



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FRANCISCO JUSSIÊ LEAL JÚNIOR**

**INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CRATO-CE**

**2022**

FRANCISCO JUSSIÊ LEAL JÚNIOR

**INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA), como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Professora Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Corina Amaral Viana.

Professora Coorientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Woneska Rodrigues Pinheiro.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

CRATO-CE

2022

Ficha Catalográfica elaborada pelo autor através do sistema  
de geração automático da Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri - URCA

Júnior, Francisco Jussê Leal

L435i INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE / Francisco Jussê Leal Júnior. Crato-CE, 2022.

94p. il.

Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade  
Regional do Cariri - URCA.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Corina Amaral Viana

Coorientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Woneska Rodrigues Pinheiro

1.Integralidade, 2.Atenção Primária à Saúde, 3.Saúde Bucal, 4.Avaliação,  
5.Fluxograma; I.Título.

CDD: 614

## FRANCISCO JUSSIÊ LEAL JÚNIOR

### INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada à banca de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA), como pré-requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

#### BANCA EXAMINADORA



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Corina Amaral Viana - Orientadora  
Universidade Regional do Cariri



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Woneska Rodrigues Pinheiro - Coorientadora  
Universidade Regional do Cariri



---

Prof. Dr. John Eversong Lucena de Vasconcelos  
Faculdade CECAPE



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gislene Farias de Oliveira  
Universidade Federal do Cariri



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria do Socorro Vieira Lopes  
Universidade Regional do Cariri

Aprovado em 30 de junho de 2022.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida!

Aos meus pais, por todos os ensinamentos, carinho, amor, compreensão e incentivo.

Aos meus filhos Felipe e Lara, que me proporcionam muitas alegrias e fortalecem para enfrentar os desafios (inclusive os advindos desse curso). Agradeço ao dois também pela ajuda em algumas atividades, principalmente as que necessitaram de mídias digitais e desenhos.

A minha esposa, Gercileide, pelo amor incondicional, ajuda nos momentos de dificuldades e sobretudo, por me dar a certeza de que posso ser uma pessoa melhor e cada dia mais feliz.

Aos meus irmãos, Isabel, Leal e Thiago pela amizade, afeto e apoio. Amo vocês.

Aos meus amigos mais próximos Dantas, Valmor, Vicente, Nilo Júnior, por todos os momentos felizes que compartilhamos juntos.

Aos familiares (cunhados, cunhadas, tios, tias, sobrinhos e sobrinhas...) que adoro.

As minhas maravilhosas orientadora (Dr<sup>a</sup>. Corina Amaral) e coorientadora (Dr<sup>a</sup>. Woneska Pinheiro) que se dedicaram à construção dessa dissertação, de forma prestativa, motivadora e competente.

Ao Dr. Paulo Felipe Bandeira pela importante contribuição no trabalho estatístico desta pesquisa científica.

Ao Dr. Germane Pinto pelas valorosas contribuições no percurso desta dissertação.

Ao Dr. John Eversong Lucena, à Dr<sup>a</sup>. Gislene Farias e à Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Vieira por terem aceitado o convite para a participação da banca de defesa.

À coordenadora do curso, Dr<sup>a</sup>. Evanira Maia pela condução brilhante durante toda essa jornada.

Ao Deivirson, que sempre prestativo, prontamente atendia nossas solicitações.

Aos meus colegas de mestrado que presencialmente mostraram-se amigos e companheiros, à semelhança dos momentos remotos do transcurso árduo de nosso curso de mestrado.

## RESUMO

A Constituição Cidadã de 1988 instituiu a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios do SUS. O presente estudo teve como objetivo geral, avaliar a integralidade do cuidado da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no município de Juazeiro do Norte-CE. Os objetivos específicos consistiram em caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos acadêmicos e sociodemográficos; verificar os atributos do cuidado integral na atenção à saúde bucal relacionados aos domínios acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção e desenvolver um protótipo de um fluxograma analisador sobre integralidade do cuidado da saúde bucal. O estudo teve caráter metodológico, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e foi desenvolvido em quatro momentos: elaboração de uma revisão integrativa da literatura denominada Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde realizada no período de novembro de 2020 a julho de 2021; coleta de dados junto aos odontólogos da atenção primária do município de Juazeiro do Norte com instrumento adaptado baseado em Mattos (2014), efetuada entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022; tabulação e análise dos dados executada em fevereiro e março de 2022 por meio do programa *jasp*; construção de um protótipo de fluxograma analisador do processo de trabalho que ocorreu em abril de 2022. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri – URCA, sob o parecer 5130621. Os resultados demonstraram uma intensa relação entre os predicados da integralidade, revelando que a melhoria em quaisquer pontos da rede colabora para o aperfeiçoamento do cuidado na perspectiva da integralidade. A percepção dos atributos da integralidade dos odontólogos nas dimensões do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Qualidade da Atenção mostraram bons percentuais de respostas satisfatórias, indicando que o serviço de odontologia na APS caminha no sentido da busca da integralidade em saúde bucal no respectivo município. No entanto, o estudo revelou que ainda existem obstáculos para a efetivação desse princípio do SUS. A pesquisa fomenta o debate acerca da integralidade do cuidado, indicando a necessidade de melhor capacitação profissional e humanização do atendimento, instigando a formulação de outros estudos envolvendo a opinião de usuários e gestores, uma vez que a dimensão polissêmica do atendimento integral exige a abertura ao diálogo com a comunidade e o fortalecimento de políticas públicas.

**Palavras-chave:** Integralidade; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Avaliação; Fluxograma.

## ABSTRACT

The Citizen Constitution of 1988 established universality, equity and integrality as principles of the SUS. The present study aimed to evaluate the comprehensiveness of oral health care in Primary Health Care in the city of Juazeiro do Norte-CE. The specific objectives consisted of characterizing the study participants in terms of academic and sociodemographic aspects; to verify the attributes of comprehensive care in oral health care related to the domains of embracement, bonding/accountability and quality of care and to develop a prototype of an analyzer flowchart on comprehensiveness of oral health care. The study had a methodological, exploratory and descriptive character with a quantitative approach and was developed in four moments: elaboration of an integrative literature review called Comprehensiveness in Oral Health in Primary Health Care carried out from November 2020 to July 2021; data collection with primary care dentists in the city of Juazeiro do Norte with an adapted instrument based on Mattos (2014), carried out between December 2021 and January 2022; data tabulation and analysis performed in February and March 2022 using the jasp program; construction of a prototype flowchart to analyze the work process that took place in April 2022. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Regional University of Cariri - URCA, under the opinion 5130621. The results showed an intense relationship among the predicates of integrality, revealing that the improvement in any points of the network contributes to the improvement of care in the perspective of integrality. The perception of the attributes of integrality of dentists in the dimensions of Reception, Bonding/Accountability and Quality of Care showed good percentages of satisfactory answers, indicating that the dental service in PHC is moving towards the search for integrality in oral health in the respective municipality. However, the study revealed that there are still obstacles to the realization of this principle of the SUS. The research promotes the debate about the integrality of care, indicating the need for better professional training and humanization of care, instigating the formulation of other studies involving the opinion of users and managers, since the polysemic dimension of comprehensive care requires openness to the dialogue with the community and the strengthening of public policies.

**Keywords:** Integrality; Primary Health Care; Oral Bealth; Evaluation; Flowchart.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>ANSI</b>	<i>American National Standards Institute</i>
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar de Saúde Bucal
<b>CAPS</b>	Centro de Apoio Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CFI</b>	<i>Comparative Fit Index</i>
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNSB</b>	Conferência Nacional de Saúde Bucal
<b>ECEOS</b>	Encontro Científico de Estudantes de Odontologia
<b>ENATESPOS</b>	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>EqSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>LRPD</b>	Laboratório Regional de Prótese Dentária
<b>MBRO</b>	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde (MS)
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNSB</b>	Política Nacional de Saúde Bucal
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>RMSEA</b>	<i>Root-Mean-Square Error of Approximation</i>
<b>RS</b>	Reforma Sanitária
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
<b>TLI</b>	<i>Tucker Lewis Index</i>

**TSB**  
**UBS**

Técnico em Saúde Bucal  
Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Simbologia empregada nos fluxogramas.....	32
<b>Figura 2</b> - Análise em rede relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	44
<b>Figura 3</b> - Protótipo de fluxograma analisador de processo de trabalho da saúde bucal na APS.....	51

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1</b> – Avaliação da integralidade relacionada aos atributos acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	40
--	----

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> - Matriz de peso relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	45
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados sociodemográficos dos dentistas participantes na pesquisa: percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	38
<b>Tabela 2</b> - Cargas fatoriais, $R^2$ e erro padrão dos itens da escala questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	42
<b>Tabela 3</b> - Índices de ajustes gerais da escala questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	43
<b>Tabela 4</b> - Resumo da rede relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	47
<b>Tabela 5</b> - Medidas de centralidade por variável relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.....	47

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa e Relevância.....	17
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos. ....	19
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
3.1 Resgate Histórico da Saúde Bucal no Brasil como Política Pública.....	20
3.2 Uma Abordagem da Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde.....	25
3.3 Fluxograma Analisador.....	30
4. MÉTODO.....	33
4.1. Tipo de Estudo.....	33
4.2 Local do Estudo.....	34
4.3 População e Amostra.....	34
4.4 Período e Etapas do Estudo.....	35
4.5 Análise dos Dados.....	36
4.6 Aspectos Éticos e Legais.....	37
4.7 Riscos e Benefícios.....	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 Perfil e Características Sociodemográficas dos Participantes.....	38
5.2 Avaliação dos Atributos da Integralidade (acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção).....	40
5.3 Análise em Rede dos Atributos Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Qualidade da Atenção.....	41
5.4 Protótipo de Fluxograma Analisador de Processo de Trabalho da Saúde Bucal na APS.....	49
6. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	63
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	69
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	71
APÊNDICE D - CRONOGRAMA.....	72
APÊNDICE E - ORÇAMENTO.....	73

APÊNDICE F - LEGENDAS UTILIZADAS NO PROGRAMA <i>Jasp</i> .....	74
ANEXO A - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	78
ANEXO B - ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO .....	92
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a sua concepção, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se apresentado como um modelo de saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. As ações executadas na atenção primária devem ser fortalecidas e pautadas por todos os princípios norteadores do sistema, sendo a integralidade um princípio-diretriz do SUS (Sistema Único de Saúde). Princípio porque se vale da análise mais filosófica do ser humano, e diretriz por ter se tornado algo concreto, que guia o processo de trabalho (STARFIELD, 2004; CARNUT, 2017; LIMA *et al.*, 2018).

De acordo com Mendes (2015), a integralidade é um atributo essencial da APS e constitui a oferta de serviços, pela equipe de saúde, que atendam às necessidades da população nas áreas da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos; a responsabilização pela prestação de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

Após a implantação do SUS, a organização do modelo assistencial em saúde baseada nos níveis assistenciais no formato de pirâmide não conseguiu garantir a integralidade do indivíduo e do cuidado. Todavia, há a aposta de que o cuidado em rede, com a articulação entre os diferentes níveis de atenção e com os diversos atores, viabilize encaminhamentos com referência e contrarreferência ou sistemas eletrônicos e, dessa forma, resulte num cuidado integral e igualitário, respeitando o direito à saúde do usuário (QUEVEDO *et al.*, 2016).

Apesar de alguns avanços para melhorar a integração da rede sejam observados nos municípios brasileiros, como estruturas de regulação nas secretarias e descentralização com organização dos fluxos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços, esses mecanismos são insuficientes e apenas minimizam os efeitos da fragmentação do sistema de saúde brasileiro (LIMA *et al.*, 2018).

Sanchez *et al.* (2015), analisam que a inclusão da saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) representa um avanço rumo à integralidade, contudo ainda não permite o acesso da população aos tratamentos clínicos com maior grau de complexidade. Por outro lado, os autores questionam de que forma a integralidade é abordada no cotidiano da saúde bucal, uma vez que não se imagina que as ações nessa área da saúde tenham que responder à totalidade dos sentidos da integralidade.

Em se tratando da atenção primária na odontologia, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) buscam o acesso universal e a integralidade das ações, que por sua vez, só é alcançada por meio da criação de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, voltadas ao fluxo de assistência aos usuários e baseadas em suas necessidades. A busca pela integralidade dar-se, principalmente, pela constituição das linhas de cuidado através da organização dos processos de trabalho na atenção básica e da assistência multiprofissional, operando com acolhimento, vinculação de clientela e responsabilidade da equipe (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Ao desenvolverem estudo sobre os atributos da Atenção Básica (AB), Lima *et al.* (2018) verificaram que a oferta de consultas odontológicas nas equipes de atenção básica ocorre em menos de 80% das UBS. Tal dificuldade pode ser atribuída tanto à falta do profissional de odontologia quanto à carência de equipamentos e insumos, todavia, principalmente, ao fato de que, em alguns municípios, existe apenas uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família.

Nesse sentido, Lima *et al.* (2018) enfatizaram a importância de medir os atributos da APS, como forma de qualificar os serviços e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários; destacando que as avaliações dos serviços de saúde podem ser úteis para fornecer caminhos e parâmetros para a tomada de decisão sobre a política governamental.

Autores complementam que a ausência de informações e monitoramentos constitui uma dificuldade para orientar à busca de universalidade, integralidade e equidade dos serviços de saúde bucal e apontam para a necessidade de pesquisas que analisem os serviços odontológicos. Assim, a carência de estudos que retratem a interface entre a integralidade e a saúde bucal representa uma lacuna a ser preenchida (SANCHEZ *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2019).

Em virtude da “polissemia” do termo integralidade pode-se afirmar que os conceitos de acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção, ao serem trabalhados conjuntamente, traduzem os sentidos da integralidade.

Para Junior e Mascarenhas (2005), o acolhimento pode ser compreendido através de três aspectos: como postura, como técnica e como princípio de reorientação da atenção. A postura é a ação dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, ouvir e tratar de maneira humanizada os usuários e suas necessidades. O acolhimento enquanto técnica, refere-se à instrumentalização e à produção de procedimentos que respondam aos problemas demandados pelos usuários. Como organização dos serviços, pressupõe um planejamento

institucional que oriente todo o processo de trabalho desenvolvido pela equipe no sentido de melhorar a saúde e a vida das pessoas na comunidade.

O vínculo também aparece como pressuposto da integralidade, uma vez que deve ser entendido como afetividade, relação terapêutica e continuidade. O vínculo também envolve a responsabilização que é o fato de o profissional assumir a responsabilidade pela saúde do paciente diante de uma intervenção sem burocracia, nem tão pouco impessoalidade (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Por sua vez, a qualidade da atenção constitui o bojo de ações e procedimentos utilizados na conduta dos recursos, no que concerne à produção do profissional. Nesse sentido, deve ser observada a relação da população com os profissionais da saúde, o cuidado destes trabalhadores com o doente, o qual deve ser iniciado com a identificação de um problema, elaboração de um diagnóstico, conduta e controle para verificar se o problema teve solução. Assim, a população precisa estar comprometida com a qualidade da atenção, através da aceitação do serviço, adesão ao tratamento e participação (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Considerando o exposto, essa pesquisa tem como objeto de estudo a avaliação dos atributos da integralidade do cuidado, no âmbito da Saúde Bucal, na perspectiva dos odontólogos que atuam na APS.

Portanto, a questão dessa pesquisa será: qual a percepção dos odontólogos da Atenção Primária à Saúde em relação aos atributos da integralidade do cuidado, no âmbito da saúde bucal, no serviço em que atuam?

