos grupos iniciais, A e B, a pesquisadora providenciou papel pardo para fixar na parede para a dinâmica de grupo ‘chuva de ideias’, um caso clínico fictício (Apêndice A) baseado em fatos verídicos da APS e fotografia (Apêndice A) representando diferentes agravos de saúde bucal que pudessem remeter às experiências do cotidiano dos profissionais. Todas as atividades desenvolvidas foram previamente planejadas e seguiram roteiros que se encontram em anexo (Apêndices A e B).

Foi escolhido como primeira atividade de dinâmica de grupo o uso da *brainstorming* ou “chuva de ideias”. Essa técnica foi utilizada com o objetivo de aquecimento dos participantes e de estimulação mental acerca do tema levado para discussão. Teve como questão disparadora a seguinte pergunta: O que vem a sua cabeça quando eu falo “necessidades de saúde bucal”? Os participantes tinham 02 minutos para falar palavras que lhe viessem à mente naquele momento.

Em seguida, foi feita a leitura de um caso clínico fictício, também descrito no roteiro, baseado em casos reais da APS. Essa técnica foi utilizada para remeter os participantes aos acontecimentos de seu cotidiano.

Logo depois, foram apresentadas aos participantes algumas fotografias (Apêndice A) com registros de diferentes agravos em saúde bucal em diferentes estágios clínicos. Comentários, relatos, dúvidas e opiniões surgiam a cada fotografia mostrada. Notou-se que as imagens foram fundamentais para embasar e fortalecer as discussões.

Como atividade final foi apresentado o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal (Apêndice A) levado pela pesquisadora. O instrumento também estimulou a memória dos participantes que contribuíram com a exposição de mais relatos e com posicionamentos

pessoais.

Para facilitar a comunicação entre as equipes participantes e a pesquisadora responsável, foi criado um grupo no aplicativo *whatsapp*® para troca de mensagens, retirada de dúvidas.

No grupo focal final, C, as cirurgiãs-dentistas apresentaram as facilidades e as dificuldades encontradas para o emprego do instrumento de estratificação de risco em saúde bucal em suas práticas.

Para iniciar a apresentação da experiência, a pesquisadora responsável solicitou que as cirurgiãs-dentistas escrevessem em tópicos as facilidades e as dificuldades enfrentadas na experiência. As participantes tiveram 2 minutos para realizar essa tarefa. Em seguida, buscou-se discutir a experiência das profissionais em relação ao uso da estratificação de risco em saúde bucal na organização do acesso ao atendimento odontológico bem como analisar a viabilidade de incorporar a ferramenta aos processos de trabalho das equipes de saúde da ESF.

A todo momento, a pesquisadora esteve atenta às falas pronunciadas e fazia algumas perguntas que confirmavam o que foi dito e retomavam o foco da discussão. As intervenções eram pontuais de modo a manter o debate direcionado à temática como orienta a técnica do grupo focal.

Os grupos eram encerrados com agradecimento pela participação de todos.

Os grupos focais foram gravados e tiveram seus áudios transcritos posteriormente pela pesquisadora principal. A gravação ocorreu por meio do aplicativo de gravação para Smartphone *Gravador de voz*® que foi colocado no meio dos círculos. A pesquisadora esteve atenta para manter o andamento da gravação durante toda a atividade. O grupo A durou 59 minutos e 48 segundos, o B teve duração de 37 minutos e 34 segundos e o C, 01 hora, 09 minutos e 30 segundos. A duração média das atividades ficou em torno de 55 minutos, apresentando desvio padrão igual a 16,37.

Com base no exposto, entende-se que não foi objetivo desse estudo realizar análise quantitativa dos instrumentos utilizados pelos participantes.

Faz-se necessário ponderar que houve aumento do número de casos, internações e óbitos por COVID-19 nas etapas da coleta de dados, e que os profissionais se encontravam voltados para o atendimento e acompanhamento dos usuários com síndrome gripal. Além disso, os protocolos das instituições de saúde e governo orientavam afastamento das atividades laborais a cada vez que apresentassem sintomas respiratórios e suspeita da doença

pandêmica. Portanto, tais fatores possuem interferência direta na coleta dos dados dessa pesquisa.

Além disso, a infraestrutura do setor de odontologia da unidade tem aguardado manutenção por parte da gestão municipal, o que levou à diminuição da procura por esse tipo de atendimento no local, interferindo também na coleta de dados para essa pesquisa.

5.4.1 Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal selecionado para o estudo

O instrumento selecionado para essa pesquisa é componente do documento Linha Guia de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, de 2016 (FORTALEZA, 2016).

O documento teve como um de seus consultores Eugênio Vilaça Mendes, principal teórico do Projeto de Planificação da Atenção à Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Foi validado internamente por meio de encontros regionais de saúde bucal com representantes cirurgiões-dentistas de cada Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde foi possível validar a aplicabilidade da Linha Guia, e externamente, por representantes das seguintes instituições: Associação Brasileira de Odontologia do Ceará (ABO-CE), Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE), Sindicato de Odontologia do Ceará, Coordenação Estadual de Saúde Bucal do Ceará, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Universidade Federal do Ceará (UFC).

A Linha Guia orienta a condução dos processos de trabalho a serem seguidos pelos profissionais de saúde da área de odontologia das unidades assistenciais da SMS de Fortaleza. A pontuação obtida no instrumento de estratificação de risco em saúde bucal permite classificar o usuário atendido em um grupo de risco, variando do baixo para o alto risco que possibilitará orientar a construção do plano de cuidado do mesmo e de seu grupo de risco.

Na tabela 1 segue o instrumento selecionado para a presente pesquisa junto às orientações de sua utilização:

Tabela 1 - Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal da Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza, Ceará. 2016

CRITÉRIOS	ESCORES
CRITÉRIO SOCIAL	
Renda familiar: situação de extrema pobreza com inclusão no programa bolsa-família	2
Alfabetização do chefe da família: chefe não alfabetizado, ou seja, não sabe ler nem escrever	2
CRITÉRIO BIOLÓGICO	
Condições crônicas: diabetes, hanseníase, HIV	2
Usuário com necessidade especial	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
CRITÉRIO DE AUTOCUIDADO	
Usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
Usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
Usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
Usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3
CRITÉRIO ODONTOLÓGICO	
RISCO 1 (R1)*	15
RISCO 2 (R2)	5
RISCO 3 (R3)	1

Fonte: Fortaleza (2016).

R1: Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles: - Cárie ativa: mancha branca ativa e tecido amolecido; - Doença periodontal ativa; - Lesão de tecido moles; - Limitações funcionais com comprometimento da mastigação, deglutição, fala; - Comprometimento estético de urgência. *O Risco 1 é subdividido em:

Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie ou exodontias a realizar

Gravidade 2: até 7 elementos com cárie ou exodontias a realizar

Gravidade 3: até 4 elementos com cárie ou exodontias a realizar

R2: Ausência de atividade de doença cárie e lesão de mucosa: - Presença de cálculo.

R3: Ausência de atividade de doença cárie e periodontal, ausência de lesão de mucosa. Sem necessidade de tratamento odontológico, sendo necessário atividade de promoção e prevenção de saúde

Ao final da avaliação, os escores totalizados indicam a estratificação de risco daquele usuário. Escores de 0 a 5 = baixo risco, escores de 6 a 12 = risco intermediário e escores de 16 ou mais escores = alto risco (FORTALEZA, 2016).

De acordo com a estratificação de cada usuário pode ser planejado seu tratamento como sugerido na Tabela 2:

Tabela 2 - Planejamento da estratificação de cada usuário em seu tratamento

Escore	Risco	Sugestão de plano de cuidado
0 a 5 escores	Baixo risco	Tratamento concluído em única consulta, sendo indicado uma consulta anual para a execução do seu plano de cuidado, incluindo: - Atividade de Educação em Saúde; - Controle do biofilme dental; - Fluorterapia.
6 a 12 escores	Risco intermediário	Plano de cuidado concluído com 2 consultas em média e sendo indicado retorno semestral para acompanhamento. Plano de cuidado elaborado de acordo com a gravidade da doença:
16 ou + escores	Alto risco	- Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie, necessidade de 5 consultas em média e retorno semestral é indicado; - Gravidade 2: até 7 elementos com cárie, necessidade de 4 consultas em média e retorno semestral é indicado; - Gravidade 3: até 4 elementos com cárie, necessidade de 3 consultas em média e retorno semestral é indicado

Fonte: Fortaleza, 2016.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012 e as orientações dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), tendo sido submetido e aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/HESFA/UFRJ), sob o parecer de número 4.875.388, de 30 de julho de 2021, e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) sob o parecer de número 4.909.244, de 16 de agosto de 2021.

Aos participantes, foi garantido o sigilo dos dados levantados, o anonimato, a gratuidade da participação das atividades propostas e a pesquisadora esteve atenta para evitar possíveis desconfortos/prejuízos decorrentes da pesquisa, não tendo sido relatado nenhum acontecimento vexatório.

Os resultados do estudo foram divulgados em uma apresentação de conclusão de curso aberta ao público.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados seguindo as orientações de Bardin (2011) para a análise de conteúdo, na modalidade análise temática. A análise de conteúdo é um grupo de técnicas de análise das comunicações, no qual são utilizadas formas sistemáticas e concretas para expor o texto das mensagens.

A modalidade análise temática consiste na unidade de significação, que emerge naturalmente do texto a ser analisado e permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença e frequência podem ter significados para o objetivo escolhido. A unidade de significado pode ser recortada em ideias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados (BARDIN, 2011).

Na operacionalização e no tratamento dos dados desta proposta, foram seguidos os seguintes passos: 1) Pré-análise, quando é realizada uma leitura flutuante das falas que constituíram o *corpus* do estudo e a posterior reformulação das hipóteses e objetivos; 2) Exploração do material, a partir do qual foram gerados os núcleos de sentido – a categorização propriamente dita–, e 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, sendo que no presente estudo, optou-se por uma abordagem que trabalha com significados em lugar de se investir em inferências estatísticas (BARDIN, 2011).

Inicialmente, a pesquisadora responsável transcreveu o áudio dos grupos focais iniciais A e B. Depois, o áudio do grupo final C. As falas foram escritas no processador de textos *Word*®, da Microsoft Office.

Depois, com as falas impressas e em mãos, a pesquisadora realizou a primeira leitura de todo o material, tendo o primeiro contato com os dados coletados. Feito isso, foram realizadas novas leituras do material.