## **1.1 Justificativa e Relevância**

Torna-se importante avaliar os atributos da integralidade do cuidado como forma de verificar se o serviço de saúde bucal está cumprindo a função de atender às demandas da população de forma integral, orientando gestores na ampliação de recursos e serviços e apontando estratégias que subsidiem o processo de trabalho dos profissionais.

Nessa perspectiva, Cassoti *et al.* (2014) relatam que a qualificação do acesso e da integralidade da saúde bucal, baseia-se na organização dos serviços de acordo com as necessidades da população da área adscrita, na pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, no desenvolvimento de protocolos locais de atenção e na construção de linhas de cuidado.

A integralidade está prevista entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, de forma a assegurar ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, incluindo a necessidade de atendimento a qualquer pessoa em caso de urgência (BRASIL, 2004).

Destaca-se que nessa pesquisa a integralidade será considerada conforme os seguintes domínios: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção por ser o conceito que melhor define e sintetiza os atributos estruturais da atenção primária à saúde. A avaliação da integralidade a partir desses atributos permite esclarecer sobre o processo de trabalho dos atores envolvidos em consonância com os princípios do SUS (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

A atenção em saúde bucal tem evoluído em relação ao acesso da população aos seus serviços. A grande maioria dos municípios do Brasil implantou a ESB (Equipe de Saúde Bucal) mesmo esta não fazendo parte da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) municipais e estaduais também fazem parte dessa rede de atenção e muito tem contribuído para o acesso da população aos serviços de saúde bucal. No entanto, no âmbito da ESF, muitas dificuldades ainda se fazem presentes, principalmente relacionadas à integralidade do serviço, uma vez que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde ainda são pouco valorizadas, o cuidado não é compartilhado com profissionais de outras áreas e existem obstáculos na referência e contrarreferência dos pacientes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Avaliar a percepção dos odontólogos, atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Juazeiro do Norte-CE, acerca dos atributos da integralidade do cuidado no âmbito da saúde bucal.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos acadêmicos e sociodemográficos.
- Verificar a percepção dos odontólogos em relação ao cumprimento dos atributos do cuidado integral na atenção à saúde bucal, quanto aos domínios: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.
- Relacionar estatisticamente os dados acadêmicos e sociodemográficos dos participantes do estudo com os resultados obtidos em relação aos atributos da integralidade do cuidado no âmbito da saúde bucal.
- Desenvolver um protótipo de um fluxograma analisador sobre integralidade do cuidado da saúde bucal.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Resgate Histórico da Saúde Bucal no Brasil como Política Pública

A ideia do movimento de Reforma Sanitária (RS) no Brasil ganhou força nos anos de 1970 ao propor uma mudança no modelo assistencial excludente à saúde que vigorava no país, posicionando-se com amplitude política como forma de batalha democrática em oposição ao regime ditatorial, concomitantemente, apresentando-se com um aspecto técnico que acreditava na viabilidade de um sistema de atenção em saúde inclusivo, com participação social e com acesso universal (BRITO, 2019).

Considerado um movimento de bojo democrático e popular, construído historicamente no Brasil, a RS tem como propósito subsidiar as necessidades de saúde da população, partindo de convicções políticas, ideológicas e técnicas no âmbito da saúde pública que se contrapõem às concepções liberais de mercantilização dos serviços de saúde, o que resulta na edificação da cidadania como resultado de uma luta política (BRITO, 2019).

Para Barbosa (2020), a odontologia esteve engajada na construção social do direito universal à saúde conquistado com a concepção do SUS desde os movimentos da RS, através da participação em fóruns de discussão democráticos de representantes como professores, discentes e militantes que se constituíam em segmentos progressistas da categoria odontológica. Dentre estes espaços de diálogo e crescimento democráticos podemos citar: o MBRO (Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica), os ECEOS (Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia) e os ENATESPOS (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico). O cunho das reuniões era centrado na defesa da saúde bucal como um direito fundamental do cidadão e a sua inclusão no cerne das políticas públicas de saúde no novo sistema de saúde a ser construído que conhecemos atualmente como SUS.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília em 1986, marco da RS brasileira, propôs mudanças no modelo de atenção à saúde vigente no Brasil que resultaram na ideia da criação de um sistema universal de saúde. Neste ato, foi possível a participação popular inédita, pois anteriormente as discussões eram promovidas em fóruns ou debates setoriais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Medicina Preventiva e Saúde Pública. Na referida conferência, a participação se deu de forma conjunta, reunindo os mais diversos

setores da sociedade como outras instituições de saúde, membros da sociedade civil, categorias profissionais e partidos políticos (HORA, 2017).

A concepção de saúde pública, nesse momento, ganhou destaque como uma conquista que deve ser sedimentada na justiça social e nos direitos humanos, como forma de valorização de princípios humanos, resultando necessariamente no bem estar, felicidade, integralidade do cuidado e conquistas de saúde da comunidade como formas de evolução da sociedade (BRITO, 2019).

A partir dos trabalhos da VIII CNS foi elaborado um relatório amplamente divulgado para toda a sociedade, segmentado em três eixos: saúde como direito fundamental, reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento. Baseado no modelo de municipalização das ações, a VIII Conferência apresentou como conquista a elaboração do “conceito ampliado de saúde”, saindo do conceito de saúde biologicista, centrado na doença com intervenções médico-curativas, para um conceito de determinação social da doença que leva em consideração as condições de vida da comunidade que acarretam o surgimento ou agravamento de enfermidades (HORA, 2017).

O engajamento de segmentos da saúde bucal e sua aproximação ao movimento da RS brasileira colaboraram para a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) de 1986, com cooperação da sociedade, ação desenvolvida na 8ª CNS, na qual a saúde bucal foi concebida como componente integrante e indissociável da saúde geral do cidadão e relacionada objetivamente às condições sociais como habitação, emprego, nível econômico, lazer, acessibilidade aos serviços de saúde e grau de instrução dos indivíduos. As duas conferências nacionais de saúde bucal (1986 e 1993) delimitaram os horizontes da PNSB implantada em 2004. A 3ª CNSB (2004), por sua vez, aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal e determinou a saúde bucal como direito de cidadania e dever do Estado (BARBOSA, 2020).

O SUS foi criado legalmente pela Constituição Federal (CF) de 1988 e configura importante conquista em relação aos direitos sociais, constituindo-se também em grande avanço nas políticas de proteção social. A Carta Magna referencia a saúde como componente da seguridade social e enumera como diretrizes: descentralização de ações, integralidade e participação social, passando a funcionar de maneira hierarquizada e regionalizada, com direção única nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (COUTINHO, 2019).

O SUS somente foi regulamentado a partir de 1990, por ocasião da homologação das leis 8.080/90 e 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Estas leis complementares regem detalhes da organização e funcionamento do inovador sistema de

saúde prescrito pela CF de 1988. A Lei 8.080/90 apresenta aspectos importantes como a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como determina aspectos gerenciais do SUS. Por outro lado, a Lei 8.142/90 reza sobre a participação social na gestão do SUS, inclusive acerca dos aspectos relacionados aos recursos financeiros do setor saúde (COUTINHO, 2019; OSÓRIO, 2015).

Foram determinados na lei 8.080/90 os princípios e diretrizes do SUS: universalidade de acesso, atendimento de forma integral, igualdade assistencial, equidade, intersetorialidade, empenho na descentralização, regionalização e hierarquização das ações. Paralelamente, foram propostas algumas considerações acerca do funcionamento no novo sistema de saúde como a complementaridade do serviço privado, sendo vedada a destinação de subvenções para a iniciativa privada e a participação de empresas de capital estrangeiro nos serviços de saúde, com exceções descritas em lei (COUTINHO, 2019).

O direito à saúde no Brasil é considerado universal, descrito na Carta Constitucional de 1988 e através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). As normas estipulam que todos os indivíduos que estejam em território nacional tenham garantia à promoção, proteção e recuperação da saúde e à prevenção de agravos, através do SUS. Diante da importância e complexidade do direito à saúde, o Congresso Nacional brasileiro imputou ao Estado, por meio do SUS, a atribuição de ser o mantenedor dos atributos fundamentais para propor e executar políticas públicas, ações e serviços de saúde, respeitando as individualidades, a diversidade sanitária dos territórios e a condição histórica das desigualdades sociais e econômicas da nação. Complementarmente, as leis que regulam o SUS orientam que os serviços de saúde estejam guiados pela universalidade de acesso e pela igualdade da atenção, despidos de preconceitos ou privilégios de quaisquer natureza (DIAS, 2018).

A universalidade, enquanto princípio doutrinário do SUS, é um conceito que possui diversos sentidos no setor saúde no Brasil, sendo a ideia que majoritariamente prevalece nos discursos da VIII CNS, remetendo ao conceito ampliado de saúde, trazendo uma concepção de direito à saúde abrangente a todo e qualquer cidadão brasileiro. A influência desse sentido ao cenário da saúde pública é principalmente disseminada por pessoas ligadas ao meio acadêmico, representantes de sindicatos, militantes de movimentos sociais e sanitários (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020).

Em relação aos princípios doutrinários do SUS, Brasil *et al.* (2017), destaca que a equidade proposta pelo SUS não deve ser considerada como sinônimo de igualdade, mas a proposição de que através do tratamento desigual possa ser alcançada a igualdade.

Para Silva (2017) a legislação brasileira se diferencia e avança das outras nações ao incluir o conceito de equidade na perspectiva do direito à saúde, uma vez que pontua sobre o acesso universal e igualitário como instrumento atuante sobre os determinantes e condicionantes da saúde. A equidade é base orientadora de políticas públicas e se opõe às iniquidades, resgatando a saúde como direito amplo, promovendo a igualdade de direitos, respeitando as diferenças, o que resulta em justiça social.

A integralidade, por sua vez, remete a um conceito de ideia de totalidade, assim, considera-se que seus limites e possibilidades também perpassam desde a esfera micro à macro estrutural. A Carta Magna de 1988 traz a integralidade como um dos princípios orientadores do SUS, tendo sido determinado legalmente e de forma institucional pela NOB/96 (Norma Operacional Básica/96) como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos, curativos, individuais e coletivos em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (CARNUT, 2017; ALVES, 2017).

Nesse sentido, a integralidade engloba um conjunto de serviços disponíveis e prestados pela APS para que os usuários recebam atenção integral, no que se refere ao processo saúde-doença, bem como na dimensão biopsicossocial dos indivíduos, com ações direcionadas à promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças, garantindo cuidados que não possam ser oferecidas dentro da própria unidade, sejam disponibilizados em outro serviço (STARFIELD, 2004).

A integralidade é um princípio-diretriz do SUS. Princípio, partindo de uma análise mais filosófica do ser humano, e diretriz por ter se tornado algo mais concreto, que orienta o processo de trabalho no cotidiano, ampliando o olhar dos profissionais para além da lógica da 'intervenção pura', buscando alcançar os contornos do que se compreende como 'cuidar', no âmbito da construção dos serviços de saúde (CARNUT, 2017).

De acordo com Alves (2017) a integralidade em saúde constitui-se em uma ação social, resultante do diálogo democrático entre os profissionais no dia a dia de suas práticas na assistência à saúde nos diferentes níveis de atenção do SUS. Por meio do atendimento integral, abandona-se a figura do corpo doente para investigar o ser humano por completo, buscando uma atenção total ao indivíduo, através da interatividade entre tratamento, prevenção e promoção da saúde, executando o seu atendimento de maneira multidisciplinar.

Constitucionalmente, sob a ótica do Direito Sanitário, podemos afirmar que a integralidade é um direito de cidadania, concebida através do reconhecimento e de ações de resposta que atuam sob a égide das necessidades do usuário. A resposta às necessidades dos cidadãos pode vincular-se ao cuidado interdisciplinar, o que potencializa a resolutividade dos

sistemas de saúde, agregando benefícios ao usuário e conseqüentemente conduzindo ao aumento da resolubilidade, melhorando o processo de trabalho e integrando saberes que atuam de forma unificada no cuidado à saúde. O atendimento interdisciplinar pode ser agregado ao cuidado intersetorial, abrangendo outros segmentos da sociedade que podem cooperar na coordenação da atenção em saúde, melhorando a qualidade de vida da comunidade (OLIVEIRA, 2018).

A APS tem um papel fundamental para o bom funcionamento dos serviços de saúde, no entanto, encontra entraves para efetivar os princípios do SUS. Segundo Carnut (2017), as principais limitações para o exercício da integralidade estão relacionadas à precária interação e o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano, à fragmentação do processo de trabalho, à frequente dependência tecnológica da prática em saúde e à formação cartesiana dos profissionais corroboram para práticas de saúde fragilizadas e isoladas, levando conseqüentemente aos subdiagnósticos, sobremedicações, polifarmácia, sub-registros, dificuldade de referência aos outros serviços e níveis de assistência, bem como outros problemas que decorrem de práticas de cuidado que não têm a integralidade como meta.

A efetivação de um cuidado integral foi observada em estudo realizado com os profissionais do Rio Grande do Sul, embora, algumas fragilidades tenham sido identificadas no que se refere à estrutura dos serviços e prestação da assistência por parte dos profissionais. Ressalta-se que essas dificuldades podem ser superadas com a qualificação dos profissionais (PUCCI *et al.*, 2019).

A Portaria n.º 1444/GM de 28 de dezembro de 2000 determina o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal desenvolvida nos municípios através do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000). Este se constitui no primeiro ato administrativo por parte do governo federal no sentido de incluir a odontologia efetivamente como componente importante da Atenção Primária à Saúde no Brasil, dentro de um novo contexto de rompimento do paradigma curativo para uma proposta de promoção da saúde, prevenção e reabilitação, engajando a saúde bucal no novo sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) representou significativo progresso no sentido de incluir a saúde bucal no rol dos direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros. A partir desse momento, foi possível o desenvolvimento de ações e serviços guiados pelo diagnóstico da realidade de saúde dos mais variados recantos do Brasil para um maior poder de resolução de suas práticas. Deve ser salientado que, muito além da atuação do Brasil Sorridente, AB/ESF, fluoretação das águas de abastecimento, implementação dos Centros de

Especialidades Odontológicas (CEOs), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), saúde do índio e atenção hospitalar, a Saúde Bucal atuou conjuntamente com outros projetos e realizações do governo federal, enaltecendo sua característica de política transversal, podendo ser enumeradas outras ações como o Programa Saúde na Escola (PSE), o Brasil sem Miséria e Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, dentre outros (BARBOSA, 2020).

De acordo com Barbosa (2020), a batalha pelo direito à saúde bucal pelo SUS e por políticas sociais que proporcionem o bem estar global dos brasileiros, compõem uma esfera de direitos de cidadania, que se contrapõe às conveniências e regalias do capitalismo. A luta pela continuidade do SUS está relacionada objetivamente à democracia e à cidadania. Nesse sentido, a saúde bucal da população do Brasil, numa visão estratégica para o futuro, sinaliza-se como uma destacada vitória, tornando irreversível a saúde bucal como direito humano e de cidadania primordial incluída definitivamente no conjunto das políticas públicas do Estado. Dessa forma, a saúde bucal constitui-se em uma conquista social, garantida constitucionalmente, que necessita de avanços para tornar-se uma prática efetivamente pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

### **3 2 Uma Abordagem da Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde**

A constituição cidadã de 1988 estabelece a implementação SUS, com base nos princípios doutrinários de universalidade de acesso, integralidade do cuidado e na busca da satisfação equânime das necessidades de saúde da população, apoiados e com sustentação na solidariedade e na compreensão dos determinantes sociais da saúde (SILVA; FIGUEIREDO; GUEIROS, 2020).

A Política Nacional de Saúde Bucal norteia as ações de saúde odontológica na perspectiva da busca da integralidade da atenção devendo estar voltadas para a amplificação e a capacitação da atenção primária, garantindo o acesso em todos os níveis etários e a oferta dos mais diversos serviços, possibilitando atendimento nos três os níveis de atenção: primário, secundário e terciário (BRASIL, 2004).

Para Silva *et al.* (2018a) a integralidade é um princípio e diretriz do SUS que imprime desafios à sua prática, mas que deve ser pautada na procura de atitudes humanizadoras, de respeito e responsabilização de todos os personagens envolvidos no processo do cuidado em saúde. A conduta a ser produzida deve ser baseada na integralidade, ocorrendo de forma multidisciplinar e intersetorial, observando as diferenças regionais do

Brasil, levando em consideração a cultura, o modo de vida, a religião e o status social dos usuários.

A integralidade é um dos atributos essenciais da atenção primária à saúde, no entanto, ainda parece ser um dos desafios mais consistentes, e o baixo desempenho deste, pode estar relacionado à incapacidade organizacional dos serviços de APS para a oferta de serviços e à heterogeneidade dos mesmos (CUNHA *et al.*, 2020).

O atributo da integralidade foi considerado ruim pelos usuários de estudo realizado por Maciel *et al.* (2020), o que pressupõe duas alternativas: falha no instrumento da referida pesquisa que não conseguiu enumerar de forma satisfatória os serviços prestados pela UBS, ou as ações e serviços prestados na APS estão aquém das necessidades e expectativas da população adscrita.

Os mesmos autores apontam que após analisarem os atributos da integralidade na ótica dos usuários, observaram que a avaliação dos serviços odontológicos destinados à comunidade estudada era considerada insatisfatória, pois havia baixa adesão aos serviços de saúde bucal oferecidos, persistindo o modelo de atendimento tradicional evidenciado no pronto atendimento, centrado nos aspectos meramente curativos e mutiladores. Essa prática dificulta a organização em torno da prevenção, promoção e recuperação da saúde preconizada pelo SUS (BARROS *et al.*, 2016).

Mesmo quando realizadas, as atividades de prevenção em saúde bucal, trazem, em alguns estudos, um modelo limitado e centrado em uma prática antiga da odontologia, conforme descrito em estudo desenvolvido por Aquilante e Acioli (2013), onde os membros das equipes de saúde bucal ainda centram suas atividades intersetoriais preventivas em palestras e aplicações tópicas de flúor na comunidade ou nas escolas, reproduzindo o modelo incremental de atenção à saúde que foi preponderante nos anos de 1950 a 1980.

As ações intersetoriais de educação em saúde bucal ainda apresentam baixa cobertura, baseadas em modelos tradicionais como palestras educativas, levantamentos epidemiológicos de necessidades, escovação supervisionada, aplicações tópicas de flúor e bochechos fluoretados, realizados nas UBS ou em espaços alternativos como escolas, creches, empresas, centros comunitários (MATTOS *et al.*, 2014).

É importante destacar que atividades e rotinas odontológicas devem estar fundamentadas e voltadas para uma clínica ampliada em saúde bucal, caracterizada por um acolhimento de escuta ao usuário que produz subjetividades e promove a pactuação de um plano terapêutico em que a tomada de decisão é compartilhada e está em constante

reconstrução, contrariamente a uma prática essencialmente biológica e centrada na doença do ser humano (GRAFF; TOASSI, 2018).

Outro entrave da integralidade da saúde bucal, diz respeito à oferta de consultas odontológicas no SUS. No Brasil, nas equipes de atenção básica, esse serviço ocorre em menos de 80% das unidades básicas, estando relacionado tanto à falta do profissional quanto à falta de equipamentos e insumos, mas, principalmente, porque na maioria das vezes, existe somente uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas EqSF, dificultando dessa forma, o acesso da população aos atendimentos odontológicos (LIMA, *et al.*, 2018).

A existência de uma grande demanda reprimida em odontologia é decorrente da carência de assistência odontológica durante muitas décadas da qual decorre uma enorme procura por procedimentos curativos, dificultando a reversão do modelo assistencial-tecnicista (BARROS *et al.*, 2016).

De acordo com Warmling, Baldisserotto e Rocha (2019), o problema no modelo de práticas baseado quase que exclusivamente no atendimento às queixas dos usuários que buscam as unidades de saúde, é a sua forma de organizar o atendimento de maneira excludente, priorizando grupos específicos em detrimento da maioria da população.

No que diz respeito à organização da demanda, observa-se que essa é feita de acordo com a disponibilidade do serviço e dos profissionais existentes das equipes de saúde da família.

Mattos *et al.* (2014) relatam que a forma de organizar o atendimento odontológico ocorre de duas formas: através da demanda organizada e através da demanda espontânea, caracterizando o pronto atendimento. Os autores relatam que o agendamento pode ocorrer através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em outras situações pode ser realizado através do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), em um dia previamente marcado na unidade de saúde ou nas escolas.

Em pesquisa realizada com as equipes de saúde bucal de Porto Alegre, foi observado que o ato de acolher as necessidades de saúde bucal está centrado em promover acesso ao atendimento odontológico, de maneira que este é direcionado à demanda espontânea de urgências, conforme agendamento tradicional por meio da distribuição de fichas individuais, ou ainda por meio da organização de grupos com identificação de necessidades. Ocorre uma valorização da conduta terapêutica fundamentada na definição de número de vagas para o atendimento de procedimentos odontológicos necessários para a conclusão de planos de tratamento (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

No estudo de Mattos *et al.* (2014) os cirurgiões-dentistas e as ASB relataram uma transformação do acesso dos usuários aos serviços odontológicos, que passaram a ser agendadas. Essa mudança no acesso através do agendamento ocorreu concomitantemente ao aumento numérico dos profissionais de saúde e Equipes de Saúde Bucal.

Estudos trouxeram a visita domiciliar como uma oportunidade de avaliação e atenção da saúde bucal de pacientes, especialmente aqueles com dificuldade de locomoção (MORAES; KLINGERMAN; COHEN, 2015).

A visita domiciliar é um instrumento valioso utilizado pela ESF que possibilita o estabelecimento de vínculos com os usuários, reconhecendo o cotidiano da comunidade e as relações entre os familiares. Nesta ação devem estar envolvidas atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e o acompanhamento familiar, sendo necessário o planejamento e o registro pela equipe de saúde. Vale ressaltar que a assistência domiciliar deve ser prestada a pacientes com dificuldade de mobilidade, enfermos acamados temporariamente ou definitivamente, podendo pertencer a qualquer faixa etária, não havendo uma patologia ou grupo de patologias específico (FERRAZ; LEITE, 2016).

A necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção ficou evidenciado nos estudos (CAVALCANTI *et al.*, 2012; FAGUNDES *et al.*, 2018; REIS *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2010), em concordância com Souza *et al.* (2015), que relatam que o paciente ao ser encaminhado para o CEO pelo dentista da AB possui maior probabilidade de voltar a esse nível de atenção para a continuidade do tratamento, demonstrando que a referência e a contrarreferência através do encaminhamento, contribuem para a integralidade do cuidado à saúde.

O crescimento das ações em odontologia no âmbito da APS promoveu um aumento da demanda por consultas e tratamentos especializados, de modo que os CEOs não conseguem absorver completamente os usuários referenciados (AQUILANTE; ACIOLI, 2013).

As mudanças do modelo de saúde bucal centradas, prioritariamente, no curativo perpassam por ferramentas de organização e mudanças no processo de trabalho em busca da integralidade do serviço.

O processo de trabalho em saúde bucal, de acordo com Neves, Giordani e Hugo (2019) não se limita a assistência odontológica individual. Para os autores, a integralidade só é alcançada através da criação de redes macro e micro institucionais, por meio de processos dinâmicos, voltados ao fluxo de assistência ao usuário.

Os odontólogos da APS produzem cuidado à saúde baseados em atuações clínicas fundamentadas no acolhimento, na escuta e no diálogo com os usuários, com a consolidação de aspectos subjetivos, promovendo a pactuação de um plano de tratamento compartilhado e em contínua edificação. Esses profissionais possuem uma percepção do cuidado divergente das práticas assistenciais (GRAFF; TOASSI, 2018).

O modelo de organização da atenção básica deve ser repensado com ferramentas de telefone e internet para facilitar o agendamento de consultas e favorecer o vínculo entre a unidade e o usuário, buscando aumentar e garantir o acesso e a resolutividade das unidades básicas brasileiras (LIMA *et al.*, 2018).

Outra questão que deve ser valorizada, diz respeito à percepção de profissionais com uma compreensão de cuidado contrária a uma assistência com foco essencialmente dentário a partir de necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. A subjetividade deve expressar-se pelo reconhecimento do usuário como um sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das de um corpo físico (GRAFF; TOASSI, 2018).

Dessa forma, é importante ressaltar que um conjunto de ações estruturadas para fortalecimento da APS é fundamental para se obter eficiência. Isso passa por uma rede de atenção à saúde organizada e com fluxos estabelecidos, melhoria contínua do acesso, investimentos em residências (medicina de família e comunidade e multiprofissional) e a definição de uma carteira de serviços que atenda as necessidades da população (CUNHA *et al.*, 2020).

O quesito integralidade na atenção básica em odontologia encontra-se fragilizado pela dificuldade de acesso, falha na organização da demanda, carência de educação e promoção da saúde, bem como limitação na continuidade de tratamento.

Faz-se necessária uma reformulação dos currículos dos cursos de graduação em odontologia e a promoção de cursos para os profissionais atuantes nas ESB para que ocorra a mudança no paradigma curativo-mutilador, centrado na doença em detrimento do modelo preventivo, reabilitador e promotor da saúde proposto pelo SUS para que a população brasileira possa ser atendida com qualidade, eficiência, efetividade e resolutividade em relação aos seus problemas de saúde bucal, evitando agravos e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Por outro lado, é importante maiores investimentos dos governos e da gestão na saúde bucal, com melhor estruturação das equipes, aquisição de equipamentos e materiais,

contratação de profissionais, valorização profissional, organização da rede de serviços e ampliação das ESB no país, de forma equiparada às equipes de saúde da família.

O conceito de integralidade do cuidado à saúde é abrangente e polissêmico traduzindo-se em aspectos variados da atenção em saúde, como o acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção, o que certamente dificulta sua caracterização de forma precisa, estando permeado por esses atributos que conjuntamente somados devem resultar no cuidado integral preconizado pelo SUS.

O aprofundamento desse estudo de revisão bibliográfica sobre a integralidade em saúde bucal revelou a necessidade da construção de uma revisão integrativa da literatura denominada: Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (anexo A).

### **3.3 Fluxograma Analisador**

O fluxograma constitui uma ferramenta capaz de apoiar e desenhar processos de gerenciamento. Para isso, é utilizada simbologia estabelecida pela ANSI (*American National Standards Institute*), a qual recomenda o estabelecimento de padrões nesse tipo de representação. Dessa maneira, um fluxograma pode ser compreendido de forma correta em qualquer lugar do mundo. A função primordial de um fluxograma é a de representar visualmente um processo, tendo como objetivos: seguir procedimentos; analisar um processo e definir possíveis melhorias; treinar pessoas recém ingressas nos serviços ou na empresa ou que devam realizar novas atividades (GUERREIRO, 2012).

Para Barboza e Fracolli (2005), ao analisar os fundamentos teóricos da ESF, embora sua condução teórica seja baseada em princípios da vigilância à saúde, a transformação do modelo assistencial curativista somente acontecerá na medida em que os processos de trabalho forem reorganizados. Para superar as práticas médico-centradas vigentes no setor saúde, faz-se necessário um rearranjo dos processos de trabalho das equipes, interferindo nos seus atos decisórios para a produção do cuidado em saúde. Esses inovadores fazeres e práticas devem tornar-se sólidos, concretizados como tecnologias de trabalho, utilizadas na produção da saúde.

A maneira como é desenvolvida nossa atividade profissional, a forma como realizamos o nosso trabalho é denominada processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2017).

Peduzzi *et al.* (2020) define especificamente que o processo de trabalho em saúde possui elementos essenciais que são: a atividade, o objeto de trabalho, os instrumentos (saberes e tecnologias), a finalidade, seus agentes e as necessidades dos usuários, as quais

interagem dialogicamente com o processo de trabalho, permitindo compreender as ações de saúde que devem ser articuladas com outras práticas sociais. Para o autor, os trabalhadores da saúde devem adotar em seus processos de trabalho atitudes reflexivas, na perspectiva de reestruturar os anseios comuns, por meio da cooperação, com atenção voltada para os usuários, propondo a edificação de colaborações interprofissionais.

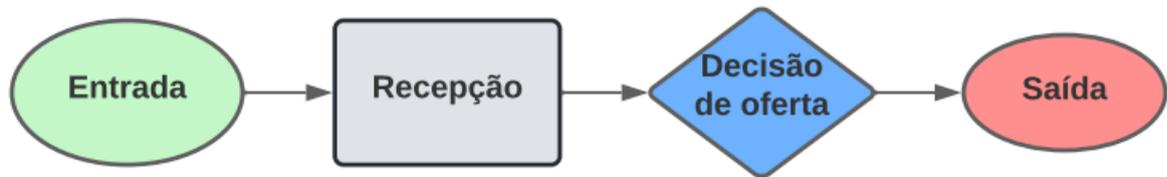
No contexto da melhoria dos processos de trabalho em saúde, o fluxograma analisador é concebido como uma ferramenta de análise, que averigua os mecanismos e as finalidades dos processos de trabalho, evidenciando a melhor forma de gerenciá-los. O juízo de operacionalização com instrumentos de características analíticas sustenta-se na proposição de que a construção de tecnologias que atuem com processos de autoanálise e autogestão possam ser adequados às atribuições dos serviços públicos de saúde, constituindo-se em potenciais mecanismos na construção do SUS e da consolidação da ESF (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

Existem muitas correntes de investigação sobre o trabalho em saúde, inseridas nestas, sobrepõe-se a concebida por Mehry e Franco que traz a proposição de uma ferramenta de análise através do fluxograma analisador, cuja finalidade é amplificar o entendimento das equipes gerenciais que objetivamente são responsáveis pelo cuidado, o qual deve ser focado na maneira como se desencadeia o processo rotineiro de trabalho: centrado prioritariamente no usuário (REIS; DAVID, 2010).

Segundo Malta (2001), para uma melhor observação o fluxograma emprega símbolos, estandardizados num diagrama que apresenta a forma de organizar os processos de trabalho, que se relacionam ao redor de determinada cadeia de produção do cuidado. Desse modo, o eixo norteador do fluxo a ser apresentado é o usuário, normalmente de forma sistemática tendo como princípio a ideia de geração do cuidado, o qual pode ser relacionado a um tipo de agravo cujo tratamento imprime ações programadas (exemplificando o diabetes ou a hipertensão arterial) ou em se tratando de grupos específicos que necessitam de ações planejadas específicas como mulheres, crianças, gestantes e idosos (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

De acordo com Merhy (1997), a simbologia empregada nos fluxogramas é normatizada globalmente, podendo ser visualizada na figura 1, que apresenta uma representação gráfica dos símbolos essenciais partindo da entrada e saída do processo (elipses), ocasiões nas quais se processam etapas relevantes de trabalhos na cadeia produtiva, com consumo de bens e produtos (retângulos). A intermediação entre esses passos é retratada pelos losangos que representam tomadas de decisão em relação às opções disponíveis e

quadrados que constituem ações desenvolvidas no processo. Na figura 1, no citado instrumento analisador, os desenhos exprimem todos os trabalhos em saúde com suas atitudes (saberes e práticas) nas suas variadas intervenções tecnológicas individualmente ou coletivamente adotadas.



**Figura 1 - Simbologia empregada nos fluxogramas. Fonte: Schiffer *et al.* (2005).**

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa.

A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde e permite a identificação de aspectos deficientes e a indicação de medidas para a sua retificação que visem melhorar a qualidade da atenção (MARTINS *et al.*, 2016).