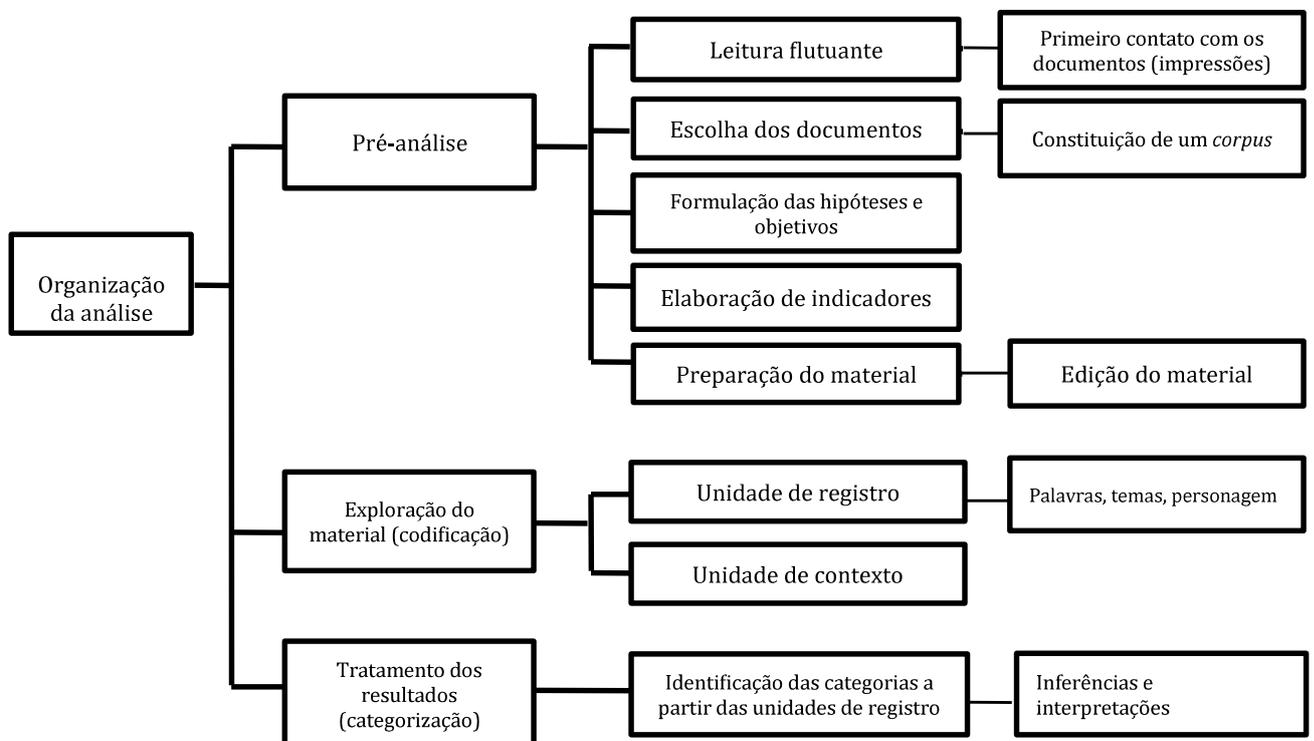
De modo a possibilitar a identificação das categorias que emergiam através das falas dos participantes, foi feita uma densa revisão da literatura, a leitura exaustiva das transcrições

dos grupos focais (falas) somadas à vivência profissional da pesquisadora na temática.

Com as falas impressas, a pesquisadora sinalizou manualmente ao lado de cada uma delas a respectiva categoria que emergia durante as leituras. Entretanto, dos grupos A e B, foram elencadas para a análise dos dados somente as categorias que mais apareceram ao longo do material coletado, sendo elas: *modelo centrado na pessoa, integralidade, acolhimento, vínculo, acesso, modelo biomédico, profissionalização da Odontologia, educação em saúde, rede de serviços e condições de trabalho*. Estas serão trabalhadas nos resultados e na discussão com base na literatura e na experiência profissional da pesquisadora responsável.

O grupo focal final - grupo C - feito após a utilização do instrumento pelas equipes de saúde bucal, possibilitou o levantamento das fortalezas e os desafios de sua implementação nas práticas dos profissionais. A facilidade das perguntas, a possibilidade de contextualização do usuário no seu meio e o favorecimento do trabalho em equipe foram pontos positivos sinalizados. Por outro lado, a falta de infraestrutura na unidade de saúde, a necessidade de privacidade, o tamanho do questionário, a aplicação em demanda espontânea bem como o cenário pandêmico foram entraves a um melhor uso do instrumento.

Figura 1 - Fluxograma da análise de dados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011)



Fonte: Bardin, 2011.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos focais foram realizados em um cenário de aumento do número de casos e de óbitos por COVID-19, doença pandêmica, de caráter viral, transmitida principalmente pelo contato direto entre as pessoas. A tensão do momento vivenciado somada à necessidade de atuação dos profissionais das unidades básicas de saúde no atendimento e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados da doença tiveram interferência direta nos processos de trabalho das equipes e consequente interferência na coleta de dados para essa pesquisa. Em vista disso, observou-se a importância de caracterizar o cenário epidemiológico do período de ocorrência do estudo.

As epidemias são relatadas desde a Antiguidade e Idade Média, intensificando-se nos períodos de transição entre os modos de produção e nos momentos de crise social. As “pestes” como varíola, peste negra, malária, cólera, tifo, sarampo, tuberculose, febre amarela, AIDS, gripe espanhola, gripe H1N1, entre outras, assumiram proporções devastadoras independente da época em que ocorreram. Investigações sobre estas demonstram que possuem em sua essência distúrbios sociais, políticos e econômicos mais do que biológicos, refletindo um desajuste social e cultural (BARATA, 1987).

Nesse contexto, destaca-se a primeira epidemia do século XXI, a “Síndrome Respiratória Aguda Grave”, SARS, associada ao coronavírus (SARS-CoV), como uma doença respiratória que surgiu na Ásia, em fevereiro de 2003, e se espalhou por países da América do Norte, do Sul e Europa, antes de ser contida. Teve como grupos de alto risco idosos, pessoas imunossuprimidas e portadores de doenças crônicas. Transmitida principalmente por gotículas respiratórias no contato pessoa a pessoa, o foco de seu controle e prevenção incluiu vigilância e detecção precoce, higiene adequada e cuidados com contato com fluidos corporais infectados (WHO, 2019, 2020).

Em dezembro de 2019, um novo vírus da família dos coronavírus, o SARS-CoV-2, surgiu em Wuhan, na província de Hubei, na China. Batizada pela OMS de COVID-19 (do inglês: *Coronavirus Disease*), a doença infecciosa causada pelo novo vírus espalhou-se rapidamente em nível mundial, sendo classificada como emergência em saúde pública, e logo depois, em *pandemia* (PRATI et al., 2020).

Pelo fato do vírus acometer as vias aéreas superiores, a transmissão dos coronavírus atingiu em especial o campo da Odontologia. Por estarem em contato próximo à face dos pacientes, à inalação dos aerossóis em suspensão no ar bem como aos fluidos corporais

(sangue, saliva, secreções purulentas) deixados nas superfícies dos ambientes, os cirurgiões-dentistas tiveram orientações em nível mundial de interrupção dos atendimentos eletivos, com atendimento voltado somente para os casos de urgência/emergência, que colocassem em risco a vida do paciente (OMS, 2021; PENG et al., 2020).

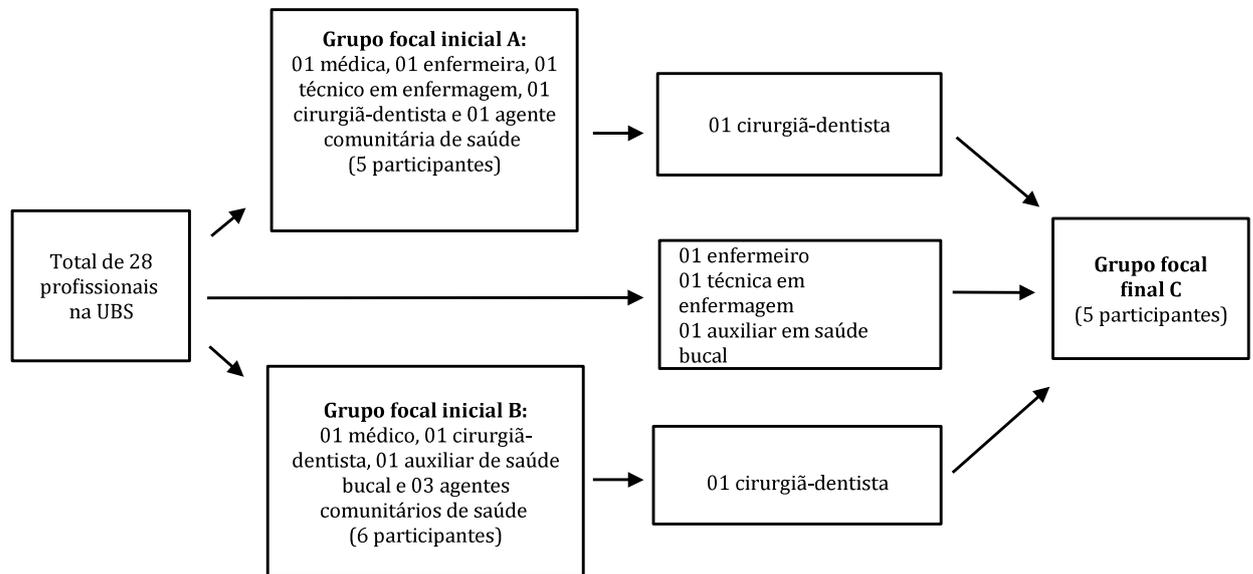
Desse modo, o presente estudo foi diretamente atingido nesse cenário pandêmico, em especial, por ocorrer durante períodos de surto da doença e estar voltado para o campo da Odontologia. Também deve ser sinalizado que o estudo se deu em unidade básica de saúde com profissionais de saúde atuando diretamente no enfrentamento da doença - a *linha de frente*.

A pesquisa contou com 14 profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal a elas vinculadas, do Centro Municipal de Saúde Rodolpho Perisé, localizado no Vidigal, no município do Rio de Janeiro. A unidade de saúde é composta por 03 equipes de saúde da família e 02 equipes de saúde bucal, perfazendo um total de 28 profissionais.

O grupo A conteve 05 participantes e o B, 06. O primeiro foi formado por 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 cirurgiã-dentista e 01 agente comunitária de saúde. A ASB estava voltada para apoio do atendimento a casos suspeitos de COVID-19. O grupo B conteve 01 médico, 01 cirurgiã-dentista, 01 ASB e 03 agentes comunitários de saúde. Os enfermeiros presentes no turno não puderam participar por questões relacionadas ao processo de trabalho e cenário de pandemia.

Para a discussão final, foi realizado o grupo focal C, compreendendo 05 participantes, dentre eles: 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar em saúde bucal e 02 cirurgiãs-dentistas. Nesse dia, a gestora da unidade de saúde estava voltada para trabalho externo à unidade de saúde o que possivelmente interferiu na participação das demais categorias, como a médica e a dos agentes comunitários de saúde. Entretanto, tal fato não interferiu nos resultados, visto que o momento foi de apresentação de dados pelos profissionais de saúde bucal.

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos participantes para os grupos focais iniciais A e B e final C.



Fonte: A própria autora.

Quanto à metodologia utilizada, foram realizados grupos focais para a coleta de dados. Estes envolveram atividades de dinâmicas de grupo de modo a estimular a participação e a interação entre os participantes para o desenvolvimento das discussões sobre o tema apresentado. Para tanto, eles seguiram roteiros (Apêndices A e B) traçados previamente a sua realização.

A primeira atividade realizada nos grupos focais iniciais foi a *brainstorming* ou chuva de ideias. Os termos expressados pelos profissionais em relação às necessidades de saúde bucal foram:

- Grupo focal A - dor de dente, cárie, rosto inchado, medicação, dente mole, sangramento, bafo, gengiva inchada, escovação, fio dental, orientação, extração; e
- Grupo focal B - higiene, orientação, conhecer a realidade, alimentação, amamentação, educação, acesso à água tratada, material para trabalho (equipamentos).

As palavras dor de dente, cárie, rosto inchado, medicação, dente mole, sangramento, bafo, gengiva inchada, extração e material para trabalho, no sentido de equipamentos, remetem ao modelo de atenção biomédico, que tem caráter curativista, biologicista, medicamentoso e mutilador, baseado no atendimento queixa-conduta e centrado nas doenças.

Por outro lado, os termos escovação, fio dental, orientação, higiene, conhecer a realidade, alimentação, amamentação, educação e acesso à água tratada se referem ao modelo centrado no usuário, de caráter preventivo e promotor de saúde, no qual a evolução para um estado de doença é considerada um processo social.

Como segunda atividade, foi realizada a leitura de um caso clínico fictício baseado em casos reais da APS. Foi utilizado como técnica para ativar na memória dos participantes os acontecimentos presenciados/vivenciados no seu dia a dia.

Logo depois, foram apresentadas aos participantes algumas fotografias (Apêndice A) com registros de diferentes agravos em saúde bucal em diferentes estágios clínicos – necessidades de saúde bucal. Comentários, relatos, dúvidas e sugestões surgiam a cada fotografia mostrada. Notou-se que as imagens foram fundamentais para embasar e fortalecer as discussões.