O estudo metodológico propõe-se a investigar métodos de aquisição e organização de informações de pesquisas rigorosas, procurando desenvolver, validar e avaliar ferramentas e técnicas de pesquisa, buscando obter resultados com credibilidade e consistência, assim como testagens rigorosas de intervenções e processos requintados de obtenção de dados (POLIT; BECK, 2011).

Para Proetti (2018) a pesquisa quantitativa segue rigorosamente um estudo planejado anteriormente estabelecido, com variáveis e hipóteses definidas pelo pesquisador, buscando enumerar e dimensionar eventos (fatos) de maneira objetiva e com precisão. A pesquisa quantitativa se propõe e possibilita detecção de indicadores e probabilidades presentes na realidade de um estudo, sendo o seu ponto central a materialização física e numérica que possibilitam a explicação de um fenômeno, desvalorizando aspectos subjetivos (MUSSI *et al.*, 2020).

A pesquisa exploratória tem por finalidade propiciar uma maior intimidade com o problema, visando explicitar ou elaborar hipóteses, busca principalmente o aperfeiçoamento de ideias e o descobrimento de intuições (GIL, 2002).

As pesquisas descritivas têm como propósito principal a descrição dos atributos de determinada população ou fenômeno, podendo também visar e estabelecer ligações entre variáveis. Uma de suas características mais marcantes está na utilização de técnicas estandardizadas de coleta de dados como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

## 4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no serviço de Atenção Primária à Saúde da cidade de Juazeiro do Norte-CE. O município faz parte da Região Metropolitana do Cariri e tem uma população de aproximadamente 278.264 habitantes (IBGE, 2021).

Juazeiro do Norte possui um sistema de saúde público formado por Atenção Básica, hospitais, clínicas, laboratórios, CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e outros serviços.

A estrutura da APS no município de Juazeiro do Norte disponibiliza aos seus usuários 79 equipes mínimas (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde) cadastradas na Estratégia Saúde da Família, 03 equipes de atenção básica não cadastradas como Estratégia Saúde da Família por não possuírem os requisitos básicos exigidos pelo Ministério da Saúde (MS) e 08 equipes de Apoio à Saúde da Família (farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos).

O município conta com 52 equipes de saúde bucal, vinculadas às equipes de saúde da família, com dentistas e auxiliares de saúde bucal ou técnicos em saúde bucal, atendendo a uma cobertura de apenas 62,4% da população. Em relação à atenção secundária, possui dois CEOs, sendo que um faz parte da rede municipal e o outro da rede regional (JUAZEIRO DO NORTE, 2022).

## 4.3 População e Amostra

A população do estudo foi formada pelos odontólogos que fazem parte das equipes de saúde bucal da APS.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: fazer parte de Equipes de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte e possuir pelo menos 06 (seis) meses de atuação na APS.

Critérios de exclusão: profissionais que não foram encontrados no campo de pesquisa no momento da abordagem do pesquisador, após duas tentativas subsequentes. Também não constituíram a amostra, os profissionais afastados por gozo de férias, atestado médico ou qualquer outro tipo de licença.

Para o estudo estava prevista uma população de 52 dentistas, no entanto, foram excluídos 06 (seis) profissionais: 01 (um) devido à licença-saúde; 01 (um) que se encontrava

de licença-maternidade e 04 (quatro) por não possuírem o tempo mínimo de 06 (seis) meses de atuação na APS.

Resultaram para compor a amostra selecionada 46 (quarenta e seis) profissionais odontólogos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

O recrutamento dos participantes do estudo ocorreu a partir da lotação dos mesmos na Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte, mediante relação solicitada ao Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

A abordagem aos participantes foi realizada mediante envio de uma mensagem eletrônica via aplicativo *WhatsApp*, explicando detalhes do estudo, seus objetivos e a proposta da pesquisa, assim como informações sobre possível agendamento para o preenchimento do questionário, que foi aplicado de modo presencial na Unidade Básica de Saúde onde o dentista participante trabalha.

#### **4.4 Período e Etapas do Estudo**

Inicialmente foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura denominada Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma Revisão Integrativa. O estudo foi realizado no período de novembro de 2020 a julho de 2021 (anexo A).

Posteriormente foi realizada a coleta de dados junto aos profissionais participantes do estudo entre os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, através da aplicação de um questionário adaptado (apêndice A). O instrumento é baseado no questionário elaborado e validado por Mattos (2014). Este é composto por quinze questões de caracterização dos participantes e trinta e três referentes aos seguintes domínios (atributos) da integralidade: acolhimento (22), vínculo/responsabilização (08) e qualidade da atenção (03). As perguntas possuem respostas com escala ordinal do tipo *Likert*, com as seguintes opções: sempre, quase sempre, às vezes, raramente, nunca, não sabe, recusa a responder, não se aplica.

O instrumento da coleta de dados foi submetido a um teste piloto com cinco cirurgiões-dentistas com a finalidade de observar a adequabilidade do questionário.

Um terceiro momento do estudo foi realizado em fevereiro e março de 2022, quando ocorreu a tabulação e análise dos dados, obtidos através do instrumento aplicado aos odontólogos.

A quarta etapa do estudo foi constituída pela construção de um protótipo de uma tecnologia denominada fluxograma analisador realizada em abril de 2022.

Para subsidiar a construção do protótipo de fluxograma analisador foram utilizados os achados da revisão integrativa da literatura (anexo A) realizada: Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde e os resultados obtidos a partir da pesquisa quantitativa exploratória subsidiada na aplicação do questionário adaptado, o qual é baseado no questionário elaborado e validado por Mattos (2014), acerca da integralidade em saúde bucal, com o propósito de contribuir para a melhoria das práticas em saúde bucal, objetivando orientar os processos de trabalho das ESB com vistas à efetivação do princípio da integralidade no SUS.

Como o presente se refere apenas a proposição de um protótipo da construção da tecnologia, será requerido registro da propriedade intelectual do mesmo junto à biblioteca nacional para coibir a publicização do fluxograma antes da validação, que será realizada posteriormente junto aos juízes, em um outro trabalho científico.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados foram organizados e tabulados por meio do programa *Jasp* (versão livre 0.15, Universidade de Amsterdã, Amsterdã, Holanda) para todas as análises estatísticas, os quais estão apresentados em tabelas, figuras, gráfico e quadro para melhor visualização e foram analisados à luz da literatura.

Utilizou-se estatística descritiva de tendência central para descrever as variáveis contínuas, relacionadas aos aspectos sociodemográficos, e estatística descritiva de distribuição de frequência para descrever os atributos do cuidado integral na atenção à saúde bucal nos domínios acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade de atenção.

Uma análise em rede foi empregada para avaliar a associação entre aspectos sociodemográficos e os resultados obtidos no questionário de percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade.

As redes são estruturas gráficas compostas de nodos que são elementos em forma de círculo que representam variáveis ou itens de uma escala de avaliação em saúde. Os nodos conectam-se entre si por meio de linhas chamadas de arestas, nas quais a magnitude das relações pode ser evidenciada, de modo que quanto maior a espessura a entre dois nodos, mais forte é a relação entre eles. O posicionamento entre os nodos também aponta uma magnitude de relação: a esparsidade. Quanto menor o espaçamento entre os nodos, mais conectada é a rede (LEME *et al.*, 2020).

#### **4.6 Aspectos Éticos e Legais**

A pesquisa atendeu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Os participantes do estudo, no caso os odontólogos, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B), onde foi esclarecido sobre a justificativa, os objetivos, os procedimentos utilizados na pesquisa, os possíveis desconfortos e riscos, a relevância, a liberdade em recusar ou retirar em qualquer momento, a ausência de custos e a garantia do sigilo e anonimato. Após a pesquisa, os participantes assinaram o Termo Pós-esclarecido (apêndice C).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri – URCA, sob o parecer 5130621 (anexo C).

Após a aprovação do CEP, o projeto foi encaminhado à Educação Permanente do Município de Juazeiro do Norte, para autorização da realização da coleta junto aos odontólogos das Unidades Básicas de Saúde.

#### **4.7 Riscos e Benefícios**

Os riscos desse estudo foram mínimos e estão relacionados ao constrangimento e disponibilidade dos profissionais em participar do momento da pesquisa.

Os benefícios decorrem através dos resultados que apresentaram as fragilidades em relação à integralidade, permitindo que estratégias sejam implementadas como forma de melhorar a atenção aos usuários, bem como o processo de trabalho dos dentistas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo estão divididos em quatro tópicos: perfil e características sociodemográficas dos participantes; avaliação dos atributos da integralidade (acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção); análise em rede dos atributos da integralidade (acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção) e protótipo de fluxograma analisador.

### 5.1 Perfil e Características Sociodemográficas dos Participantes

Verificou-se inicialmente que todos os profissionais da amostra (46) fazem parte da equipe de saúde bucal modalidade I (100%), em que estão cadastrados apenas o cirurgião-dentista e a ASB. A modalidade II, formada por TSB (técnico em saúde bucal) e dentista, não figurou. O dado revela que não ocorreu a implantação da modalidade II em saúde bucal no município de Juazeiro do Norte. Concomitantemente, os resultados denotam que a totalidade da amostra, 46 (quarenta e seis) profissionais (100%) possuem jornada de trabalho de 40 horas semanais na APS.

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos profissionais odontólogos da APS participantes do estudo. Esses dados são importantes para conhecer o perfil da população estudada.

**Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos dentistas participantes na pesquisa: percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022 (n=46).**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual (%)</b>
Feminino	31	67.39
Masculino	15	32.60
<b>Idade (anos)</b>		
20 a 29	18	39.13
30 a 39	02	4.34
40 a 49	19	41.30
50 a 59	05	10.87
60 a 69	02	4.34

<b>Tempo de formado</b>		
01 a 05	18	39.13
06 a 10	02	4.34
11 ou mais	26	56.52
<b>Tipo de instituição</b>		
Pública	17	36.95
Privada	23	50.00
Ausente	06	13.04
<b>Pós-graduação</b>		
Sim	35	76.08
Não	11	23.91
<b>Pós-graduação (saúde coletiva, saúde da família ou saúde pública)</b>		
Sim	23	50.00
Não	23	50.00
<b>Tempo na APS (em anos)</b>		
Menos de 1	07	15.21
1 a 5	13	28.26
11 ou mais	26	56.52
<b>Vínculo empregatício (concurso público)</b>		
Sim	26	56.52
Não	20	43.78
<b>Atua no setor privado</b>		
Sim	31	67.39
Não	14	30.43
Não sabe	01	2.17

Pode-se observar na tabela 1 que a maioria dos participantes é do sexo feminino (67.39%) e está na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade (41.30%). Em relação à formação, 26 dentistas concluíram a graduação há mais de 11 anos, 23 estudaram em instituição privada e seis dos participantes não responderam essa questão. Grande parte dos odontólogos tem pós-graduação (76.08%), sendo que, metade é na área de saúde coletiva. A maioria possui vínculo

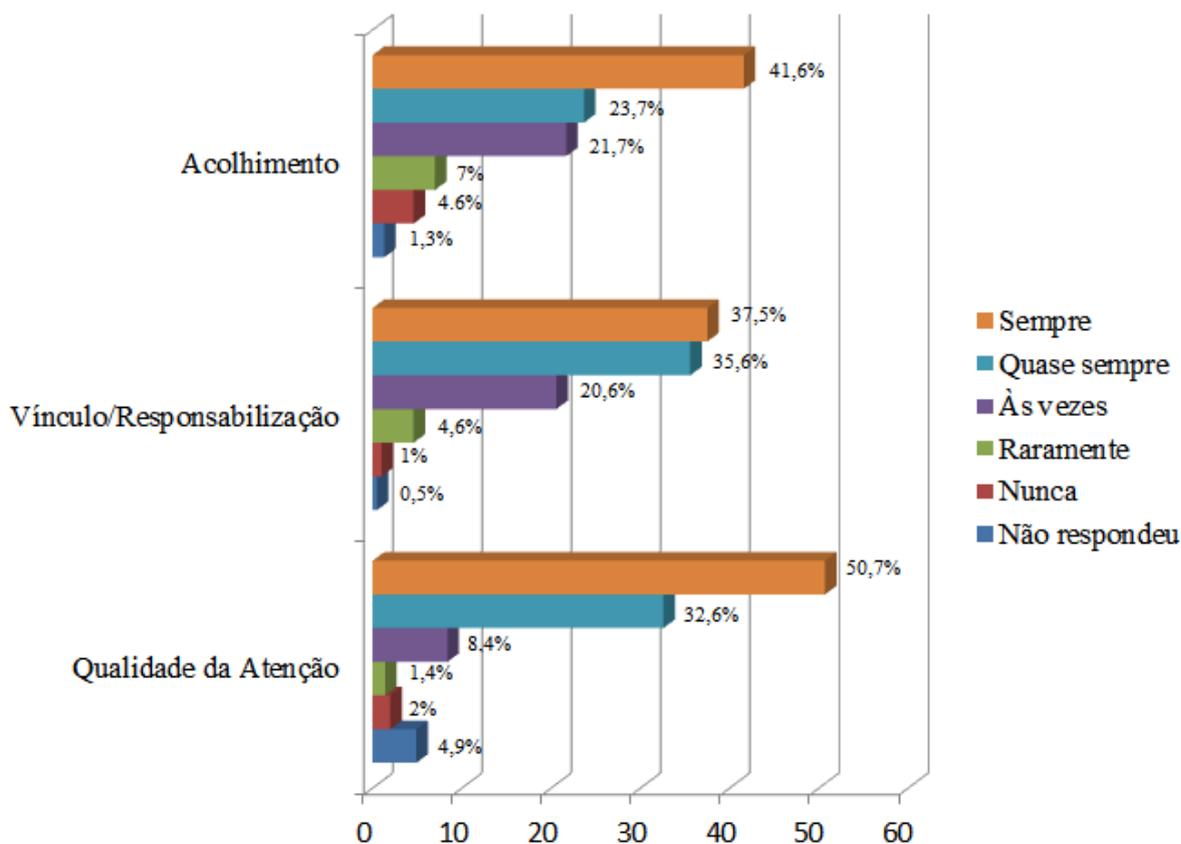
empregatício através de concurso público e está há mais de 11 anos na APS (56,52%). Uma grande parcela dos participantes (67,39%) atua também no setor privado como dentista.

Alguns dados desse estudo vão ao encontro aos de uma pesquisa realizada na APS de Porto Alegre, onde foi observado que dos 11 cirurgiões-dentistas entrevistados, a maioria eram mulheres e tinham idade entre 32 e 56 anos. O tempo de formado variou de 9 a 33 anos e todos cursaram pós-graduação como Especialização e/ou Residência (GRAFF; TOASSI, 2018).

## 5.2 Avaliação dos Atributos da Integralidade (acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção)

A avaliação da integralidade nas dimensões acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção apresenta-se no gráfico a seguir:

**Gráfico 1 – Avaliação da integralidade relacionada aos atributos acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**



O gráfico 1 representa o total de 1.012 respostas dos participantes do estudo em relação às 22 questões referentes à dimensão do acolhimento. Ao analisar os números, observa-se que 65,3% das respostas dos participantes, referentes a esse quesito, apresentam-se como sempre e quase sempre. Tal resultado mostra que as ações de acolhimento estão presentes na rotina de trabalho dos odontólogos entrevistados. Por outro lado, 21,7% das respostas mostram que estas atividades ocorrem de maneira eventual (às vezes) em suas práticas e 11,6% que o acolhimento nunca acontece ou acontece de maneira rara dentro das atividades na ESB. Somente 1,3% dos quesitos não foram respondidos neste âmbito do questionário.