Durante a análise de dados, diferentes categorias foram evidenciadas por meio das falas dos participantes dos grupos focais. Foram selecionadas para discussão as que mais apareciam, como: *modelo centrado na pessoa, integralidade, acolhimento, vínculo, acesso, modelo biomédico, profissionalização da Odontologia, educação em saúde, rede de serviços e condições de trabalho.*

O atendimento dos profissionais mostrou-se centrado no usuário e nas suas necessidades individuais ao considerar as respectivas condições de saúde, como a diabetes vista na fala abaixo. Desse modo, os profissionais constroem o cuidado em saúde segundo a perspectiva da integralidade na qual o sujeito é visto como um todo, um ser constituído por partes biológicas inseparáveis umas das outras, compreendendo que as condições sistêmicas influenciam diretamente nas condições de saúde bucal e vice-versa. Nesse contexto, foram identificadas as categorias *modelo centrado na pessoa e integralidade.*

Participante Cirurgiã-dentista

“Você diz um cuidado interprofissional, né? E a gente busca isso. A gente tem um caso aqui que é de uma usuária que veio no início de janeiro com histórico de sangramento. Fez uma exodontia no privado. Aí a gente pediu vaga zero (internação hospitalar). Não conseguiu nada. Depois retornou. A gente falou: - Olha não faz mais extração em lugar nenhum! Ela fez. E aí, hoje, essa paciente está no Hospital do Fundão. Ela acabou pegando COVID lá no Fundão. E a gente descobriu que ela tinha uma doença de base, diabetes. Ela tem uma necrose, com comunicação bucosinusal, e a ferida não fecha de jeito nenhum!” (Galinha, Grupo Focal A)

Na década de 70, o médico e psicanalista Michael Balint utilizou o termo “medicina

centrada no paciente” em contraponto ao modelo biomédico que vigorava na época. Balint ressignificava o saber médico ao incluir a família, o contexto de vida do paciente, o ambiente e a construção de vínculo. A partir de então, surge uma nova abordagem médica constituindo um método clínico, de escuta qualificada, objetivando um atendimento integral do indivíduo, e buscando construir em conjunto um plano terapêutico e estimular a autonomia da pessoa na produção de sua saúde (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Dentre os diversos pesquisadores que buscaram substituir o método clínico com base nas teorias de Balint, ganhou destaque na medicina brasileira a equipe de Moira Stewart que recomendou o método clínico centrado na pessoa (MCCP). Esse, por sua vez, apresenta quatro componentes interativos do atendimento, sendo eles (CASTRO, 2015; BARBOSA; RIBEIRO, 2016):

1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença;
2. Entender a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto);
3. Encontrar um terreno em comum;
4. Intensificar o relacionamento entre paciente e médico.

O primeiro componente considera a diferença entre a doença e o adoecimento, na qual a doença tenta explicar o problema de forma objetiva e o adoecimento seria uma experiência pessoal e subjetiva. Logo, na consulta, deve ser realizada uma abordagem do adoecimento objetivando investigar os sentimentos do paciente diante da doença, suas ideias em relação as suas angústias, as implicações nas suas atividades diárias e as suas expectativas em relação ao tratamento e à cura (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

No segundo componente, o médico deve fazer uma avaliação integral de seu paciente. Para isso, torna-se relevante entender sua história de saúde pregressa, seus hábitos e costumes, suas crenças, suas relações interpessoais, o contexto ambiental em que o paciente está inserido, quais as condições de moradia, de saneamento básico, sua dinâmica familiar e o seu contexto econômico (BARBOSA, RIBEIRO, 2016).

O terceiro componente propõe que médico e paciente entrem em comum acordo sobre as metas do plano de tratamento e elaborem conjuntamente o manejo dos problemas. A importância dada aos conhecimentos e experiências do paciente estimula-o a ser proativo e protagonista de seu cuidado (BARBOSA, RIBEIRO, 2016).

O quarto e último componente compreende a relevância de se fortalecer a relação médico-paciente que deve ser construída desde o início do atendimento e ser aprimorada ao longo do tempo. Envolve empatia, compaixão, parceria e compartilhamento de poder (BARBOSA, RIBEIRO, 2016).

Para a Política Nacional de Atenção Básica, o modelo de cuidado centrado na pessoa consiste no:

desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena (BRASIL, 2017, p.6)

Com a implementação do SUS e da Estratégia Saúde da Família, o modelo biomédico no Brasil tende a ser substituído pelo modelo centrado na pessoa produzido por uma equipe multiprofissional. Entretanto, para mudar o paradigma é preciso um grande investimento na formação dos profissionais de saúde sob essa nova perspectiva de cuidado.

Já a categoria *integralidade* apresenta variados sentidos na literatura no que concerne à gestão do cuidado em saúde.

Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade reúne 3 conjuntos de sentidos: um traço da boa medicina, o modo de organizar as práticas e as respostas governamentais a problemas específicos de saúde. O primeiro conjunto seria a forma como o profissional deve responder ao sofrimento do usuário que busca os serviços de saúde, sem reduzi-lo ao sistema biológico, devendo este conversar para entender o que está implícito nas demandas que chegam. O segundo conjunto implicaria na horizontalização dos programas criados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação existente nas unidades de saúde. E, por último, estaria a integralidade como política de saúde, envolvendo práticas preventivas e assistenciais, desenhada para grupos de risco específicos respondendo a um determinado problema de saúde.

De acordo com a lei nº8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a integralidade da assistência constitui “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Supõe-se que o cuidado integral perpassa os diversos níveis e serviços do SUS.

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica conceitua o princípio da integralidade como sendo um conjunto de serviços realizados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população nos campos da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, da redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a rede de atenção à saúde na oferta de serviços e o reconhecimento das diferentes necessidades causadoras de doenças e manejo das tecnologias de cuidado existentes (BRASIL, 2017).

Gozar de boas condições de vida, ter direito a todos os tipos de tecnologias de saúde (leves, leves-duras, duras), ter vínculo na relação usuário-equipe de saúde e/ou profissional de saúde e receber estímulo à autonomia no modo de conduzir a própria vida constituem as 04 dimensões das necessidades de saúde segundo a taxonomia de Cecílio e Matsumoto (2006). Ao lado de Stotz (1991), os autores afirmam que as necessidades de saúde dos sujeitos, individuais e coletivos, são construídas social e historicamente, sendo eixo estruturante da discussão da integralidade e das políticas de saúde.

Durante os encontros entre usuário-equipe de saúde e/ou profissional de saúde, uma postura profissional acolhedora pode possibilitar a ocorrência de trocas, do compartilhamento de experiências, de problemas e de soluções. Com isso, promove-se o acesso à saúde e a construção de vínculo é favorecida. Nesse sentido, a categoria *acolhimento* apareceu como sendo um modo de agir necessário a um atendimento resolutivo e de qualidade. Abaixo, segue uma fala sobre a falta de uma postura acolhedora da profissional interferindo na resolutividade do atendimento.

Participante Agente Comunitária de Saúde

“[...] Eu vou dizer por mim mesmo:

Eu cheguei aqui com o rosto desse tamanho!

A médica olhou pra minha cara e falou assim:

- Passa ali na farmácia e compra um advil.

E ela não olhar simplesmente... Ela mandou a auxiliar dela vim falar isso comigo!

Você com dor...eu com a cara desse tamanho!

Fui e comprei o tal do advil. Não adiantou de nada.

Muito bem! Voltei aqui no dia seguinte.”

(Baleia, Grupo Focal A)

Durante muito tempo, o conceito de acolhimento foi visto por duas formas distintas: como uma dimensão espacial, restringindo-se a uma recepção administrativa ou como uma

ação de triagem dos usuários, estando o acesso organizado por meio de filas por ordem de chegada (BRASIL, 2010).

Com a proposta de humanização dos serviços pela Política Nacional de Humanização, o acolhimento passou a ser entendido como um meio de produzir saúde, constituindo uma ferramenta de escuta, de construção de vínculo, de garantia do acesso, de responsabilização do usuário, com resolutividade dos atendimentos (BRASIL, 2010).

Na Política Nacional de Atenção Básica, o acolhimento é considerado uma postura devendo estar presente nas relações de cuidado e nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários. Tem como foco a escuta ativa desses de modo a identificar e legitimar as suas necessidades (BRASIL, 2017).

Segundo Teixeira (2007), o acolhimento quando observado do ponto de vista “comunicacional”, utiliza a conversa como a força-motriz das atividades dos serviços de saúde. Desse modo, a rede tecno-assistencial do serviço pode ser comparada a uma rede de conversações, onde cada nó nessa rede corresponde a um encontro entre sujeitos, um momento de conversa. Nesses encontros ocorre uma negociação permanente das necessidades dos sujeitos a serem satisfeitas e são neles que se decidem a trajetória necessária de cada usuário dentro do serviço. Portanto, o acolhimento está presente em todos os lugares, promovendo interligações e fazendo com que tudo se mova, não se limitando a um espaço físico ou a um profissional.

Para Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento e o vínculo tornam possível a materialização da integralidade, da universalização e da equidade. Para as autoras, a integralidade está no encontro, na conversa, na atitude do profissional, se materializando na resolutividade da equipe e dos serviços.

A categoria *vínculo* mostrou relevância tanto na relação trabalhador-usuário quanto na relação trabalhador-trabalhador. Em relação à primeira, o vínculo foi exemplificado nos relatos como sendo um componente de uma postura acolhedora e consequência da responsabilização e da empatia do profissional com o usuário.

Participante Técnico de Enfermagem

“Quantas vezes o paciente desiste mas a gente que é o profissional, que tá do lado do paciente, a gente não quer desistir porque a gente sabe o que vai acontecer [...] E, às vezes, por mais que a gente oriente como vai ser a situação, mostre como vai ficar se ele não cuidar, ele não tá ligando, entendeu? Mas a gente sabe o que vai acontecer, vai ser muito pior pra ele, vai ser doloroso, entende? E aí entra um pouco da nossa empatia com o próximo.” (Coelho, Grupo Focal A).

Quanto a relação trabalhador-trabalhador, a fluidez na comunicação entre os profissionais se destacou como facilitadora das relações interpessoais possibilitando a construção de vínculo e do trabalho em equipe.

Participante Médica

“Eu não sei se é por aqui ser um lugar pequeno mas eu acho que a equipe toda se comunica muito, não só pessoalmente como também pra questão de trabalho. Eu acho que isso facilita.”[...] “...Da troca frequente de profissional acabou que a maior parte dos pacientes e ACSs viraram da unidade. A gente não tem muito uma questão de equipe que é ruim pra umas coisas e boa pra outras. E eu acho que depois a gente pode até voltar a ter equipe mas manter esse vínculo (rsrs).”

(Foca, Grupo Focal A)

De acordo com a PNAB, é atribuição de todo profissional de saúde da Atenção Básica acolher o usuário, responsabilizar-se pela continuidade do seu cuidado e viabilizar o estabelecimento de vínculo, sendo esse essencial para garantir a longitudinalidade do tratamento, evitar a perda de referências e diminuir os riscos de iatrogenias (BRASIL, 2017). A política afirma ainda que o “vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012b).

Historicamente, na organização da micropolítica do trabalho em saúde o modelo biomédico esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, onde o saber médico estruturava o trabalho em consultas, exames, medicamentos e procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003).

Com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004c), as relações entre profissional de saúde e usuário foram transformadas. A abordagem do usuário enquanto sujeito ativo, produtor de saúde e protagonista de atos cuidadores que geram autonomia, propõe o rompimento das relações hierárquicas de poder existentes promotoras de tensão nos encontros. Para Merhy e Franco (2003), trata-se do uso de tecnologia leve na produção do cuidado.

Não menos importante está o vínculo entre os profissionais de uma mesma equipe ou entre diferentes equipes. Os diferentes saberes levam à verticalização nas relações interpessoais, entretanto, o reconhecimento da importância do trabalho do outro promove maior colaboração entre as pessoas, e conseqüentemente, maior efetividade na prestação do serviço (THOFEHRN.; LEOPARDI, 2006).