O gráfico 1 também reporta-se às 368 respostas referentes aos 08 aspectos do vínculo/responsabilização dentro da ESB. Para a imensa maioria (73,1%), representada pelo somatório das respostas sempre e quase sempre, as práticas desses sentidos da integralidade ocorrem de maneira satisfatória. As respostas (20,6%) mostram que esta dimensão acontece de forma esporádica (às vezes). De maneira diminuta, apenas 5,6% das respostas apontaram que as condutas da dimensão vínculo/responsabilização não foram atendidas, mostradas no gráfico pelas opções nunca e raramente. Somente 0,5% dos quesitos relacionados às tais proposições não foram respondidos.

Finalmente, o gráfico 1 concomitantemente apresenta as 144 respostas relacionadas aos quesitos da qualidade da atenção. O gráfico aduz que 83,3% das respostas, constituídas por sempre e quase sempre, apresentam-se como contempladas no aspecto abordado. O valor de 8,4% das respostas apresentou a qualidade da atenção como uma ocorrência fortuita em seu cotidiano (às vezes). O somatório das respostas nunca e raramente correspondeu a 3,4% das respostas. Neste íterim, apenas 4,9% das questões não foram respondidas.

### **5.3 Análise em Rede dos Atributos Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Qualidade da Atenção**

A análise em rede foi utilizada para relacionar os aspectos sociodemográficos e os resultados do questionário de percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade.

A tabela 2 apresenta os valores de carga fatorial,  $R^2$  e erro padrão dos itens da escala do questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade.

**Tabela 2 - Cargas fatoriais, R<sup>2</sup> e erro padrão dos itens da escala questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

Dimensão	Item	Carga Fatorial	R <sup>2</sup>	Erro padrão
Acolhimento	q1	0.683	0.466	0.086
	q2	0.503	0.253	0.159
	q3	0.699	0.489	0.088
	q4	0.675	0.455	0.106
	q5	0.777	0.604	0.082
	q6	0.673	0.453	0.092
	q7	0.605	0.366	0.160
	q8	0.454	0.206	0.120
	q9	0.386	0.149	0.124
	q10	0.444	0.198	0.169
	q11	0.519	0.269	0.134
	q12	0.343	0.118	0.106
	q13	0.530	0.281	0.085
	q14	0.302	0.091	0.101
	q15	0.495	0.245	0.126
	q16	0.720	0.519	0.104
	q17	0.543	0.295	0.110
	q18	0.581	0.337	0.083
	q20	0.733	0.537	0.091
	q21	0.399	0.159	0.119
	q22	0.436	0.190	0.125
	Vínculo/Responsabilização	q23	0.574	0.330
q25		0.548	0.300	0.151
q26		0.614	0.378	0.125
q27		0.715	0.511	0.104
q28		0.371	0.137	0.137
q29		0.698	0.487	0.110
q30		0.228	0.052	0.158
Qualidade da Atenção	q31	0.731	0.535	0.112
	q32	0.845	0.715	0.081
	q33	0.904	0.818	0.102

**Nota: método de estimação diagonal mínimos quadrados ponderados robusto.**

Todos os itens, exceto o item 30 (0.228), apresentaram cargas fatoriais adequadas (> 0.30), porém decidimos mantê-lo visto que não houve interferência nos índices de ajustes gerais. Os itens 19 e 24 foram excluídos antes da análise fatorial confirmatória por não apresentarem variabilidade na amostra.

A integralidade parece ter uma relação direta com os atributos da orientação familiar e comunitária, uma vez que para a concepção de uma assistência integral satisfatória é necessário aos profissionais de saúde possuir um bom pertencimento dos pacientes e do

ambiente em que vivem, de forma que seja realizada uma correta e proporcional assistência prestada, conforme as necessidades concretas desses cidadãos (MACIEL *et al.*, 2020).

Ainda sobre a integralidade, uma pesquisa qualitativa realizada com ESB e outros profissionais da saúde, gestores e usuários de unidades de saúde de um município da Bahia, verificou que o trabalho em equipe encontrava-se desarticulado, de modo que no mesmo espaço laboral um profissional não conhecia o trabalho desenvolvido pelo outro. A organização do serviço de saúde bucal era centralizada na figura do cirurgião-dentista, o qual desconhecia as necessidades dos usuários e o município em estudo não possibilitou a resolubilidade dos problemas de saúde bucal, uma vez que a presença do atributo da integralidade nas ações da maioria dos profissionais foi incipiente, com deficiência no trabalho em equipe, carência de planejamento interdisciplinar e precariedade na condução da referência e contrarreferência (RODRIGUES *et al.*, 2019).

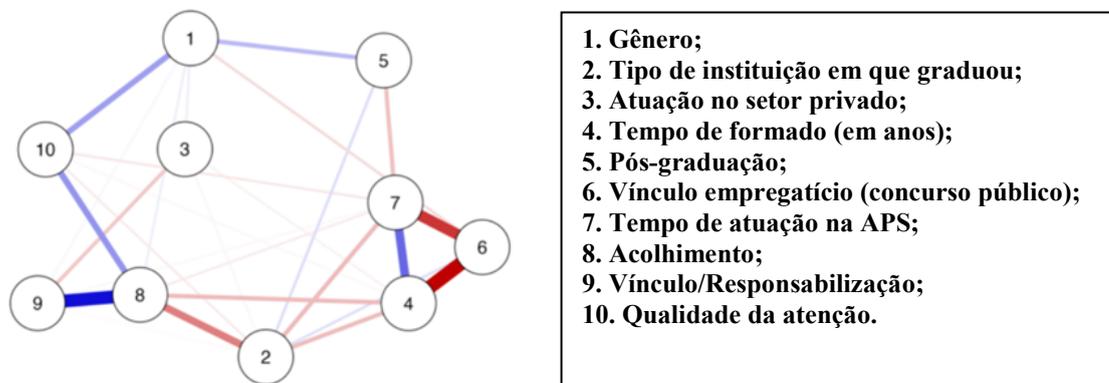
Para Silva *et al.* (2021), a fragilidade do modelo assistencial é reproduzida na medida em que as ações educativas aumentam a sua frequência e as ações curativas não diminuem estatisticamente. Existe a necessidade de aprofundamento nos estudos no sentido de compreender o fenômeno de que as atividades preventivas não conseguem atuar na diminuição das demandas curativas uma vez que estas parecem não alcançar a mudança de hábitos e estilos de vida já estabelecidos. Nesse sentido, a efetiva promoção da saúde e a prevenção de agravos aliadas à etapa recuperadora, proporcionam a integralidade do cuidado em saúde bucal, sendo um caminho a ser pavimentado pelo programa Brasil Sorridente (2004), o qual reserva espaço para a educação, diagnóstico e tratamento de agravos em saúde bucal.

A Tabela 3 apresenta os índices de ajustes gerais, onde os valores de CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker Lewis Index*) foram adequados ( $>0.90$ ) e o RMSEA (*Root-Mean-Square Error of Aproximation*), com valor de 0.08, indicou bom ajuste da escala. Cabe ressaltar que a RMSEA é um índice de ajuste da CFA.

**Tabela 3 - Índices de ajustes gerais da escala questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

Modelo	$X^2$ df	CFI	TLI	RMSEA
3 dimensões 31 Itens	537.519(431)	0.93	0.93	0.08[0.05.0.09]

A figura 2 apresenta a representação gráfica da rede em estudo, na qual a cor azul da aresta representa (por padrão do programa estatístico) uma relação positiva e a cor vermelha representa relação negativa.



**Figura 2 - Análise em rede relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

De acordo com a figura acima, pode-se observar que há uma relação positiva entre as dimensões de acolhimento e vínculo/responsabilização e entre acolhimento e qualidade da atenção. Nesse sentido, o acolhimento aparece como um atributo que está intimamente ligado não somente às questões de acesso, classificação de risco e ações preventivas, como descritas no questionário (apêndice A), mas também ao vínculo e à qualidade da atenção. Há também uma relação positiva entre tempo de formado e tempo de atuação na APS. Por outro lado, observa-se uma associação negativa entre vínculo empregatício com tempo de formado e tempo de atuação na APS.

Acolhimento é um mecanismo impulsionador de reflexões e transformação acerca da maneira como devem ser organizados os serviços de saúde através da utilização de saberes para o avanço da qualidade das práticas de saúde. Na dimensão do vínculo, a postura receptiva do profissional deve ser solidária ao sofrimento ou condição carregada pelo usuário, abrangendo por sua vez, as relações entre a equipe e entre esta e o usuário (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

O vínculo e o acesso aos diferentes níveis de atenção são citados por outros autores como elementos para alcançar a integralidade. Brasil e Santos (2018) ao realizarem um estudo qualitativo, observaram que as ESB tinham seu vínculo fragilizado com o usuário, pois as mesmas eram exigidas nos sentido de cumprir metas sem condições favoráveis de trabalho que deveriam ser providas pela gestão. Comumente ocorriam situações em que os usuários procuravam serviços odontológicos curativos e encontravam apenas uma resposta paliativa às suas necessidades, como uma escova dental, por exemplo. Os autores concluíram

que as condutas das ESB na APS precisam estar voltadas para a perspectiva da integralidade, oferecendo um leque de ações curativas e preventivas de forma equilibrada, objetivando responder às demandas dos cidadãos que precisam de cuidado, sob o prisma da resolutividade.

Um dos pontos abordados no questionário aplicado aos participantes, diz respeito ao atendimento domiciliar, a qual aparece como estratégia de fortalecimento do vínculo e de fomento ao acesso e à integralidade na saúde bucal.

Lima *et al.* (2019) em seu relato de experiência, considera a visita domiciliar como um dos mais importantes dispositivos para o estabelecimento de vínculos com a comunidade, sendo seu caráter estratégico direcionado à integralidade e à humanização das condutas de saúde, proporcionando uma maior proximidade com o usuário e por consequência uma maior responsabilização dos membros da equipe de saúde frente às demandas da população, considerando seu contexto familiar e socioeconômico. A atenção domiciliar orientada para a saúde bucal na ESF enaltece a promoção em saúde bucal e a prevenção de doenças bucais, possibilitando a execução de procedimentos odontológicos em domicílio, ofertando um cuidado que fortalece a autonomia do usuário através da integração profissional-paciente.

No quadro 1 (matriz de peso) são apresentadas as variáveis em associação presentes na rede.

**Quadro 1 - Matriz de peso relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gênero (1)	0									
Tipo de instituição (2)	0	0								
Atuação setor privado(3)	0.04	0.02	0							
Tempo de formado em anos (4)	0	-0.145	-0.031	0						
Pós-graduação (5)	0.152	0.074	0	-0.027	0					
Vínculo empregatício/concurso público (6)	-0.08	0.071	0	-0.561	0	0				
Tempo na APS (7)	0	-0.149	0	0.335	-0.136	-0.444	0			
Acolhimento (8)	0.04	-0.282	0	-0.147	0	0	-0.046	0		
Vínculo/Responsabilização (9)	0.017	-0.012	-0.121	0	0	0	-0.015	0.528	0	
Qualidade da atenção (10)	0.212	-0.047	0	-0.017	0	0	-0.055	0.233	0	0

No quadro 1 destaca-se a associação positiva (0.528) entre o indicador Vínculo/Responsabilização (9) e o indicador Acolhimento (8); do mesmo modo com interação

positiva (0.223), o cruzamento entre o indicador Qualidade da Atenção (10) e o Acolhimento (8) denotando que uma intervenção em um dos elementos acarretará necessariamente a melhoria do outro. Os dados demonstram também uma relação positiva das associações entre Qualidade da Atenção (10) e Gênero (1) com o índice 0.212, o que indica que o gênero masculino apresenta maior qualidade da atenção.

Ao observar a relação entre o indicador Acolhimento (8) e o indicador Instituição em que o profissional graduou (2) foi encontrada uma relação negativa (-0.282) evidenciando que os profissionais egressos da rede privada apresentaram menos ações no quesito Acolhimento.

O indicador Tempo de formado em anos (4) quando relacionado com os indicadores Acolhimento (8), Vínculo/Responsabilização (9) e qualidade da atenção (10), apresentou valores respectivamente de - 0.147, 0 (zero) e - 0.017, o que denota interpretar que a variável tem pouca ou nenhuma influência sob o aspecto dos atributos da integralidade em questão.

No acolhimento é essencial conhecer e escutar a pessoa que ouve, o indivíduo que está falando, como e o que se fala. É necessária ao profissional de saúde, uma reflexão acerca da sua individualidade do usuário enquanto receptor dos serviços de saúde. O relacionamento democrático entre paciente e profissional através do estabelecimento do vínculo, estimula a participação, o autogoverno e a tomada de decisão coletiva, favorecendo novas práticas sanitárias (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Para Warmling, Baldisserotto e Rocha (2019) a formação acadêmica tradicional do odontólogo, baseada em ações arcaicas e enormemente autônomas, subsidia o isolamento das práticas em saúde bucal, dificultando o surgimento de propostas de atenção que proporcionem a integralidade em saúde.

Os profissionais que compõem a ESB devem estar inseridos no processo de primeira escuta não apenas no que se refere à odontologia, assim como os outros atores da unidade devem estar apostos às demandas de saúde bucal dos usuários, no sentido do encaminhamento correto seguindo a classificação de risco. Todos os profissionais que atuam na APS devem estar atentos às necessidades de saúde dos usuários para que o acolhimento possa ocorrer de maneira integrada, minimizando o isolamento das equipes de saúde bucal, proporcionando interfaces de diálogo frequente entre os componentes da ESF, buscando a integralidade diante da oferta de quaisquer serviços da UBS (BASSO *et al.*, 2019).

A pesquisa realizada por Graff e Toassi (2018) demonstrou que a análise do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados estava voltada a uma prática de

clínica ampliada em saúde bucal, pautada no acolhimento de escuta ao usuário que produz subjetividades e promove a pactuação de um plano terapêutico, no qual as decisões são compartilhadas e estão em constante reconstrução, contrária a uma prática essencialmente biológica.

A tabela 4 apresenta o resumo da rede. A esparsidade faz referência à quantidade de conexões possíveis na rede, de modo que quanto menor a esparsidade mais conectada esta rede se apresenta. Nesse sentido, 62,2% das arestas aconteceram, demonstrando um bom grau de conectividade geral na rede nesse estudo.

**Tabela 4 - Resumo da rede relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

Número de nós	Número de arestas diferentes de zero	Esparsidade
10	28 / 45	0.378

A tabela 5 mostra as medidas de centralidade por variável, as quais designam que os indicadores de intermediação, proximidade e força foram percebidos, de modo que variáveis com valores de intermediação mais altos são mais suscetíveis às mudanças de intervenções e podem atuar como eixos (*hub*), conectando outros pares de variáveis na rede. Uma variável com alta proximidade será rapidamente afetada por mudanças em qualquer elemento da rede e também pode afetar outros componentes. O indicador de força é fundamental para entender quais variáveis têm as conexões mais fortes no padrão de rede estudado (EPSKAMP *et al.*, 2012).