Relações humanas mais harmoniosas tendem a transformar o cotidiano por meio da motivação, do comprometimento e da dinamicidade. O vínculo pode agir na subjetividade existente no trabalho, proporcionando alívio das dificuldades, do desgaste físico e do sofrimento presente nas atividades normativas e rotineiras, tornando o ambiente de atuação um espaço onde é produzido também satisfação, prazer e alegria em prol de um coletivo (THOFEHRN.; LEOPARDI, 2006).

A categoria *acesso* à saúde bucal foi detectada durante a leitura dos relatos sobre a realização dos testes para detecção de COVID-19 via coleta com *swab* oral feitos pelas cirurgiãs-dentistas. No momento da coleta do material biológico, as profissionais forneciam orientações de higiene oral, entregavam kits odontológicos (escova, creme e fio dentais), agendavam e/ou encaminhavam para tratamento clínico quando era necessário.

Participante Médica

“Mas acho que aqui tá sendo muito aproveitado porque como as dentistas tão fazendo a gestão da COVID, quando elas vão fazer o teste elas já começam a falar da boca (risos coletivos). Eu fico ouvindo lá de trás: - Tá cheio de cárie! Tem que escovar! Aí já dá o kit (escova, fio e creme dental), já vai fazendo, já orienta e aí tá sendo a oportunidade de fazer.” (Foca, Grupo Focal A)

Um dos princípios do SUS é a universalidade, caracterizada pelo acesso universal, ou seja, sem distinção de pessoas, sendo a APS considerada a porta de entrada e preferencial da RAS para o primeiro contato do usuário com o sistema. O usuário deve ser acolhido e deve haver uma atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2017).

No referido contexto, ao detectarem problemas de saúde bucal nos pacientes em teste para COVID-19, as cirurgiãs-dentistas intervieram em uma necessidade de saúde identificada.

Embora a Odontologia tenha sido o campo mais afetado pela doença pandêmica, em vista da transmissão dessa por meio das gotículas e aerossóis de pessoa a pessoa e de forma indireta, através da inalação dos aerossóis produzidos durante os atendimentos nos consultórios odontológicos, verifica-se um novo modo de agir em saúde para além das cadeiras odontológicas, da tecnologia dura, símbolo marcante do cuidado e dos serviços de saúde bucal.

Oferecer acesso em saúde bucal, por meio de exame clínico seguido de educação em saúde, acompanhado de fornecimento de insumos básicos para os cuidados pessoais do sujeito, é utilizar de tecnologia leve no trabalho em saúde. As cirurgiãs-dentistas foram além

da realização dos testes clínicos-laboratoriais, necessários e prioritários no referido contexto, e fizeram um acolhimento com base no entendimento do usuário como um sujeito integral e centro da atenção à saúde. Identifica-se uma Odontologia que supera o âmbito clínico-cirúrgico e se destaca na promoção da saúde bucal de uma coletividade.

Todavia, foi identificado que os profissionais da APS se encontram constantemente em disputa com o *modelo biomédico* para a construção do cuidado em saúde. Esse é caracterizado pela busca dos serviços somente em caso de dor, focado na doença e em seu viés biologicista, tecnicista.

Participante Enfermeira

“E às vezes, assim, principalmente gestante, você fala:

-Ah, agora vou te encaminhar pra saúde bucal!

-Ah, mas eu não tô sentindo nada!

E quando você encaminha pra saúde bucal, volta na outra consulta e a gente pergunta:

- Te encaminhei... passou na dentista?

- Passei! Ela agendou uma nova consulta.

Aí eu fico assim... a mesma gestante que falou que não tinha nada! Então assim, como eles tem essa visão de que precisa ter alguma coisa pra ir no dentista.” **(Tigresa, Grupo Focal A)**

Segundo Capra (1982), a ciência ocidental se desenvolveu com base na biologia aliada à medicina. Desse modo, a biologia ao estabelecer uma visão mecanicista da vida influenciou o pensamento médico originando o modelo biomédico. Esse reduziu o paciente a uma máquina, podendo ser dividido em partes menores, afastando a visão do ser humano ali existente e deixando a saúde limitada a um processo de cura.

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 1982, p. 103)

A saúde e a cura apresentam conceitos diferentes conforme a época. Antes de Descartes, grande parte dos terapeutas fazia uma abordagem de corpo e de mente, considerando a interação do homem em seu meio social e espiritual. Com a revolução cartesiana, corpo e mente foram separados levando os médicos a negligenciarem os aspectos psicólogos, ambientais e sociais das doenças (CAPRA, 1982).

O avanço da medicina moderna no início do século XIX teve como base a biologia

celular. Em outra linha, Louis Pasteur definia a correlação entre bactéria e doença fundando a teoria microbiana da doença, reforçada por Robert Koch. Junto a isso, diversas epidemias eclodiam na Europa favorecendo o conceito de etiologia-específica (CAPRA, 1982).

Porém, a maior parte dos pesquisadores da saúde pública não acreditava na teoria microbiana das doenças associando a origem dessas à desnutrição, à pobreza e às sujeiras. Então realizaram grandes campanhas de saúde pública que levaram à melhoria das condições de higiene pessoal, nutrição e de saneamento básico, todas fortemente eficazes no controle de doenças infecciosas. Viu-se que a saúde do ser humano era determinada pelo comportamento, pela alimentação e pelo seu meio ambiente (CAPRA, 1982).

Com a industrialização e as mudanças epidemiológicas decorrentes do desenvolvimento econômico e social no século XX, principalmente nos países desenvolvidos, as doenças crônicas e degenerativas assumiram papel de destaque na discussão de saúde e de cura. O modelo biomédico já não atendia mais as expectativas dos médicos nem da população. Entretanto, ele é coletivamente aceito e enraizado na nossa cultura, sendo o modelo popular dominante de doença (CAPRA, 1982; FORATTINI, 2000).

No campo da saúde bucal, o modelo biomédico foi a base da formação dos profissionais cirurgiões-dentistas e da demanda pelos serviços odontológicos ao longo da história. Isso faz com que esse tipo de modelo esteja em constante disputa com modelo centrado na pessoa. Nesse contexto, foi detectada a categoria *profissionalização da Odontologia*.

Participante Cirurgiã-dentista

“Como a odontologia não tinha essa questão muito resolutiveira na questão de restaurações, a maioria da população era pra extração. Então ficava a doença à própria sorte até a mutilação. Então, nisso há uma perpetuação, porque ainda é muito nova a inserção da odontologia na Atenção Primária com essas características de universalização, de acesso, de equidade... Então, eu sempre falo: a odontologia se socializou talvez com 50 anos de atraso em relação às demais categorias profissionais [...] Talvez seja aí que a gente tenha essa carência toda das pessoas, né?” (Galinha, Grupo focal A)

Participante Enfermeira

“É... a procura da unidade é muito quando tá com um problema agudizado no momento ou uma questão que já venha arrastada, que precisa dessa avaliação, mas pra orientação em si, pelo menos na triagem, a gente não tá pegando muito aqui na unidade.” (Tigresa, Grupo Focal A)

Participante Agente Comunitária de Saúde

“Porque acha que a dentição tá boa, não acha que tá com cárie. Escova o dente todo dia. Tá com uma cárie lá e não sabe. Começa a doer e procura o dentista.” (Mulher-maravilha, Grupo Focal B)

Ao longo da formação da profissão do Cirurgião-dentista, com essência mutiladora, formou-se uma demanda específica por extração dentária que proporcionava uma cura cirúrgica e medicamentosa da dor e do sofrimento provocados pelas doenças bucais. Como grande parcela da população não tinha acesso aos serviços de saúde bucal, predominantemente pagos, a busca por atendimento se dava em situações pontuais com base em respostas imediatas e definitivas (MOYSÉS, 2012; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A profissão do Cirurgião-dentista bem como a demanda populacional por seus serviços foram moldadas ao longo da história de acordo com as mudanças trazidas à economia, à sociedade e à política pelo sistema de produção capitalista, fazendo com que a população ainda busque os serviços somente em caso de dor/doença. Desde os primórdios da profissão, a mutilação estabeleceu-se como o pilar para o sucesso da cura dos principais agravos bucais.

Durante o período colonial, o Brasil enquanto colônia de Portugal teve destaque com sua economia centrada na produção de cana-de-açúcar, fazendo do açúcar um produto farto e de fácil disponibilidade à população devido ao seu baixo custo. Cabe destacar que o carboidrato atua como substrato para bactérias patogênicas causadoras da doença cárie na cavidade bucal. Assim, o consumo de açúcar assumiu, e ainda assume, significativa repercussão epidemiológica na saúde bucal da população brasileira (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Na época, índios e negros praticavam ritos contra o sofrimento e dor de origem dentária utilizando ervas, rezas e instrumentos rudimentares. Chegavam de Portugal os mestres-cirurgiões e barbeiros que “curavam de cirurgia, sangravam e tiravam os dentes” (SALLES-CUNHA, 1963 apud NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 76).

Com a chegada da família real no país, em 1808, houve organização das atividades profissionais na área da saúde. Em 1811, foi expedida a primeira “Carta de Dentista” para um português, Pedro Martins de Moura, autorizando-o a tirar dentes, sem fazer menção a qualquer outro procedimento (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Somente no ano de 1856, que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro instituiu um exame de habilitação para os dentistas poderem exercer a profissão. Em 25 de outubro de 1884, o decreto 9.311 criou os cursos de Odontologia nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Entre dentistas oficialmente formados e os práticos (praticantes informais da arte dentária) competiam pelo mercado: o barbeiro, o sangrador, o dentista e o cirurgião. Com a regulamentação das profissões no país, principalmente após a proclamação da

república, os profissionais seguiram diferentes rumos, e a partir de 1934, a odontologia não poderia mais ser exercida por quem não fosse diplomado no Brasil (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

No cenário internacional, a industrialização permitiu a expansão do mercado em nível mundial, o desenvolvimento tecnológico, uma produção em larga escala e o crescimento das cidades (urbanização). A fase do capitalismo industrial predominou nos séculos XVIII e XIX sendo caracterizada pelo liberalismo econômico o qual orientava a regulação do mercado com base na lei da oferta e da procura – livre mercado – e na competitividade, defendendo a não-intervenção estatal na economia (BEZERRA, 2021).

Nesse cenário, as escolas médicas eram abertas sem a fiscalização do estado. Irregularidades na formação médica levaram a Carnegie Foundation a solicitar um estudo detalhado sobre os problemas e as dificuldades enfrentadas por aquelas escolas nos EUA e no Canadá. O documento foi elaborado por Abraham Flexner, ficando conhecido como *Relatório de Flexner*, e serviu de base para a maior reforma na formação médica da história. Em 1920, o mesmo ocorreria com a Odontologia, com William Gies, que construiu o *Relatório de Gies* atendendo a mesma instituição (NARVAI; FRAZÃO, 2008; PAGLIOSA; ROS, 2008).

A partir de então, os EUA passaram a adotar práticas odontológicas fundamentadas nas ciências biológicas e clínicas, com progressiva agregação tecnológica com especialização precoce e práticas curativo-cirúrgicas voltadas para a intervenção de doenças, elegendo o mercado privado como locus privilegiado para a profissão. Surgia o modelo biomédico na odontologia, denominado por Narvai e Frazão (2008) como ‘odontologia de mercado’¹⁰.

A dependência econômica e política do Brasil em relação aos norte-americanos fez estas transformações das práticas em saúde influenciarem diretamente na formação odontológica do país.