**Tabela 5 - Medidas de centralidade por variável relativa ao questionário percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade. Juazeiro do Norte-CE, 2022.**

Variável	Intermediação	Proximidade	Força	Influência esperada
Gênero	-0.185	-0.668	-0.683	1.002
Instituição	-0.859	0.694	-0.021	-0.703
Atuação no setor privado	-0.859	-1.952	-1.533	0.053
Tempo de formado (anos)	0.657	0.621	1.173	-0.949
Pós-graduação	-0.691	-1.174	-1.076	0.365
Vínculo empregatício (concurso público)	-0.691	0.249	0.896	-1.792
Tempo na APS	-0.522	0.061	0.959	-0.782
Acolhimento	<b>2.342</b>	<b>1.450</b>	<b>1.205</b>	0.889
Vínculo/Responsabilização	0.489	0.545	-0.295	<b>1.032</b>
Qualidade da atenção	0.320	0.174	-0.625	0.888

A tabela 5 descreve as medidas de centralidade por variável revelando valores mais altos nos indicadores Intermediação (2.342); Proximidade (1.450) e Força (1.205) no atributo Acolhimento, que desta forma apresenta-se como um fator mais sensível às transformações. O indicador Influência Esperada (1.032) foi significativo no atributo Vínculo/Responsabilização, demonstrando que uma interferência neste aspecto é o caminho mais curto para a obtenção de um resultado satisfatório diante de uma intervenção, podendo desta forma, contribuir agilmente na efetivação da integralidade em saúde bucal na APS. É importante salientar que valores elevados nos indicadores de Influência Esperada: Gênero (1.002); Acolhimento (0,889) e Qualidade da Atenção (0,888) refletem a importância desses quesitos nas conexões da rede.

Ainda analisando a tabela 5 observou-se que o tempo de formado em anos (1.173) e o vínculo empregatício (0.896) também apresentam valores consideráveis no indicador Força o que denota que esses indicadores possuem conexões mais fortes na rede ora apresentada. Com relação ao tipo de instituição (-0.021) possui antagonicamente o menor valor, o que denota baixa influência nas conexões da rede.

O vínculo deve ser pensado em três aspectos: através da afetividade, como relação terapêutica e como continuidade do cuidado. A postura de estabelecimento de uma relação afetiva e com resolutividade em relação às demandas de saúde deve levar em consideração a particularidade e a subjetividade da relação profissional-paciente que sugere integração dinâmica dos diversos contextos e peculiaridades de ambas as partes. Através da escuta qualificada, da compreensão da condição do doente e da empatia, o profissional de saúde supre boa parte das necessidades do usuário (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Estudo realizado através de grupos focais em UBS de Piracicaba-SP, mostrou que a prática de tecnologias leves no trabalho dos profissionais de saúde foi ressaltada como um facilitador na adesão dos usuários ao tratamento. Os componentes da equipe observaram que a edificação do vínculo demanda tempo e confiança, iniciando com o acolhimento e ampliando-se no decorrer do tempo da relação entre profissionais e usuários. Ainda de acordo com a mesma pesquisa, foi comprovado que a postura e conduta educadas, com zelo e profissionalismo, aplicando a verdade científica com afetividade, auxiliam na adesão do paciente. A equipe considera que quando ocorre o cuidado através dos ciclos de vida do indivíduo (infância, adolescência e fase adulta) de maneira contínua, o estabelecimento do vínculo alcança um maior índice de sucesso (BULGARELLI *et al.*, 2017).

O vínculo também envolve a responsabilização, representando que o profissional deve apropriar-se da responsabilidade pela vida e pela morte do usuário, no que concerne a

possibilidade de intervenção, sem burocracia e sem impessoalidade. A efetivação de transformações que sucedam novos processos de trabalho devem ter como eixos norteadores as pessoas, de forma a resgatar os espaços laborais como lugar de sujeitos proativos. Outro contexto que compromete a responsabilização é a divisão entre componentes da equipe de trabalho, onde cada um desenvolve suas tarefas, ocorrendo precária integração entre as atividades, imperando a ideia da subordinação em detrimento a complementaridade na equipe multiprofissional (JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

De acordo com Graff e Toassi (2018), para que o vínculo ocorra, é necessário que os profissionais de saúde determinem uma relação mais horizontalizada com o usuário, relativizando suas verdades, visto que não necessariamente aquilo que tem como valor terá o mesmo sentido para o usuário.

Esses pensamentos remetem ao histórico das condições de saúde, referência, contrarreferência e continuidade do cuidado durante os vários ciclos de vida que por sua vez, integram o atributo vínculo/responsabilização do instrumento aplicado aos profissionais deste estudo.

#### **5.4 Protótipo de Fluxograma Analisador da Saúde Bucal na APS**

A construção do protótipo de fluxograma analisador da saúde bucal na APS foi realizada à luz da literatura buscando analisar o processo de trabalho para orientar a assistência à saúde bucal do usuário dentro da UBS, na perspectiva da integralidade à saúde.

Para auxiliar na construção do protótipo de fluxograma analisador foram utilizados os achados da revisão integrativa da literatura realizada (anexo A): Integralidade em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde e os resultados obtidos a partir da pesquisa quantitativa exploratória subsidiada na aplicação do questionário adaptado, o qual é baseado no questionário elaborado e validado por Mattos (2014), acerca da integralidade em saúde bucal com o propósito de contribuir para a melhoria das práticas em saúde bucal, objetivando orientar os processos de trabalho das ESB com vistas à efetivação do princípio da integralidade no SUS. O programa de construção de gráficos utilizado nessa elaboração foi o *Lucichart* (versão livre), apresentado na figura 3.

Na elaboração desta importante tecnologia de saúde também foi levada em consideração a pandemia do COVID-19, de modo que o fluxograma constitui uma ferramenta necessária e bastante utilizada para promover a organização da demanda, proporcionando o distanciamento social de acordo com medidas sanitárias recomendadas. A pandemia do

COVID-19 foi oficialmente declarada em 11 de março de 2020 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) pelo diretor-geral da OMS, em uma entrevista coletiva, o qual ressaltou em seu pronunciamento, naquela ocasião, que havia 118 mil casos em 114 países e que 4.291 pessoas foram a óbito por causa da doença (BBC NEWS BRASIL, 2020)

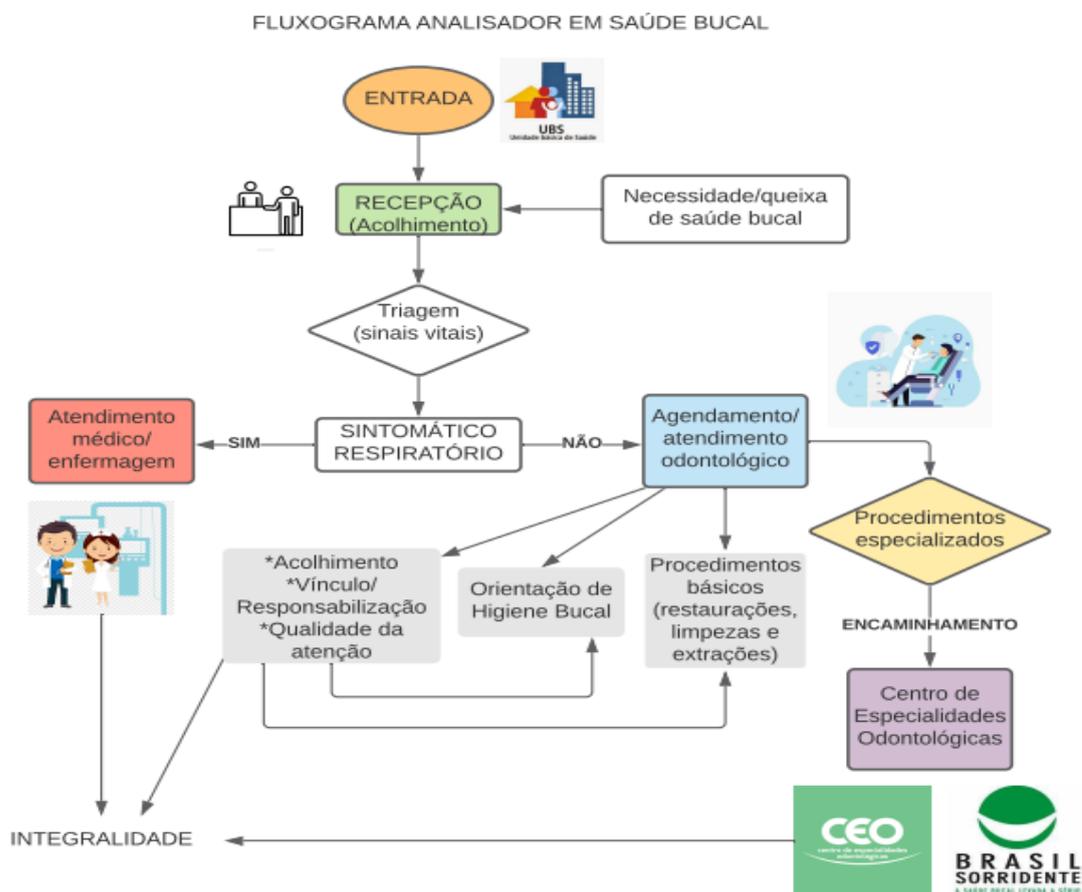
Diante do exposto, o fluxograma analisador constitui um instrumento potente de análise e aperfeiçoamento do processo de trabalho na ESF, promovendo a visualização e a reflexão sobre estes, proporcionando uma melhoria real ao atendimento e organização de fluxos e demandas, sempre focadas nas necessidades dos usuários, objetivando a integralidade do cuidado à saúde.

Ratificando tais afirmativas, após um estudo de revisão crítica, Reis e David (2010) constataram que o fluxograma analisador constitui uma tecnologia em saúde capaz de analisar processos de trabalho dentro de cada categoria de trabalhadores da saúde trazendo benefícios ao usuário, na perspectiva da busca da integralidade da atenção. Nesse ínterim, fica explícito que a utilização do fluxograma analisador é um instrumento potente na construção de um inovador modelo de produção do cuidado voltado para a qualidade e defesa da vida, compreendendo que o trabalho em saúde não pode estar desvincilhado das vivências reais cotidianas pois precisa estar subsidiado nas necessidades do usuário.

As mudanças de paradigma no processo de trabalho, embasado no vínculo com a comunidade e no desempenho multiprofissional, ocorre através da reestruturação das ESB no sentido de atuarem conjuntamente às EqSF. O estabelecimento de um fluxograma, tendo como suporte uma agenda compartilhada e o matriciamento de ações, auxilia o estabelecimento dos princípios na integralidade e da continuidade do cuidado, tornando o fluxo do usuário, através dos pontos da Rede de Saúde, mais rápido e eficiente (BASSO *et al.*, 2019).

A inclusão de práticas inovadoras de acolhimento em saúde bucal não está diretamente relacionada ao crescimento numérico dos profissionais nas ESB ou a investimentos em melhoria das condições de trabalho por se reportarem às mudanças nas competências subjetivas dos profissionais. Agregar novos conhecimentos transformadores do acolhimento decorre da aquisição de novos conceitos de geração do cuidado e de aperfeiçoamento de processos de trabalho, gerando novas formas de refletir e problematizar processos de saúde/doença para a edificação de uma clínica inovadora e resolutiva que seja capaz de aperfeiçoar a qualidade do cuidado em saúde (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

A figura 3 representa a prototipação de um fluxograma analisador de processo de trabalho na APS que visa orientar ações que permitam um melhor fluxo dos usuários dentro do serviço de saúde bucal tendo como finalidade a busca integralidade do cuidado à saúde.



**Figura 3 - Protótipo de fluxograma analisador de processo de trabalho da saúde bucal na APS.**

**Fonte: autor.**

A figura 3 representa a proposição de um fluxograma com vistas à integralidade do cuidado em saúde bucal. O acolhimento ocorre na recepção e deve permear todo o percurso do usuário na rede. Uma vez recebida a demanda odontológica, o paciente é enviado para a triagem onde é identificado se ele é portador de síndrome respiratória: em caso positivo, segue para o atendimento com o médico e enfermeira da UBS. Em caso negativo, o paciente é encaminhado ao serviço odontológico onde, em caso de urgência (dor), deve ser atendido prontamente sem demora. Em caso de procedimento eletivo, o usuário será agendado para realizar todo o tratamento odontológico de que necessita.

Ainda de acordo com o fluxograma analisador do processo de trabalho, através do acolhimento, deve ocorrer a escuta qualificada, na qual a ESB realiza a anamnese e o plano de tratamento, estabelecendo um vínculo por meio das consultas programadas, assumindo de

forma responsável e compartilhada as decisões acerca da saúde do indivíduo, inclusive sob o aspecto da sua saúde geral. Nesse processo para que a qualidade da atenção possa ser garantida é fundamental que ocorram os procedimentos curativos (restaurações, limpezas e extrações) concomitantemente às orientações de higiene bucal. Por fim, caso o paciente necessite de tratamentos especializados, este deverá ser encaminhado para o CEO tendo por finalidade a continuidade do cuidado e a resolubilidade na busca da integralidade em saúde bucal.

## 6 CONCLUSÃO

A ampliação dos serviços e atendimentos em saúde bucal, sempre vinculada aos princípios doutrinários do SUS, procura solidificar e enaltecer a universalidade, a equidade e a integralidade na atenção à saúde dos usuários e comunidades.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou analisar as dimensões da integralidade, as quais devem ser visualizadas como guias de uma saúde pública de qualidade, oferecendo aos cidadãos brasileiros a satisfação de suas necessidades e anseios em saúde.

A percepção dos atributos da integralidade nas dimensões do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Qualidade da Atenção mostraram bons percentuais de respostas (sempre e quase sempre) na escala tipo Likert adotada, indicando que o serviço de odontologia na APS caminha no sentido da busca da integralidade em saúde bucal no município de Juazeiro do Norte-CE. No entanto, o estudo revelou que ainda existem obstáculos para a efetivação desse princípio do SUS, exigindo uma melhoria nos indicadores do Acolhimento e do Vínculo/Responsabilização, uma vez 29,75% das respostas dos entrevistados correspondem ao atendimento fortuito ou totalmente negligenciado nos quesitos relativos a estes aspectos. O indicador Qualidade da Atenção foi o mais bem avaliado, apresentando 83% das respostas como satisfatórias.

A análise em rede refletiu uma intensa integração entre os componentes estudados, demonstrando que essa teia se fortalece à medida que quaisquer uma das dimensões da integralidade é aprimorada. A correlação entre o acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção subsidia a ideia de que o princípio da integralidade não é um sonho dentro do sistema de saúde pública, mas uma realidade a ser conquistada através da construção de processos de trabalho centrados nos usuários.

O fluxograma analisador de processo de trabalho constitui uma ferramenta de aprimoramento desses processos que pode ser utilizada para a organização do fluxo e da demanda dentro da UBS, podendo ser importante mecanismo propulsor na busca da integralidade do cuidado em saúde bucal.

A odontologia não é simples componente da integralidade, uma vez que esta deve representar um conjunto bem maior de ações do cuidado, não estando apenas centrada nas atividades clínicas, mas voltada à compreensão do ser humano, de suas necessidades e anseios. Dentro de sua governança, o odontólogo deve e pode oferecer um serviço de saúde de qualidade, observando não apenas sinais e sintomas da boca do paciente, mas a análise

cuidadosa dos aspectos que permeiam a vida do paciente e dos processos de adoecimento através dos determinantes e condicionantes da saúde.

A presente pesquisa invoca o debate acerca da integralidade do cuidado e provoca a substancialmente a necessidade de outros estudos envolvendo a opinião de usuários e gestores, uma vez que a dimensão polissêmica do atendimento integral exige a abertura ao diálogo com a comunidade e o aperfeiçoamento de políticas públicas com o objetivo claro da consolidação da APS e seu papel representativo e resolutivo dentro de um SUS capaz de cumprir o seu papel de forma satisfatória junto à população.