O acentuado crescimento econômico promovido pela expansão do capitalismo no Brasil provocou o aumento do número de cursos de odontologia, levando ao consequente aumento de cirurgiões-dentistas formados. Esse fato possibilitou a formação de uma nova categoria profissional (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A grande quantidade de profissionais por número de habitantes, somada ao avanço econômico de caráter capitalista, manteve a odontologia de mercado presente tanto nas

10 **Odontologia de mercado:** modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil, no qual as condições de saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada às pessoas mediante pagamento direto ou indireto pelos serviços clínico-cirúrgicos realizados. Tais ações têm valor de troca e o preço de cada serviço deve ser definido de acordo com as regras de funcionamento do mercado (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 57).

clínicas odontológicas particulares quanto no sistema previdenciário, o qual oferecia aos seus contribuintes serviços pontuais, de caráter mutilador e de pronto atendimento, com foco na manutenção da força de trabalho para o sistema de produção, formando uma demanda específica por extrações dentárias na classe trabalhadora (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A mutilação atendia às sequelas dos dois principais agravos em saúde bucal: a doença cárie e a doença periodontal. Importante considerar que ambas são preveníveis e evitáveis com hábitos diários de escovação dentária e uso de fio dental. Ao falar em hábitos e prevenção de doenças, deve-se considerar o papel da educação em saúde na mudança comportamental e na promoção da saúde. Nesse sentido, foi detectada a categoria *educação em saúde*.

Os relatos abaixo revelam o quanto a educação em saúde pode interferir no cotidiano dos sujeitos e de suas famílias por meio de noções de autocuidado em saúde, possibilitando mudanças nos hábitos pessoais e familiares que geram uma melhor qualidade de vida. Mostram a família como a primeira rede de cuidado em saúde dos sujeitos e que os hábitos se perpetuam por diferentes gerações, o que fortalece a composição da cultura local.

Participante Médica

“Eu já peguei gente aqui que nunca, nunca, escovou o dente na vida! Nunca! Tipo assim: eu acho que ela não tem noção da importância que aquilo ali tem.” (Foca, Grupo Focal A)

Participante Agente Comunitária de Saúde

“De geração pra geração não foi passado!” (Baleia, Grupo Focal A)

Participante Cirurgiã-dentista

“Eu vejo assim: quanto menor a criança, menos se tem esse hábito de escovar por conta de educação e orientação em saúde mesmo (...) Geralmente, mães que são mães de primeira viagem não sabem o quanto é expressivo começar a higienizar a boca da criança. Então, eu já peguei várias vezes criança que a mãe faz, sei lá, uma vez por semana. A criança tá com dente, já tá comendo e fazendo uma vez por semana.” (Mística, Grupo Focal B)

A industrialização possibilitou o avanço do capitalismo e o crescimento da urbanização, atingindo com isso os hábitos alimentares. A evolução da ciência e da tecnologia promoveram uma alimentação modernizada com necessidade de adaptação ao estilo de vida dos sujeitos nas cidades em crescimento. A facilitação do preparo dos alimentos, com incrementação de produtos processados ricos em açúcares e gorduras, foi necessária em virtude do ritmo acelerado e da escassez de tempo característico da vida nos grandes centros urbanos (FRANCA et al., 2012). Em contrapartida, o hábito de ingerir alimentos

industrializados é um dos responsáveis pelo aumento da obesidade, da diabetes, da hipertensão, de cardiopatias e de cárie na população.

O acometimento da cárie de forma global fez dessa doença um problema de Saúde Pública em nível mundial. Um problema de saúde é considerado um problema de saúde pública quando constitui causa comum de morbidade ou mortalidade; existem métodos eficazes de prevenção e de controle, e esses métodos não estão sendo adequadamente utilizados (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A cárie é universalmente reconhecida como uma doença multifatorial que depende diretamente da interação entre os fatores suscetibilidade do sujeito, microrganismo, dieta e tempo. Biologicamente, a cárie é o resultado do desequilíbrio no processo natural de desmineralização-rem mineralização do meio bucal (des-re), o que possibilita o desenvolvimento de lesões na estrutura dentária. Esse equilíbrio físico-químico é mantido pela capacidade tampão da saliva (LIMA, 2007).

Um dos principais microrganismos envolvidos na formação da doença é a bactéria *Streptococcus mutans* e estudos revelam que somente sua presença na placa bacteriana não é suficiente para o desenvolvimento da cárie. Todavia, sua participação é indispensável sendo a lesão de cárie provocada pela produção de ácido oriundo da metabolização bacteriana de carboidratos e consequente desmineralização do esmalte dentário.

Verifica-se que a dieta alimentar é um dos mais importantes dos fatores. A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de substratos para os microrganismos participarem da produção de ácidos orgânicos responsáveis pela desmineralização dentária (LIMA, 2007). Quanto mais frequente o carboidrato estiver no meio bucal, maiores serão as dificuldades do hospedeiro em remineralizar o dente, interrompendo o processo bioquímico da des-re. Logo, é necessário um controle da presença de carboidratos na cavidade bucal por meio da higienização com a escovação dentária e o uso de fio dental aliados a um consumo moderado desses alimentos, fator primordial na prevenção de importantes doenças sistêmicas.

Depois da cárie, a doença periodontal assume o segundo lugar entre os principais agravos da saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2012c; NARVAI; FRAZÃO, 2008). O mais importante a ser considerado é que ambas as doenças são preveníveis e evitáveis por escovação dentária e uso de fio dental diariamente. Em vista disso, torna-se fundamental para a prevenção dessas doenças e promoção da saúde que as práticas das equipes estejam voltadas para a educação em saúde e orientação da população.

A educação em saúde voltada para uma abordagem do desenvolvimento social das comunidades é fruto do movimento mundial em defesa da Atenção Primária à Saúde que ganhava força em 1970. Questionava-se a manutenção do estado de bem-estar social oriundo da crise do sistema capitalista norte-americano que levou o Estado a assumir o protagonismo na promoção e na manutenção do bem-estar da sociedade de seu país (ALMEIDA, 1995).

No Brasil, configurava-se o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira:

Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos [...] A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011, p. 18).

Na época, o cenário mundial era predominado por governos social-democratas nos países europeus, quando em 1973, o médico Halfdan Mahler assumiu a direção da OMS. O senso de justiça social de Mahler somado a sua experiência em saúde pública nos países em desenvolvimento levou a OMS a desenvolver novas abordagens para a intervenção em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por conseguinte, em 1978, foi organizada a primeira Conferência Mundial de Atenção Primária em Alma-Ata, no Cazaquistão. No evento, discutia-se a saúde como um direito humano influenciada também pelos setores sociais e econômicos. O documento gerado, conhecido como Declaração de Alma-Ata, considerava a APS como parte central do sistema de saúde, envolvida no desenvolvimento social e econômico das comunidades, com a função de enfrentar os determinantes de saúde de caráter socioeconômico (BRASIL, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Atenção Primária representaria o primeiro nível de contato com o sistema de saúde integrando um processo permanente de assistência sanitária com prevenção, promoção, cura e reabilitação. Desse modo, a APS se tornou a principal responsável por coordenar o cuidado em saúde dentro do território das comunidades e dentro de uma rede de atenção à saúde organizada em diferentes níveis de densidade tecnológica (BRASIL, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A *rede de serviços* de saúde foi abordada nos grupos focais de duas formas distintas, constituindo uma nova categoria. Identificou-se uma rede hierarquizada, organizada em diferentes níveis de densidade tecnológica, e uma rede multiprofissional na APS, formada pe-

las equipes multiprofissionais de saúde, conforme pode ser visto nas falas abaixo.

Participante Cirurgiã-dentista

“O usuário procura, a gente faz o acolhimento lá em cima, separado (setor de odontologia fica no andar de baixo). Então ele vai entrar pro acolhimento, vai colocar o nome dele e aí a gente vai lá, vai consultar, vê qual a possibilidade... Se for um caso que a gente precisa regular pra um outro nível de atendimento, a gente regula.” (Mística, Grupo Focal B)

Participante Médico

“A rede tá muito sucateada, tá muito sobrecarregada porque nós somos uma equipe reduzida não só aqui na unidade mas em outras unidades, né? Tem que fazer trabalho pra um monte de funcionário... o médico, o enfermeiro, o agente comunitário...também ficou sobrecarregado com a redistribuição das áreas. Foge totalmente daquilo que a gente tem a intenção de trabalhar. A gente ter a intenção e praticar é bem diferente, né? Então, tá bem sucateada e isso leva a um desgaste muito grande tanto do usuário quanto do profissional.” (Thor, Grupo Focal B)

No Brasil, a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece que os níveis de assistência à saúde no país são: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Organizam-se em uma rede horizontal e integrada, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes (BRASIL, 2010b).

A Atenção Primária é responsável pelas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Cabe a ela atender cerca de 85% dos problemas de saúde da população por meio da oferta de um atendimento com base na clínica ampliada. Representa o nível de maior complexidade de todo o sistema uma vez que trata diretamente das mudanças de comportamentos e de hábitos dos sujeitos (MENDES, 2019b, BRASIL, 2022).

A Atenção Especializada é dividida em atenção secundária e terciária, abrangendo os serviços de média e alta complexidade, respectivamente. A média complexidade compreende hospitais com equipamentos para exames avançados como endoscopias, por exemplo, e ambulatorios que possuem especialidades médicas e odontológicas, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). É também nesse nível que se encontra o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende urgências e emergências clínicas em residências e vias públicas. Os casos não solucionados na média complexidade devem ser encaminhados para a alta complexidade. Nesse nível estão os hospitais de grande porte, hospitais universitários e as santas casas (BRASIL, 2022).

O maior objetivo da existência dessa rede é possibilitar o atendimento do usuário de acordo com as suas diferentes necessidades de saúde de modo a garantir a integralidade do cuidado e a equidade.

O termo *rede*, segundo o dicionário online DICIO (2023), possui variadas definições, dentre elas “grupo que trabalha com um mesmo propósito”, o que permitiu com que as equipes multiprofissionais de saúde, nas quais todos trabalham em conjunto, articulando e partilhando entre si ações, planejamento e estratégias, em busca de um objetivo único, fossem caracterizadas como um tipo de rede de serviços de saúde.

Uma vez que há a sobrecarga na APS e os profissionais não conseguem seguir o planejamento traçado, os usuários vão tendo seus problemas de saúde agravados, e por vezes, buscam atendimento especializado, sobrecarregando também os outros pontos da RAS.

Durante as discussões sobre as redes de saúde, foi sinalizada a dificuldade de assegurar um bom atendimento devido às *condições de trabalho*, configurando essa uma nova categoria. Colocou-se como limitação a necessidade do atendimento de muitos usuários por dia feito por um número reduzido de profissionais gerando a sobrecarga desses.

Participante Médico

“São mais de 25 mil usuários pra 3 equipes.” (Thor, Grupo Focal B)

Participante Médica

“E acaba que só fica apagando incêndio, né? Porque cada vez mais você vai ter mais problemas porque você não conseguiu prevenir.”
(Foca, Grupo Focal A)

Isso ocorre devido à última atualização da PNAB, de 2017. Apesar de o documento recomendar que a população adscrita por equipe de Atenção Básica e equipe de Saúde da Família esteja entre 2.000 a 3.500 pessoas, localizadas dentro de seu território, ela permite outros arranjos de adscrição populacional com base nos critérios de vulnerabilidade e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, em conjunto com as equipes de saúde e Conselho Municipal de Saúde, um número maior ou menor do que o recomendado (BRASIL, 2017).

Em relação às equipes de Saúde Bucal, é preconizada a vinculação destas a somente 01 equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica, independente da sua modalidade, I ou II, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe a qual integra (BRASIL, 2017).

Nota-se que flexibilizações na política, em especial para ampliar o acesso aos serviços, por vezes gera o atravessamento dos princípios da integralidade, da continuidade e da longitudinalidade do cuidado em saúde impactando diretamente na resolutividade das equipes e na

qualidade dos atendimentos.

6.1 RESULTADOS APÓS A EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL

Após o período de 05 meses e 20 dias dos encontros iniciais, em 21 de fevereiro de 2022, foi realizado o grupo focal final C. Os profissionais médicos participantes do estudo haviam deixado a unidade de saúde, evidenciando uma alta rotatividade desse profissional.