É imprescindível o reconhecimento de que a capacitação profissional deve ser priorizada desde a academia e sofrer continuidade dentro das UBS através da educação permanente em saúde, no sentido da qualificação profissional e humana com vistas ao fortalecimento das ações de saúde bucal na perspectiva do cuidado integral em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. R. A dicotomia do princípio da integralidade no SUS. **Revista Cadernos Ibéro-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, 6(1): 153-166, jan./mar, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i1.33>. Acesso: 03 de julho de 2021.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G.; O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (1): 239-248, 2015. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/630/63033062027.pdf>. Acesso em 15 de março de 2021.
- BARBOSA, S. N. Reflexões sobre democracia, SUS e saúde bucal como direito. **Revista Tempus, actas de saúde coletiva**. Brasília, 13(3), 169-181, set, 2019. Epub Jul/2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1856c9/tempus.v13i3.2638>. Acesso: 28 de junho de 2021.
- BARBOZA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tygxnDVp8xM4YQVyZxpKtR/abstract/?lang=pt>. Acesso: 26 de agosto de 2021.
- BARROS, S. G.; CANGUSSU, M. C. T.; CRUZ, D.N.; SILVA, L. O. R.; RONCALLI, A. G. Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva**. Feira de Santana, 6(2): 37-42 (Dezembro, 2016). Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1212>. Acesso em 20 de abril de 2021.
- BASSO, M. B.; NUNES, N.B.; CORRÊA, L. B. C.; VIEIRA, C. N. VILARINHO, J. L. P. S.; PUCCA JÚNIOR, G. A. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, Junho, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232019000602155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000602155&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 de dezembro de 2019.
- BBC NEWS BRASIL. **Coronavírus: OMS declara pandemia**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>. Acesso em 16 de março 2021.
- 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: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em 03 de março 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível

em:<[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em 29 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 510/2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 29 de novembro de 2019.

BRASIL, M. L.; SANTOS, L. V.; DINIZ, B. M.; BEZERRA, R. N. M.; QUEIROZ, J. C. Política nacional de saúde integral LGBT: um estudo reflexivo sob a perspectiva dos princípios doutrinários do SUS. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** Vol. 11, n 1, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4126>. Acesso: 15 de junho de 2021.

BRASIL, P. R. C.; SANTOS, A. M. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e 280414, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/L7DhfhY3qwpbzwskdfjKkLN/?lang=pt>. Acesso em 10 de março de 2022.

BRITO, I. O Núcleo de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Reforma Sanitária. **Revista Pares.** João Pessoa, março de 2019. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/59148259/NESC\\_UFPB20190506-80827-vtep25.pdf](https://www.academia.edu/download/59148259/NESC_UFPB20190506-80827-vtep25.pdf). Acesso: 01 de junho de 2021.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dec. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em 26 novembro de 2019.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A.B.M.; BORGES, P.K. O.; BALDANI, M.H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, outubro, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 novembro de 2019.

CASTRO, G. J. O.; SALAZAR, S. M. Z.; DELGADO, G. J.; PULIDO, J. H. T.; VALENCIA, S. S. **Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para lagarantía del derecho a la salud.** Univ Odontol. 2019 ene-jun; 38(80). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.psb>. Acesso em 22 de novembro de 2019.

CAVALCANTI, Y. W.; BARBOSA, A. S.; ALMEIDA, L. F. D.; PADILHA, W. W. N. Avaliação de usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, 12(3):405-12, jul./set., 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63770311.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2020.

COUTINHO, D. C. M.; SANTOS, R. Política de saúde no Brasil pós Constituição Federal de 1988: reflexões sobre a trajetória do SUS. **Revista Humanidades e Inovação.** Volume 6,

n.17 – 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/3FvZLjf5krjLfvZcbZy9wS/>. Acesso: 25 de junho de 2021.

CUNHA, C. R. H.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; D'AVILA, O.P; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; FALLER, L. A. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1313-1326, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401313](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401313). Acesso em 26 de março de 2021.

DIAS, T. A.; POMPEU, G. V. M. A exequibilidade da universalidade da saúde dos refugiados: análise do caso dos imigrantes venezuelanos frente ao Decreto 25.681/2018 de Roraima. **Revista Direitos Humanos em Perspectiva**. Belém, vol. 5 | n.2 | p. 84-104 | jul/Dez. 2019. Disponível em: <https://www.unifor.br/documents/392178/3101527/GT10+Thais+Araujo+e+Gina+Vidal+Pompheu/pdf/e7e53b51-634f-fa8c-7bae-301c61553a83>. Acesso: 29 de junho de 2021.

EPSKAMP, S.; CRAMER, A.O.J.; WALDORP, L.J.; SCHMITTMANN, V.D.; BORSBOOM, D. QGRAPH: **Network visualizations of relationships in psychometric data**. *J. Stat. Softw.* 2012, 48, 1–18. [CrossRef]. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/v48/i04/>. Acesso em 01 de março de 2022.

FERRAZ, G. A.; LEITE, I. C.G. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista APS**. 19(2): 302 – 314. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15647>. Acesso: 21 de dezembro de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: [http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil\\_como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa.pdf](http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf). Acesso em 30 de novembro de 2019.

FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. D.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. M.; FACCHINI, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Revista Cad. Saúde Pública** 2018; 34(9): e00049817. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00049817.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2020.

FARIA, H. P.; MARCOS A. WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 3a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2017 Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-Saude-Modulo-Atencao.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2021.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. In: Merhy EE, organizador. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.37-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280313, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312018000300608&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312018000300608&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 20 de maio de 2021.

GUERREIRO, K. M. S. Qualidade e **produtividade [recurso eletrônico]**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2012. Disponível em: [http://redeetec.mec.gov.br/images/stories/pdf/proeja/qualidade\\_produt.pdf](http://redeetec.mec.gov.br/images/stories/pdf/proeja/qualidade_produt.pdf). Acesso em 29 de agosto de 2021.

HORA, T. D. Políticas sociais no contexto neoliberal: uma análise sobre o direito à saúde. **Anais do II Congresso internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos**. Londrina PR, de 04 a 07 de Julho de 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/128468.pdf>. Acesso: 10 de junho de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conheça cidades e Estados do Brasil: 2021**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 19 de maio de 2022.

JUAZEIRO DO NORTE, **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Secretaria Municipal de Saúde. Juazeiro do Norte, CE, 2018. Disponível: <https://www.juazeirodonorte.ce.gov.br/>. Acesso em 10 de julho de 2021.

JUNIOR, A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 2005. p. 241-257. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2021.

LEME, D. E. C.; ALVES, E. V. C.; LEMOS, V. C. O.; FATTORI, A. Análise de redes: uma abordagem de estatística multivariada para pesquisas em ciências da saúde. **Geriatr Gerontol Aging**. 2020;14(1):43-51. Disponível em: <http://ggaging.com/details/1592/pt-BR#:~:text=Network%20analysis%3A%20a%20multivariate%20statistical%20approach%20for%20health%20science%20research&text=A%20an%C3%A1lise%20de%20redes%20%C3%A9,de%20associa%C3%A7%C3%B5es%20entre%20m%C3%BAltiplas%20vari%C3%A1veis>. Acesso em 25 de fevereiro de 2022.

LIMA, A. P.; LOPES, T. S.; LIMA, A. F. A.; FARIAS, M. R.; MACIEL, J. A. C. Atenção domiciliar em saúde bucal: experiência de integração ensino-serviço-comunidade em centro de saúde da família. **Revista de Políticas Públicas**. SANARE, Sobral - V.18 n.01,p.90-97, Jan./Jun. – 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1309/690>. Acesso em 22 de março de 2022.

LIMA, J. G. GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E.V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, Sept. 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 dezembro de 2019.

MACIEL, J. A. C.; SILVA, R. A. D. A.; FARIAS, M. R.; TEIXEIRA, C. N. G.; CASTRO-SILVA, I. I.; TEIXEIRA, A. K. M. Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>.. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**, 1993 - 1996 [tese]. Campinas: Paulo Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2001. 423f. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313169>. Acesso 25 de agosto de 2021.

MARTINS, I. G. T.; LACERDA, J. T.; NICKEL, D. A.; TRAEBERT, J.T. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2016000300701&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000300701&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de novembro de 2019.

MATTOS, G. C. M. **Construção e validação de um instrumento para avaliação da integralidade do cuidado odontológico na atenção primária, sob a perspectiva do cirurgião-dentista. 2014**. 148f. Tese (Doutorado em Odontologia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9MGGDV>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2): 373-382, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 15 de abril de 2021.

MENDES, E. V. Atenção Primária nas Redes de atenção à Saúde In: MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Cap. 1. Pag.121-137. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso 15 de agosto de 2021.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700077&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700077&script=sci_arttext). Acesso em: 28 de agosto de 2021.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [ 1 ]: 171-186, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100171](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100171). Acesso em 04 de novembro de 2020.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; ASSUNÇÃO, E. T. C.; NUN, C. N. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 414 - 430, jan. 2020. ISSN 2359-0424. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193>. Acesso em 11 maio de 2021.

NEVES, M; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, Maio 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232019000501809&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000501809&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 42 (3): 146-152; 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/327666872\\_Integralidade\\_Algumas\\_Reflexoes](https://www.researchgate.net/publication/327666872_Integralidade_Algumas_Reflexoes). Acesso: 01 de julho de 2021.

OSÓRIO, A. A.; SALDANHA, R. P.; CARDOSO, J. C. Promoção da saúde: as práticas de agentes comunitários de saúde de um município da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Comunicações Orais**. Sefic Unissale. Canoas – RS. Out. 2015. Disponível em: <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2015/article/download/271/209>. Acesso: 15 de junho de 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Revista Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, vol. 18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em 05 de novembro de 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. Disponível em: [http://www.abed.org.br/congresso2015/anais/pdf/BD\\_20.pdf](http://www.abed.org.br/congresso2015/anais/pdf/BD_20.pdf). Acesso: 04 de junho de 2021.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**. Vol 02. São Paulo – SP, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

PUCCI, V. R.; SILVA, K. F.; DAMACENO, A. N.; LOPES, L. F. D.; WEILLER, T. R. Profissionais de saúde em serviços de Atenção Primária à Saúde: integralidade na Saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**. 2019; jul./set.; 22 (3). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16774>. Acesso: 01 de julho de 2021.

QUEVEDO, A. L. A.; ROSSONI, E.; PILOTTO, L. M.; PEDROSO, M. R. O.; PACHECO, P. M. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade de saúde da família, **Rev.APS**.2016 jan/mar. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168757/001006175.pdf?S>. Acesso em 23 de novembro de 2019.

REIS, C. M. R.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; AMARAL, J. H. L.; MAMBRINI, J. V. M.; WERNECK, M. A.F.; ABREU, M. H. N. G. Understanding oral health care team performance in primary care: A mixedmethod study. **PLOS ONE** | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217738> May 30, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/35006/2/Understanding%20oral%20health%20care%20team.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>. Acesso: 07 de novembro de 2021.

RODRIGUES, A. A. A. O.; FONSÊCA, G. S.; SIQUEIRA, D. V. S.; ASSIS, M. M. A. A.; NASCIMENTO, M. A. A. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana – BA. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 476-485, out./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14676>. Acesso em 26 de dezembro de 2020.

RODRIGUES, A. A. A. O.; OLIVEIRA, M. Q.; SANTOS, M. H. A.; JÚNIOR, A. J.; SILVA, A. K. P. Qualidade da atenção em Saúde Bucal: entraves que dificultam a prática das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Revista APS**, 2019; out./dez.; 22 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15958>. Acesso em 08 de março de 2022.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhZYYd7CwZfnsVnTQp/abstract/?lang=pt>. Acesso: 08 de junho de 2021.

SANCHEZ, H. F.; FURQUIM, M.A.; WERNECK, J. H.; AMARAL, L.; FERREIRA, E. F. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trab. educ. saú** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 201-214, abr. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462015000100201&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462015000100201&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 26 novembro 2019.

SILVA, E. L. V. Democracia, participação social e equidade em saúde. **Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social**. Vol. 1, nº 1. Junho, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/einps/article/view/16541>. Acesso em 18 de junho de 2021.

SILVA, M. A. M.; FIGUEIREDO, A. C. M.; GUEIROS, R. F. Diferentes olhares sobre os serviços de saúde bucal no SUS. **Researchgate**, Janeiro de 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/338657453\\_RELATORIO\\_TECNICO\\_Titulo\\_Diferentes\\_olhares\\_sobre\\_os\\_servicos\\_de\\_saude\\_bucal\\_no\\_SUS?enrichId=rgreq-1dd81bef4060eb76cc11d5c58a154f39-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzODY1NzQ1MztBUzo4NDgzNjk5ODM0MjY1NjRAMTU3OTI3ODU3NDU1MA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/338657453_RELATORIO_TECNICO_Titulo_Diferentes_olhares_sobre_os_servicos_de_saude_bucal_no_SUS?enrichId=rgreq-1dd81bef4060eb76cc11d5c58a154f39-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzODY1NzQ1MztBUzo4NDgzNjk5ODM0MjY1NjRAMTU3OTI3ODU3NDU1MA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf). Acesso em 05 de maio de 2021.

SILVA, M. A. M.; TRAJANO, E. T. L.; GUEIROS, R. F.; MENDES, A. A. J. A caracterização da gestão da rede de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro pelo perfil regional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(4), e310417, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/46s7rf9vpRhydDPSGPtxp5q/abstract/?lang=pt>. Acesso em 18 de março de 2022.

SILVA, M. F. F.; SILVA, E. M.; OLIVEIRA, S. L. S. S.; ANDRADE ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 1, 2018a. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955551016>. Acesso em 05 de junho de 2021.

SOUZA, G. C.; LOPES, M. L. D. S.; RONCALLI, A. G.; MEDEIROS-JÚNIOR, A.; CLARA-COSTA, I. C. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista salud pública**. 17 (3): 416-428, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsap/2015.v17n3/416-428/>. Acesso em 19 de novembro de 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em 10 de maio de 2021.

WARMLING, C. M; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Revista Interface**. Botucatu, 2019; 23: e180398. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>. Acesso em 25 de janeiro de 2021.

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

#### QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO DOS ATRIBUTOS RELATIVOS ÀS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

(by LEAL JUNIOR, F.J. e VIANA, M.C.A., adaptado de MATTOS, G.C.M., 2014)

Estamos realizando um estudo com o propósito de conhecer alguns aspectos relacionados ao cotidiano dos Odontólogos, relacionado a Integralidade da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, e para efetivação do mesmo, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário.

Para que você possa respondê-lo com a máxima sinceridade e liberdade, queremos lhe garantir o caráter confidencial e o sigilo de todas as suas respostas. As mesmas serão tratadas em conjunto, pois o nosso objetivo é unicamente acadêmico, visando à produção de conhecimento científico. A devolução deste questionário implicará que já assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, essencial para que possa participar deste estudo. Demonstramos nossa sincera gratidão pela colaboração.