Nessa etapa, as cirurgiãs-dentistas apresentaram suas experiências no uso do instrumento fornecido pela pesquisa. Cabe sinalizar que as ASB das equipes estavam atuando no auxílio administrativo da pandemia da COVID-19 na unidade em estudo.

Para iniciar a discussão do grupo, a pesquisadora fez um resumo do objetivo da pesquisa, explicou as atividades realizadas nos grupos focais iniciais e levou os resultados obtidos na primeira fase da análise de dados.

Em seguida, a pesquisadora solicitou que as cirurgiãs-dentistas que aplicaram o instrumento em campo expusessem as suas vivências.

Como potencialidade, as profissionais classificaram o instrumento utilizado como fácil de ser trabalhado, composto por questões simples e que, ao mesmo tempo, permitem uma contextualização do indivíduo no meio em que vive, levantando dados como renda e contexto familiar. Entretanto, assinalaram como fragilidade a extensão do questionário, fator que dificultou o seu emprego na correria rotineira das equipes de saúde.

Participante Cirurgiã-dentista

“Eu achei as perguntas fáceis da gente fazer, o questionário não é difícil.” (**Galinha, grupo focal C**)

Participante Cirurgiã-dentista

“O questionário não é super extenso mas ele é extenso pro tempo que eu tenho aqui na minha unidade e com o fluxo que a gente estava, né? Atendimento de COVID (COVID-19) junto com a demanda odontológica, e muitas vezes a gente tem que ser ágil pra também não misturar os pacientes, deixar todo mundo no mesmo ambiente (...). Mas achei um instrumento legal pra contextualizar o socioeconômico, o contexto familiar daquela pessoa, saber ao que ela tem acesso...” (**Mística, Grupo Focal C**)

Outra fragilidade indicada pelas participantes foi a coleta de dados pessoais do usuário sem privacidade. As participantes sugeriram que as perguntas devem ser feitas em um local

seguro para o usuário, com garantia de sua privacidade, deixando este mais à vontade em responder às questões. Consultórios compartilhados, por vezes, inibem uma anamnese mais rica e detalhada, pois os usuários costumam ser moradores do mesmo bairro tendo receio de exporem determinadas informações pessoais.

Participante Cirurgiã-dentista

“(...) E assim, fazer aquelas perguntas como renda familiar, você tem que tá num lugar reservado. Praticamente não consegui fazer nenhuma das vezes num ambiente dito seguro pro usuário, entendeu?” (**Galinha, Grupo focal C**)

Nesse contexto, coube analisar também o uso do instrumento em ações coletivas (grupos), tendo sido sugerido pelas participantes o preenchimento de parte do questionário pelo próprio usuário.

Dentre as potencialidades, foi apontado pela categoria da enfermagem a possibilidade do uso do instrumento pelos agentes comunitários de saúde. Todavia, do ponto de vista do ACS, a questão foi abordada como fragilidade, tendo sido o uso da ferramenta apontado como desvio de função da profissão.

Participante Enfermeiro

“Acho que a descentralização das ações sempre é o caminho mais viável, você desburocratizar. Acho que específico mesmo é o que o Vidigal falou: é dentro do CTI (rsrs). Acho que fora do CTI, todas as ações podem ser descentralizadas. Acho que a fala promoção de saúde deve ser descentralizada. Você não precisa ser expert naquele assunto mas você tem que dominar o que é o básico, né? É notório que nas imagens, a gengiva não tá saudável”[...] Eu falo sobre a importância da descentralização porque nesse local de tribo indígena... Tem locais em que você não necessariamente vai ter aquele profissional lá. Ele vai lá uma vez por mês. É suficiente pra aquele lugar que tem umas 500 pessoas? Não. E se as pessoas que estão na ponta não aprendem, não chega lá. Então, se quem tá ali na ponta levando informação não parar um instante que seja pra ler, pelo menos pra falar o que basicamente vai acontecer, nunca vai diminuir o problema”. (**Babilônia, grupo focal C**)

Participante Agente Comunitária de Saúde

“O agente de saúde não. Não é a função dele essa. Então, a gente pode até orientar mas...não faz parte da nossa função”. (**Mulher Maravilha, grupo focal B**)

Se por um lado, os ACS foram vistos como “capilares” da ESF nos territórios e necessários à educação popular em saúde, por outro, levantou-se a discussão sobre direitos e deveres profissionais dos mesmos. Isso ocorre porque a categoria é nova e se encontra em processo de construção como profissão, o que gera frequentes debates acerca do assunto em

âmbito jurídico.

Ainda dentre as fragilidades, foi sinalada a aplicação do instrumento em demanda espontânea, isto é, quando o usuário solicita atendimento odontológico no dia. A literatura sugere que poderia utilizar em usuários que buscam os serviços com quadro clínico agudizado, urgências (BELO HORIZONTE, 2006a). Todavia, a dor aguda e a busca por uma resposta rápida do profissional apareceram como entraves ao uso do instrumento, como pode ser observado na fala a seguir.

Participante Cirurgiã-dentista

“Junto a essas facilidades vem a questão da pandemia, que as demandas programadas a gente não pode fazer, então a gente sempre atendia as pessoas em demandas espontâneas que ficava mais difícil porque é um quadro mais agudo e a pessoa quer uma resposta imediata. Muitas vezes ela não tá muito disposta a responder...”ah, com dor eu vou ter que falar?!”. Isso aconteceu comigo.” (Galinha, grupo focal C)

O fato das equipes de saúde bucal estarem trabalhando separadamente devido às tarefas atribuídas pelo cenário pandêmico fez com que as cirurgiãs-dentistas sentissem a necessidade do auxílio das ASB para o preenchimento do questionário durante o atendimento, tornando o processo mais ágil.

Participante Cirurgiã-dentista

“O instrumento favorece muito o trabalho da equipe de saúde bucal. Porque, por exemplo, a gente nesse momento de Covid que não tem sala, a gente tá atendendo sozinha, a gente tá sem a nossa auxiliar. É importante a auxiliar te ajudar, te auxiliar a marcar as questões, pontuar [...] É uma ideia boa: a auxiliar fazer o questionário e a gente já estudar o risco e dali já colocar na agenda, seria ótimo!” (Galinha, grupo focal C)

O corpo auxiliar também teve a percepção de que poderia ter participado desse momento auxiliando as dentistas da equipe. Portanto, outra potencialidade apresentada foi o uso do instrumento para favorecer o trabalho em equipe. Em um cenário político de desvalorização das equipes de saúde bucal e do seu corpo auxiliar, o investimento em ações para o trabalho em equipe e na valorização da participação dos auxiliares pode ser considerado estratégico.

Em vista do cenário pandêmico e do atendimento restrito às demandas espontâneas, as cirurgiãs-dentistas não puderam implementar o uso do instrumento de estratificação de risco

na organização da agenda programada nem utilizar com a demanda reprimida. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática em um contexto pós-pandemia da COVID-19.

6.2 PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO

Como produto técnico-tecnológico, será realizada uma oficina de educação permanente com os trabalhadores de diferentes categorias da saúde do cenário do estudo. Para tanto, será solicitada a participação da pesquisadora responsável em um momento e espaço de educação permanente da unidade de saúde. A oficina terá a duração aproximada de 01 hora.

A educação permanente em saúde utiliza espaços coletivos e estimula a reflexão e avaliação dos trabalhadores sobre os processos de trabalho em saúde realizados. Serve como estratégia potente de mudança das práticas em saúde ao permitir uma análise coletiva das limitações e potencialidades que lhes são inerentes e a pensar as relações interpessoais.

6.2.1 Dinâmica da oficina de educação permanente

1ª etapa (tempo de duração estimado entre 20 a 25 minutos): A pesquisadora responsável agrupa os profissionais participantes em uma roda. A pesquisadora coloca em uma sacola papéis escritos com as 10 categorias identificadas no estudo, a saber: modelo usuário-centrado, integralidade, acolhimento, acesso, vínculo, modelo biomédico, profissionalização da Odontologia, educação em saúde, rede de serviços de saúde e condições de trabalho.

O grupo brincará de “batata quente”, atividade na qual os participantes passam um objeto de mão em mão, rapidamente, enquanto toca uma música de fundo. A cada vez que a música que estiver tocando for interrompida, o participante que estiver com o objeto em mãos, ou seja, a “batata quente”, terá que sortear uma categoria da sacola e colar em um painel contendo os conceitos das 10 categorias fazendo uma associação entre palavra e conceito. A pesquisadora pedirá para o participante ler em voz alta o conceito escolhido.

Ao final da atividade, a pesquisadora lerá o painel junto com os participantes corrigindo possíveis erros e reafirmando os acertos obtidos. O objetivo dessa atividade é proporcionar aos profissionais uma reflexão sobre os conceitos inerentes aos processos de trabalho na ESF vivenciados por eles durante o dia a dia.

2ª etapa (tempo de duração estimado de 15 minutos): Nesta etapa, os participantes serão divididos em 02 grupos: grupo 1 e grupo 2. Cada grupo receberá um caso clínico para discussão. A discussão deverá ocorrer por 05 minutos. Após a discussão, cada grupo fará uma apresentação de 05 minutos do seu caso clínico. Em seguida, os participantes formam novamente um único grupo e devem decidir em consenso qual caso clínico seria prioridade para tratamento odontológico na vaga mais próxima da agenda programada. O objetivo dessa atividade é possibilitar que os profissionais vivenciem os critérios de acesso aos serviços de saúde bucal na UBS bem como as dificuldades na tomada de decisões pelas equipes.

3ª etapa (tempo de duração estimado de 15 minutos): Nesse momento, os profissionais retornarão aos seus grupos, 1 e 2. Eles receberão o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal e deverão preenchê-lo de acordo com o caso clínico do grupo. Após os instrumentos preenchidos, os grupos decidirão sobre o caso clínico prioritário para tratamento odontológico com base no instrumento utilizado. O objetivo dessa atividade é estimular o uso do instrumento de estratificação de risco em saúde bucal nas práticas dos profissionais e mostrar a utilidade e potência dele como ferramenta de trabalho. Na Tabela 3 segue o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal com layout adaptado pela autora. O que não tiver de informação no caso clínico, os grupos deverão pontuar com 0.

Tabela 3 - Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal com layout adaptado pela autora.

CRITÉRIOS	ESCORES
CRITÉRIO SOCIAL	
Renda familiar: situação de extrema pobreza com inclusão no programa bolsa-família	2
Alfabetização do chefe da família: chefe não alfabetizado, ou seja, não sabe ler nem escrever	2
CRITÉRIO BIOLÓGICO	
Condições crônicas: diabetes, hanseníase, HIV	2
Usuário com necessidade especial	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
CRITÉRIO DE AUTOUIDADO	
Usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
Usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
Usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
Usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3
CRITÉRIO ODONTOLÓGICO	
RISCO 1 (R1)*: CÁRIE, DOENÇA PERIODONTAL, LESÃO EM	15

TECIDO MOLE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL,
COMPROMETIMENTO ESTÉTICO DE URGÊNCIA

***GRAVIDADE 1- + DE 8 ELEMENTOS PARA RESTAURAR
OU EXTRAIR**

**GRAVIDADE 2- ATÉ 7 ELEMENTOS PARA RESTAURAR
OU EXTRAIR**

**GRAVIDADE 3- ATÉ 4 ELEMENTOS PARA RESTAURAR
OU EXTRAIR**

RISCO 2 (R2) PRESENÇA SOMENTE DE CÁLCULO

5

RISCO 3 (R3) SEM DOENÇA

1

Fonte: Fortaleza (2016).

6.2.1.1 Caso clínico 1

Seu Margarido tem 52 anos, está desempregado e recebe como auxílio o bolsa-família. Ele começou a sentir dor em 01 dente molar e acha que está com cárie já que não escova os dentes todos os dias e não consome água tratada. Seu Margarido não tem o hábito de se prevenir e comparece à unidade de saúde somente quando passa mal. Da última vez, ele descobriu que é portador de diabetes.

Figura 3 - Caso clínico 1



Fonte: <https://www.iped.com.br/materias/odontologia/doenca-periodontal.html>

6.2.1.2 Caso clínico 2

Flor tem 1 ano e 8 meses de idade, é filha de Rosa que trabalha como diarista durante a semana. A moradia da família é humilde mas possui água encanada. Flor fica aos cuidados

da avó que gosta de dar mamadeira de coca-cola nos dias ensolarados. Além disso, Flor faz pirraça toda vez que vão escovar seus dentes, não deixando que a higienização ocorra de forma adequada e regular. Flor foi levada à unidade de saúde perto de sua casa pela sua mãe, buscando tratamento odontológico por estar se queixando de dor de dente.

Figura 4 - Caso clínico 2



Fonte: A própria autora

7 CONCLUSÃO

O estudo identificou uma atuação profissional baseada no modelo de cuidado em saúde bucal centrado na pessoa, no qual o indivíduo é considerado fator resultante do meio em que vive e constituído por diferentes partes biológicas que formam um todo. Junto a isso, foi demonstrada a necessidade do profissional apresentar uma postura acolhedora, de escuta qualificada do outro, facilitadora do acesso à saúde e da construção de vínculo o qual possibilita uma maior adesão do usuário e a efetividade do tratamento.

A odontologia tem a mudança de hábitos pessoais como principal medida de prevenção dos seus maiores agravos, a doença cárie e a doença periodontal, ambas evitáveis e controláveis com a escovação dentária e o uso diário de fio dental. Mudar hábitos de higiene pessoal promove saúde bucal. Instruir higiene oral promove acesso à saúde bucal. Portanto, viu-se uma Odontologia que supera o âmbito clínico-cirúrgico.

Embora a UBS estudada apresente uma tendência a superar o modelo biomédico hegemônico nos serviços de saúde, foi identificado que a população ainda busca os serviços somente em casos de dor e/ou doença.

No que diz respeito ao uso do instrumento de estratificação de risco utilizado pelas equipes de saúde bucal, as cirurgiãs-dentistas classificaram a ferramenta como fácil de ser utilizada porém com necessidade de garantia de um local que assegure privacidade para o usuário. Como pontos positivos também foram sinalizadas a possibilidade de contextualização do meio em que o usuário vive e o favorecimento do trabalho em equipe de saúde bucal.

Por outro lado, a infraestrutura da unidade de saúde, somada ao tamanho do questionário e o cenário de pandemia da COVID-19 foram vistos como obstáculos à implementação da ferramenta na rotina das profissionais. Sendo assim, sugere-se o uso do instrumento em outros estudos, em um contexto pós-pandêmico, para melhor avaliação da potência desta ferramenta de trabalho para as práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** 411 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 35-44, jan./jun. 2012.

BARATA, R. C. B. Epidemias. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, jan./fev. 1987. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Jtx7CpBq6w7sxtzjmkLhcW/S/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 5 maio 2020.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, 2016, 26 (Supl 8): S216-S222. Disponível em: <[https://rmmg.org/artigo/detalhes/2152#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20centrado%20na%20pessoa%20\(MCCP\)%20sugere%20que%20o,de%20decis%C3%B5es%20para%20o%20cuidado](https://rmmg.org/artigo/detalhes/2152#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20centrado%20na%20pessoa%20(MCCP)%20sugere%20que%20o,de%20decis%C3%B5es%20para%20o%20cuidado)>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal**. Belo Horizonte, 2006a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

_____. Coordenação de Saúde Bucal. **O levantamento de necessidades em saúde bucal e as ações de cuidado desenvolvidas nas 11 escolas especiais de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2006b. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/levantamentodeneecessidadesemescolasespeciais.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BEZERRA, J. **Fases do capitalismo**. 2021. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/fases-do-capitalismo/>>. Acesso em: 3 out. 2021.

BORDIGNON, N. A. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: el diagrama epigenético del adulto. **Revista Lasallista de Investigación**, Antioquia, CO, v. 2, n. 2, p. 50-63, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma**: ata sobre cuidados primários. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Notícias. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Publicado em: 29 de mar. 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>>. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Cria o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS: um pacto pela saúde no Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 dez. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p., il. (Cadernos de Atenção Básica, 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série E. Legislação em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p., il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde**

bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 116 p., il.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Secretaria Estadual de Saúde. **Linha guia de saúde bucal do Distrito Federal**. Brasília, DF: Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal, 2018. 108 p. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 50-63, 2002.

CAL, D. G. R. Apêndice B - roteiro semiestruturado para grupo focal. In: **Comunicação e trabalho infantil doméstico: política, poder, resistências** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 359-362. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523218706>>. Acesso em: 19 fev. 2023.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Ed. Círculo do livro, 1982, p.103-143.

CARNUT, L. et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n7/08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 121-142.

CASOTTI, C. A. et al. Censo epidemiológico de saúde bucal: condições de saúde bucal de moradores de uma área rural: estudo epidemiológico censitário de base domiciliar. **Revista Uninga**, Sorocaba, 2011. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PP42-1X2C6gJ:https://revista.uninga.br/uninga/article/download/945/608/2741>>

&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CASTRO, R. C. L. **A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo**. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001, p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Porto Alegre: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p. 1-8.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23448>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DICIO. REDE. In: **Dicionário Online de Português**. Porto, 7Graus. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/rede/>>. Acesso em: 12 de fev. 2023.

DUMONT, A. F. S. et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1017-1022, 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/a9fe/95590c7f5a1c27676d0cdaf6ac15661c074d.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

ESTILL, D. A. Mordidas na primeira infância. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 192-196, 2013. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5383>. Acesso em: 21 set. 2017.

EVANGELISTA, M. J. O. Planificação da atenção à saúde: uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. **Revista CONSENSUS**, Brasília, DF, n. 20, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 23-57.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVky mVByhrN/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Amostragem%20por%20satura%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20uma,a%20capta%C3%A7%C3%A3o%20de%20novos%20compone ntes>>. Acesso em: 17 fev. 2023.

FORATTINI, O. P. A saúde pública no século XX. Editorial. **Rev. Saúde Pública** 34(3). jun 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/qFkYcX3zPQggxgkV7gs87Mz/? lang=pt>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha guia de saúde bucal/ Fortaleza**. Fortaleza, 2016. 83 p., il. (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. 1-Normas e Manuais Técnicos).

FRANCA, F. C. O. et al. **Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro**. In: SEMINÁRIO ALIMENTAÇÃO E CULTURA NA BAHIA, 1., 2012, Feira de Santana. Anais Feira de Santana: UEFS, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo, Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GOMES, M. E.; BARBOSA, E. F. A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos. **Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais**. Educativa. 1999. p.1-7. Disponível em: <http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

JESUS, W. S.; LIMA, J. P. M. Principais instrumentos de coleta de dados (grupo focal). **Cesad UFS Aula 7**. p.79-88, 2012. Disponível em: <https://cesad.ufs.br/ORBI/public/upload Catalago/12232030072012Pesquisa_em_Ensino_de_Qu%C3%83%C2%ADmica_aula_7.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

LAMSTER, I. B. et al. The relationship between oral health and diabetes mellitus. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 139, p. 19s-24s, 2008. Supplement.

LEITE, R. S. et al. Oral health and type 2 diabetes. **American Journal of the Medical Sciences**, Philadelphia, v. 345, n. 4, p. 271-273, Apr. 2013.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dpress/a/4G4SMnBnHzyvvbFNqVK9DWL/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 10 mar. 2022.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 3-16, 2015. Suplemento 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 dez. 2019.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivos e de roteiros. In: _____. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais Bauru: USC, 2004. CDroom. 10p.

MENDES, E. V. et al. **A atenção primária nas redes de atenção à saúde**. In: _____. A construção social da atenção primária à saúde. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019a. p. 19-44.

MENDES, E. V. **O desafio na organização microeconômica do SUS: do sistema fragmentado para as redes de atenção à saúde**. In: Desafios do SUS. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019b. p.151-190.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOYSÉS, S. J. Políticas de atenção à saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 609-633.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal**. São Paulo: Hucitec, 2001.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde - SUS**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-393.

OLIVEIRA, J. S. **Desenvolvimento psicossocial e estilos de vinculação**: convergência e

divergência de percepções de satisfação na família. 2005. 344 f. Tese (Doutorado em Psicologia: consulta psicológica de jovens e Adultos) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/22930>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19**: escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 5 mar. 2021.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39645/Sistema%20de%20sa%c3%bade_Celia%20Almeida_2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

PENG, X. et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International Journal of Oral Science**, London, v. 12, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41368-020-0075-9>>. Acesso em: 7 abr. 2020.

PEREIRA, A. L. **Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos**. 2010. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.

PERES, M. A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL 2009). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, S90-S100, 2012. Suplemento.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade?: algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: _____. **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS; UERJ/Abrasco, 2013. p. 31-54.

PRATI, C. et al. COVID-19: its impact on dental schools in Italy, clinical problems in endodontic therapy and general considerations. **International Endodontic Journal**, Oxford, v. 53, n. 5, p. 723-725, 2020.

PRESHAW, P. M. et al. Periodontite e diabetes: uma relação de mão dupla. **Diabetologia**, Berlin, v. 55, p. 21-31, 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-011-2342-y#citeas>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. 2008. Disponível em: <<https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Erikson-e-a-teoria-psicossocial-do-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/nzznnfzrCVv9FGXhwnGPQ7S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, jan. 2011.

SAINTRAIN, M. V. L. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 199-204, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado de saúde bucal**. Florianópolis: Secretaria de Saúde, 2018. 32 p.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Triagem e classificação de risco em saúde bucal. In: _____. **Diretrizes de gestão para a saúde bucal SUS-SP: módulo I: organização da demanda: oficina de classificação de risco atenção básica**. 2013. 77 p. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/bucal/gestao_saude_bucal/Oficina_Classificacao_Risco_Saude_Bucal.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. p. 207-245.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde**. 1991. 765 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; Abrasco, 2007. p. 91-113. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Artigos Originais - Pesquisa**. Texto contexto - enferm. 15 (3).

Set 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/973SWqGnGqhnBzDpv9YdNcB/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (covid-19) pandemic**. Geneva, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

_____. **Oral health: policy basis**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1>. Acesso em: 20 ago. 2021.

_____. **Severe acute respiratory syndrome**. Geneva, 2020. Disponível em: <<https://www.emro.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome/>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

_____. **WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution**. Geneva, 1946. Disponível em: <<https://www.who.int/about/governance/constitution>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL INICIAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Introdução (aproximadamente 10 minutos)

O grupo será organizado obedecendo o protocolo de biossegurança da Organização Mundial da Saúde em relação à doença COVID-19 (distanciamento físico de 01 metro entre os participantes e uso de máscara descartável por todos os presentes).

O facilitador se apresenta e agradece a participação de todos.

Solicita um relator voluntário e explica que o mesmo anotará considerações importantes sobre as falas e que o grupo o ajudará. Requisita também um coordenador voluntário o qual será responsável por monitorar o tempo indicado pelo facilitador nas atividades.

O facilitador informa que a conversa será gravada.

Os participantes se apresentam.

O facilitador apresenta os objetivos da discussão. Explica a dinâmica do grupo - apresenta o instrumento previamente esboçado pela pesquisadora principal da pesquisa que servirá de base para a elaboração do índice que será construído pelo grupo.

Enfatiza que não há respostas certas ou erradas e que todos podem colaborar com sua opinião.

Pactua-se as Regras do Grupo:

- Respeitar a privacidade dos outros participantes e não repetir o que foi discutido durante as reuniões fora do grupo focal. Salvo exceções acordadas no grupo.

- Uma pessoa deve falar de cada vez.

- Evitar discussões paralelas para que todos possam participar.

- Dizer livremente o que pensa.

- Respeitar a opinião dos outros – não rejeitar ou criticar os comentários dos demais participantes.