<b>1. Data</b>	<b>2. Distrito</b>
<b>3. Nome da Unidade de Saúde</b>	<b>4. Bairro</b>
<b>5. Qual a modalidade de equipe de saúde bucal você faz parte?</b> (1) ____ Modalidade 1 (com auxiliar de saúde bucal) (2) ____ Modalidade 2 (com auxiliar e técnico de saúde bucal) (3) ____ Não sei	<b>6. Seu gênero</b> (1) ____ Feminino (2) ____ Masculino
	<b>7. Qual o seu tempo de formado (em anos)?</b> (1) Menos de 1 (2) De 1 a 5 anos
<b>8. Qual a sua idade (em anos)?</b> (1) 20 a 29 (2) 30 a 39 (3) 40 a 49 (4) 50 a 59	<b>(3) De 6 a 10 anos</b> <b>(4) 11 ou mais</b>
	<b>9. Qual o tipo de instituição em que você se graduou?</b> (1) Pública (2) Privada

<b>(5) 60 a 69</b>	<b>(3) Não sei</b>
<b>10. Você atua no setor privado como dentista?</b>	<b>11. Você possui pós-graduação?</b>
<b>(1) Sim</b>	<b>(1) Sim</b>
<b>(2) Não</b>	<b>(2) Não</b>
<b>(3) Não sei</b>	<b>(3) Não sei</b>
<b>12. O seu vínculo empregatício com o serviço é através de concurso público?</b>	<b>13. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?</b>
<b>(1) Sim</b>	<b>(1) Sim</b>
<b>(2) Não</b>	<b>(2) Não</b>
<b>(3) Não sei</b>	<b>(3) Não sei</b>
<b>14. Qual o seu tempo de atuação na atenção primária no serviço público (em anos)?</b>	<b>15. Qual a sua jornada de trabalho contratada na Atenção Primária?</b>
<b>(1) Menos de 1</b>	<b>(1) 20 horas</b>
<b>(2) De 1 a 5 anos</b>	<b>(2) 40 horas</b>
<b>(3) De 6 a 10 anos</b>	<b>(3) Outras</b>
<b>(4) 11 ou mais</b>	



<p align="center"><b>1 – ACOLHIMENTO</b></p> <p>(Ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão).</p>	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	Não sabe	Não respondeu	Não se aplica
1.9- O quanto você percebe que tem um relacionamento amigável com os pacientes que atende?								
1.10- Você percebe que dedica tempo suficiente para escutar com atenção as queixas de seus pacientes?								
1.11- O quanto você percebe que há uma comunicação clara entre você e seu paciente?								
1.12- Questões relativas à vida do paciente como trabalho, lazer, alimentação, moradia são investigadas durante a sua consulta?								
1.13- A Equipe de Saúde Bucal da sua unidade conhece os problemas de saúde bucal das pessoas da sua área de responsabilidade?								
1.14- O quão você percebe que os outros profissionais do serviço de saúde da sua unidade conhecem os problemas de saúde bucal das pessoas da sua área de responsabilidade?								
1.15- Em que medida você observa que há realização sistemática de visitas domiciliares pela Equipe de Saúde Bucal?								
1.16- Os usuários que recebem atendimento odontológico na sua Unidade de Saúde têm suas necessidades de saúde bucal em nível de Atenção Primária resolvidas?								
1.17- A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família?								
1.18- A Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações em conjunto com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família?								

1.19- Você planeja o atendimento de seus pacientes com a ajuda de outros profissionais de sua unidade?								
1.20- Você recebe respaldo da gestão do serviço para a execução do seu trabalho?								
1.21- Você capacita os membros auxiliares da equipe (Auxiliar de Saúde Bucal – ASB - e/ou Agente Comunitário de Saúde – ACS; Técnico de Saúde Bucal – TSB) para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal?								
1.22- São fornecidos cursos de capacitação ao cirurgião dentista para que o mesmo esteja coeso com a prática clínica preconizada pela Saúde da Família?								
<b>2 – VÍNCULO/ RESPONSABILIZAÇÃO</b> (O que estabelece uma ligação afetiva ou moral entre duas ou mais pessoas, capaz de evocar ações promotoras de maior responsabilidade).	<b>(5)</b>	<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>Não sabe</b>	<b>Não respondeu</b>	<b>Não se aplica</b>
2.1- O quanto você se percebe confiante para a execução de todos os procedimentos incluídos no elenco de serviços pertencentes ao nível primário de atenção em saúde bucal?								
2.2- O quanto a saúde bucal de cada um dos seus pacientes é foco de suas preocupações?								
2.3- O quanto você percebe que mantêm a ficha clínica do paciente está ao seu alcance durante as consultas?								
2.4- O quanto você percebe que conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?								
2.5- Ao realizar o encaminhamento, o quanto você percebe que as informações importantes relativas à saúde bucal do paciente são repassadas ao profissional especialista?								

<b>2 – VÍNCULO/ RESPONSABILIZAÇÃO</b> (O que estabelece uma ligação afetiva ou moral entre duas ou mais pessoas, capaz de evocar ações promotoras de maior responsabilidade).	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	Não sabe	Não respondeu	Não se aplica
2.6- Você percebe que o paciente que termina o tratamento com o especialista retorna a sua unidade com um encaminhamento por escrito realizado pelo especialista que o atendeu?								
2.7- O quanto você percebe que na sua unidade de saúde, o fluxo entre os atendimentos primário e especializado permite a continuidade do cuidado?								
2.8- O quanto você observa, na sua unidade, o mesmo paciente ser atendido pela equipe de saúde bucal em diferentes momentos da vida dele (infância, adolescência, fase adulta, etc.)?								
<b>3 – QUALIDADE DA ATENÇÃO*</b> (Ações promotoras de qualidade dos serviços ofertados na Atenção Primária à saúde do Sistema Único de Saúde).	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	Não sabe	Não respondeu	Não se aplica
3.1- Em que medida você percebe que a unidade que você trabalha é limpa e organizada?								
3.2- Em que medida você percebe que na unidade que você trabalha, são respeitados os princípios de controle de infecção na prática odontológica?								
3.3- Em que medida você percebe que o fornecimento de insumos e materiais para a execução do atendimento odontológico é satisfatório?								

\* Baseado em Indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Instituído pela portaria 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011.

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Francisco Jussê Leal Júnior, RG 9800221485-8 SSPDS/CE, mestrando da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf/URCA (Universidade Regional do Cariri), estou realizando uma pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE que tem como objetivo avaliar a integralidade do cuidado da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no município de Juazeiro do Norte.

Para isso, estou desenvolvendo um estudo que consta da coleta de dados através de instrumento estruturado junto aos odontólogos da Estratégia de saúde da Família do município de Juazeiro do Norte.

Por essa razão, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa. Sua participação consistirá em preencher um questionário sobre a integralidade em saúde bucal na sua equipe de saúde da família.

O procedimento utilizado consta do preenchimento do questionário que poderá trazer algum desconforto como constrangimento ao responder o instrumento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, no entanto será reduzido proporcionando um ambiente reservado, individualizado e com agendamento prévio de acordo com a disponibilidade do participante do estudo. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de avaliar a integralidade em saúde bucal, buscando identificar lacunas no serviço, orientando gestores na ampliação de recursos e serviços e sugerindo estratégias que subsidiem processo de trabalho dos profissionais.

Toda as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá no questionário e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado o questionário.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados, pode procurar Francisco Jussê Leal Júnior, residente e domiciliado à Rua Joaquina Vieira Bem, nº 85, Lagoa Seca – Juazeiro do Norte, telefone: (88)9965-6002, nos horários de

8h às 22h. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 3102.1212, ramal 2424, Crato-CE.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_ declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE D

### CRONOGRAMA

<b>Atividades/2020</b>	<b>O u t</b>	<b>N o v</b>	<b>D e z</b>
Aperfeiçoamento do Projeto de pesquisa	x	x	x
Revisão Integrativa	x	x	x

<b>Atividades/ 2021</b>	<b>J a n</b>	<b>F e v</b>	<b>M a r</b>	<b>A b r</b>	<b>M a i</b>	<b>J u n</b>	<b>J u l</b>	<b>A g o</b>	<b>S e t</b>	<b>O u t</b>	<b>N o v</b>	<b>D e z</b>
Aperfeiçoamento do Projeto de pesquisa	x	x	x	x	x	x	x	x				
Revisão Integrativa	x	x	x	x	x	x	x					
Qualificação do Projeto									x			
Submissão ao Comitê de Ética										x	x	
Coleta de Dados												x

<b>Atividades/2022</b>	<b>J a n</b>	<b>F e v</b>	<b>M a r</b>	<b>A b r</b>	<b>M a i</b>	<b>J u n</b>
Coleta de Dados	x					
Organização dos resultados		x				
Análise dos resultados			x			
Construção do protótipo de fluxograma				x		
Considerações Finais				x	x	
Apresentação da Dissertação						x

## APÊNDICE E

### ORÇAMENTO

Relação de recursos materiais e financeiros (sujeitos a alterações).

Material/Serviços	Custos (valor em reais)
Impressos	R\$ 100,00 (cem reais)
Transporte	R\$ 300,00 (trezentos reais)
Serviço de internet	2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais)
Total	R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais)

## APÊNDICE F

### LEGENDAS UTILIZADAS NO PROGRAMA *Jasp*

#### 1 Dados demográficos dos dentistas participantes da pesquisa

1) Qual a modalidade de equipe de saúde bucal que você faz parte?

(1) Modalidade I

(2) Modalidade II

2) Seu gênero?

(1) Feminino

(2) Masculino

3) Qual tempo de formado em anos?

(1) Menos de 1

(2) De 1 a 5 anos

(3) De 6 a 10 anos

(4) 11 ou mais

4) Qual sua idade em anos?

(1) 20 a 29

(2) 30 a 39

(3) 40 a 49

(4) 50 a 59

(5) 60 a 69

5) Tipo de instituição em você que graduou?

(1) Pública

(2) Privada

(3) Não sei

6) Você atua no setor privado como dentista?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sei

7) Você possui pós-graduação?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sei

8) O seu vínculo empregatício é através de concurso público?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sei

9) Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sei

10) Qual o seu tempo de atuação na APS no serviço público em anos?

(1) Menos de 1

(2) De 1 a 5 anos

(3) De 6 a 10 anos

(4) 11 anos ou mais

11) Qual a sua jornada de trabalho contratada na APS?

(1) 20 horas

(2) 40 horas

(3) Outras

## **2 Questionário: percepção dos atributos relativos às dimensões da integralidade**

Escala Likert: 1.Nunca; 2.Raramente; 3.Às vezes; 4.Quase sempre; 5.Sempre

### **2 1 Dimensão acolhimento**

Q1 - Quão fácil você considera o acesso ao tratamento odontológico na unidade de saúde que você trabalha?

Q2 - Quão fácil você considera o acesso ao tratamento odontológico de URGÊNCIA na unidade de saúde em que você trabalha?

Q3 - Em que medida você percebe que a população tem acesso às ações de saúde bucal na sua unidade de saúde através do acolhimento?

Q4 - O acolhimento em saúde bucal na sua unidade de saúde acontece diariamente?

Q5 - Em que medida você percebe que realiza o acolhimento?

Q6 - Em que medida você percebe a utilização de protocolo para a classificação de risco e priorização do atendimento clínico como parte do acolhimento nesta unidade de saúde?

Q7 - Excluindo os atendimentos de urgência/emergência, em que medida você percebe que a população tem acesso às ações de saúde bucal na sua unidade através do agendamento prévio?

Q8 - Durante a espera, o quanto você observa que o paciente participa de ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal?

Q9 - O quanto você percebe que tem um relacionamento amigável com os pacientes que atende?

Q10 - Você percebe que dedica tempo suficiente para escutar com atenção as queixas do paciente?

Q11 - O quanto você percebe que há uma comunicação clara entre você e seu paciente?

Q12 - Questões relativas à vida do paciente como trabalho, lazer, alimentação, moradia são investigadas durante a sua consulta?

Q13 - A Equipe de Saúde Bucal da sua unidade conhece os problemas de saúde bucal das pessoas da sua área de responsabilidade?

Q14 - O quanto você percebe que os outros profissionais do serviço de saúde da sua unidade conhecem os problemas de saúde bucal das pessoas da sua área de responsabilidade?

Q15 - Em que medida você observa que há realização sistemática de visitas domiciliares pela Equipe de Saúde Bucal?

Q16 - Os usuários que recebem atendimento odontológico na sua Unidade de Saúde têm suas necessidades de saúde bucal em nível de Atenção Primária resolvidas?

Q17 - A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família?

Q18 - A Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações em conjunto com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família?

Q19 - Você planeja o atendimento de seus pacientes com a ajuda de outros profissionais de sua unidade?

Q20 - Você recebe respaldo da gestão do serviço para a execução do seu trabalho?

Q21 - Você capacita os membros auxiliares da equipe (Auxiliar de Saúde Bucal - ASB; Agente Comunitário de Saúde - ACS; Técnico em Saúde Bucal - TSB) para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal?

Q22 - São fornecidos cursos de capacitação ao cirurgião-dentista para que o mesmo seja coeso com a prática clínica preconizada pela Saúde da Família?

## **2 2 Dimensão vínculo/responsabilização**

Q23 - O quanto você se percebe confiante para a execução de todos os procedimentos incluídos no elenco de serviços pertencentes ao nível primário de atenção em saúde bucal?

Q24- O quanto a saúde bucal de cada um dos seus pacientes é foco de suas preocupações?

Q25 - O quanto você percebe que mantém a ficha clínica do paciente está ao seu alcance durante as consultas?

Q26 - Quanto você percebe que conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

Q27 - Ao realizar o encaminhamento, o quanto você percebe que as informações importantes relativas à saúde bucal do paciente são repassadas ao profissional especialista?

Q28 - Você percebe que o paciente que termina o tratamento com o especialista retorna à sua unidade de saúde com um encaminhamento por escrito realizado pelo especialista que o atendeu?

Q29- O quanto você percebe que na sua unidade de saúde, o fluxo entre os atendimentos primário e especializado permitem a continuidade do cuidado?

Q30- O quanto você observa, na sua unidade, o mesmo paciente atendido em diferentes momentos da vida dele (infância, adolescência, fase adulta, etc)?

## **2 3 Dimensão qualidade da atenção**

Q31 - Em que medida você percebe que a unidade de saúde que você trabalha é limpa e organizada?

Q32 - Em que medida você percebe que na unidade de saúde que você trabalha, são respeitados os princípios de controle de infecção na prática odontológica?

Q33 - Em que medida você percebe que o fornecimento de insumos e materiais para a execução do atendimento odontológico é satisfatório?

## ANEXO A

### REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### **Integralidade em saúde bucal na Atenção Primária à saúde: uma revisão integrativa**

Integrity in oral health in primary Health Care: an integrative review

Integralidad de la salud bucal en la Atención Primaria de salud: una revisión integradora

Recebido: 17/08/2021 | Revisado: 26/08/2021 | Aceito: 30/08/2021 | Publicado: 02/09/2021

**Francisco Jussie Leal Júnior** ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4499-9883> Universidade Regional do Cariri, Brasil  
E-mail: [jussieleal@yahoo.com.br](mailto:jussieleal@yahoo.com.br) **Maria Gercileide de Araújo Leal** ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-8940> Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: [gercileide@hotmail.com](mailto:gercileide@hotmail.com) **José Wagner Martins da Silva** ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5464-0546> Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: [wagnermarthins@hotmail.com](mailto:wagnermarthins@hotmail.com) **Águida Raquel Sampaio de Souza** ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9739-1057> Universidade Regional do Cariri, Brasil  
E-mail: [aguidaraquel.sampaio@gmail.com](mailto:aguidaraquel.sampaio@gmail.com)

**Maria Corina Amaral Viana** ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6890-9400> Universidade Regional do Cariri, Brasil  
E-mail: [corina.viana@urca.br](mailto:corina.viana@urca.br)

**Woneska Rodrigues Pinheiro** ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3353-9240> Universidade Regional do Cariri, Brasil  
E-mail: [woneskar@gmail.com](mailto:woneskar@gmail.com)

#### **Resumo**

O presente estudo teve como objetivo buscar as principais temáticas relativas aos estudos do princípio da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), numa abordagem relativa à saúde bucal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados: Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO). A amostra final foi de 12 artigos, após o processo de busca e seleção. A atenção em saúde bucal na atenção primária à saúde acontece principalmente através de procedimentos curativos. Os principais procedimentos coletivos são: palestra, atividade de educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, exame bucal. Os estudos dessa revisão evidenciaram que o acesso às ações de saúde bucal está voltado principalmente às queixas dos pacientes, com procedimentos, na maioria das vezes, curativos e com baixa resolutividade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à saúde; Saúde bucal; Integralidade em saúde.

#### **Abstract**

This study aimed to seek the main themes related to studies on the principle of comprehensiveness in Primary Health Care (PHC), in an approach to oral health. This is an