- Dar a cada um a mesma oportunidade de participar da discussão.

- Manter a atenção e o discurso na temática em questão.

- Em caso de necessidade do grupo, abre-se outra(s) regra(s) sugerida(s) pelo grupo.

Escolha dos Pseudônimos pelos participantes (crachás com os pseudônimos).

2. Etapa da Construção do Entendimento (aproximadamente 10 minutos)

Leitura do caso abaixo:

“Dona Maria, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois João, seu filho de 07 anos, teve muita dor de dente e febre. Logo cedo, João acordou com o lado esquerdo do rosto inchado. Antes de ir ao trabalho, Dona Maria levou seu filho a uma Unidade de Pronto atendimento (UPA), demorando 45 minutos para chegar (de ônibus). Ao chegar lá, foi avisada que não havia atendimento odontológico e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa.

Chegando na Clínica da Família de referência, João foi acolhido por uma equipe de Saúde Bucal. Apesar de o dente apresentar necessidade de tratamento de canal, foi dito que João seria atendido somente com medicação, e que para o tratamento daquele dente, ele deveria fazer a inscrição no “caderno de acolhimento” de sua equipe de Saúde Bucal e aguardar ser chamado para marcação de consulta. Segundo o “caderno de acolhimento”, a equipe estava chamando os pacientes inscritos há 02 anos. João foi medicado. Dona Maria perdeu a manhã de trabalho.

Vinte dias depois, o mesmo dente de João volta a doer...” (baseado em casos clínicos reais)

O que vocês entendem por necessidades em saúde bucal? (Chuva de ideias)

Como é realizado o agendamento dos usuários que buscam os serviços de saúde bucal (pelas equipes de saúde da família, pelas equipes de saúde bucal)? (Equidade/iniquidade. Observar nas falas)

3. Discussão Profunda (60 – 90 minutos)

O facilitador apresenta fotografias de agravos em saúde bucal mostrando pessoas (as bocas) com diferentes necessidades de tratamento odontológico.



Fonte: A autora



Fonte: A autora.



Fonte: A autora



Fonte: Google. Disponível em: <https://trindadeodontologia.com/tratamentos/periodontia/>



Fonte: Google. Disponível em: <https://www.iped.com.br/materias/odontologia/doenca-periodontal.html>



Fonte: Google. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41368-018-0012-3>

Depois, faz a pergunta disparadora: como promover o acesso em saúde bucal priorizando o tratamento de usuários com maior risco de adoecimento? (10 minutos).

O facilitador apresenta e explica o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no ano de 2016, tendo tido como consultor Eugênio Vilaça Mendes.

Instrumento de estratificação de risco em saúde bucal da Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza, 2016.

CRITÉRIO SOCIAL

**Escore
padrão**

**Escore
Usuário**

Renda familiar: situação de extrema pobreza com inclusão no Programa Bolsa-Família	2	
Alfabetização do chefe da família: chefe não alfabetizado, ou seja, não sabe ler nem escrever	2	
<i>CRITÉRIO BIOLÓGICO</i>		
Condições crônicas: diabetes, hanseníase, HIV	2	
Usuário com necessidade especial	3	
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3	
<i>CRITÉRIO DE AUTOCUIDADO</i>		
Usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3	
Usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3	
Usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3	
Usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3	
<i>CRITÉRIO ODONTOLÓGICO</i>		
Risco 1 (R1)*	15	
Risco 2 (R2)	5	
Risco 3 (R3)	1	
TOTAL		

Fonte: Adaptado pela autora (Fortaleza, 2016).

R1: Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda

e com lesão de tecidos moles: - Cárie ativa: mancha branca ativa e tecido amolecido; - Doença periodontal ativa; - Lesão de tecido moles; - Limitações funcionais com comprometimento da mastigação, deglutição, fala; - Comprometimento estético de urgência.

* O Risco 1 é subdividido em:

Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie ou exodontias a realizar

Gravidade 2: até 7 elementos com cárie ou exodontias a realizar

Gravidade 3: até 4 elementos com cárie ou exodontias a realizar

R2: Ausência de atividade de doença cárie e lesão de mucosa: - Presença de cálculo.

R3: Ausência de atividade de doença cárie e periodontal, ausência de lesão de mucosa. Sem necessidade de tratamento odontológico, sendo necessário atividade de promoção e prevenção de saúde

Pontuação (escores)	Nível de risco	Recomendações	Monitoramento
0 - 5 escores	Baixo risco	1 consulta	Anual
6 - 12 escores	Risco intermediário	2 consultas	Semestral
16 ou + escores	Alto risco	3 ou + consultas de acordo com a gravidade (gravidade 1, 2 ou 3)	Semestral

Fonte: Adaptado pela autora (Fortaleza, 2016).

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL FINAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Introdução (aproximadamente 10 minutos)

O grupo será organizado obedecendo o protocolo de biossegurança da Organização Mundial da Saúde em relação à doença COVID-19 (distanciamento físico de 01 metro entre os participantes e uso de máscara descartável por todos os presentes).

O facilitador se apresenta e agradece a participação de todos.

Solicita um relator voluntário e explica que o mesmo anotará considerações importantes sobre as falas e que o grupo o ajudará. Requisita também um coordenador voluntário o qual será responsável por monitorar o tempo indicado pelo facilitador nas atividades.

O facilitador informa que a conversa será gravada.

Os participantes se apresentam.

O facilitador expõe os objetivos da discussão. Explica a dinâmica do grupo - apresenta o instrumento aplicado em campo de prática pelas equipes de Saúde Bucal em torno do qual serão discutidas as facilidades e as dificuldades encontradas pelos profissionais para sua utilização.

Enfatiza que não há respostas certas ou erradas e que todos podem colaborar com sua opinião.

Pactua-se as Regras do Grupo:

- Respeitar a privacidade dos outros participantes e não repetir o que foi discutido durante as reuniões fora do grupo focal. Salvo exceções acordadas no grupo.
- Uma pessoa deve falar de cada vez.
- Evitar discussões paralelas para que todos possam participar.
- Dizer livremente o que pensa.
- Respeitar a opinião dos outros – não rejeitar ou criticar os comentários dos demais participantes.
- Dar a cada um a mesma oportunidade de participar da discussão.
- Manter a atenção e o discurso na temática em questão.
- Em caso de necessidade do grupo, abre-se outra(s) regra(s) sugerida(s) pelo grupo.

Escolha dos Pseudônimos pelos participantes (crachás com os pseudônimos).

TCLE

2. Etapa da Construção do Entendimento (aproximadamente 10 minutos)

O facilitador faz a leitura das anotações registradas pelo relator do grupo focal inicial e sintetiza as conclusões do grupo.

O facilitador apresenta e explica o instrumento aplicado em campo de prática pelas equipes de saúde bucal.

3. Discussão Profunda (60-90 minutos)

O facilitador faz a pergunta disparadora às Equipes de Saúde Bucal: como foi utilizar o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal na prática?

As equipes de saúde bucal tem o seu momento de fala (15 minutos).

O facilitador segue com as perguntas: quais foram as dificuldades encontradas? Que contribuições puderam ser observadas a partir de sua implementação na rotina de trabalho? (30 minutos)

Terminadas as falas dos profissionais da saúde bucal, as diferentes categorias profissionais presentes poderão colaborar com a sua visão e experiência profissional (25-30 minutos).

Essa discussão subsidiará a análise da viabilidade de implementação do instrumento de estratificação de risco em saúde bucal nos processos de trabalho das equipes de saúde.

4. Conclusão (aproximadamente 20 minutos)

O facilitador pede para que o relator leia as suas anotações para que os participantes do grupo as confirmem. Finaliza agradecendo a todos pela disponibilidade e participação.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Análise do modelo de linha de cuidado em saúde bucal sob a perspectiva da interprofissionalidade**, desenvolvida pela mestranda Thaís dos Santos Sena, tendo como orientadoras Maria Katia Gomes e Claudia Lima Alzuguir. A pesquisa servirá como trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/FM/UFRJ).

O convite para sua participação se deve ao fato de ser profissional de saúde vinculado a alguma das equipes da Estratégia Saúde da Família ou de Saúde Bucal da unidade básica de saúde selecionada para o estudo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações por você prestadas na divulgação dos resultados. Ao aceitar participar da pesquisa, você não terá nenhum tipo de gastos e remuneração.

A sua participação consistirá em participar de dois grupos focais com outros trabalhadores de sua unidade de saúde acerca do tema central: equidade no acesso ao tratamento odontológico na Estratégia Saúde da Família. Caso você seja profissional da equipe de saúde bucal, você também participará da aplicação de um instrumento de estratificação de risco em saúde bucal em campo de prática.

As etapas estão descritas a seguir. Primeiro, será realizado o grupo focal para discussão sobre a pesquisa e sobre um instrumento de estratificação de risco em saúde bucal, retirado da literatura. Em seguida, se você for profissional da equipe de saúde bucal, você participará da etapa de aplicação desse instrumento de estratificação de risco em saúde bucal no campo de prática, pelo período de 03 (três) meses, em pacientes atendidos pela primeira vez pela equipe.

Por último, será realizado o segundo grupo focal. Nesse momento, será discutida a experiência das equipes de saúde bucal de utilizarem o instrumento de estratificação de risco em saúde bucal como ferramenta de seu processo de trabalho.

Cada grupo focal terá aproximadamente uma hora e meia de duração e será realizado pela pesquisadora responsável pela pesquisa obedecendo o protocolo de biossegurança da Organização Mundial da Saúde em relação à atual pandemia da doença COVID-19:



distanciamento físico de 01 metro entre os participantes, de preferência em ambiente aberto para ventilação de ar, uso de máscara descartável e álcool 70° (disponibilizados pela pesquisadora). Todos os participantes escolhidos estão vacinados contra o SARS-CoV-2, causador da COVID-19. A pesquisadora foi vacinada contra o vírus SARS-CoV-2.

As atividades dos grupos focais serão gravadas (áudio) e posteriormente reproduzidas por escrito (transcritas).

Ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora recolha, analise e reproduza as falas realizadas durante os grupos focais. Tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Somente a pesquisadora e as orientadoras terão acesso aos dados ainda não trabalhados, os quais não serão disponibilizados ao público.

As transcrições serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras. Todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos após encerramento do estudo, conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e orientações do CEP.

Ao participar dessa pesquisa você poderá contribuir com a discussão sobre ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal através da troca de saberes e experiências sobre necessidades em saúde bucal (tratamento odontológico, orientações de higiene bucal, entre outras).

A pesquisadora estará atenta para evitar e contornar possíveis desconfortos entre os participantes no decorrer dos grupos focais. No entanto, caso o participante se sinta desconfortável, poderá se negar a continuar participando do mesmo e da pesquisa. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Caso o participante sinta algum desconforto/prejuízo que julgue decorrente de sua participação na pesquisa, será ofertado acompanhamento, tratamento e assistência profissional além das devidas orientações para a sua solução.

Os resultados do estudo serão divulgados em uma apresentação de conclusão de curso aberta ao público. No trabalho serão utilizados além de falas isoladas e de transcrições, a impressão da pesquisadora elaborada durante o processo de pesquisa em conjunto com a sua vivência profissional na área pesquisada. Existe a possibilidade de publicação em futuro artigo.



Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/HESFA/UFRJ). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e do sigilo. Possui atribuições relativas à emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisa em seres humanos, no âmbito da Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Coordenadora: Ana Inês Sousa, Vice-Coordenadora: Maria Angélica de Almeida Peres
Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.211-110
Telefone: (21) 3938-0962 Atendimento: segunda a sexta, das 08:00 às 13:00h.

E-mail: cepeanhasfa@eean.ufrj.br, cepeanhasfa@gmail.com

Contato com a pesquisadora responsável Thaís dos Santos Sena - HESFA/UFRJ.

Tel.: (21)97424-2398. E-mail: thassena@gmail.com

Assinatura do Pesquisador

Local e data

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante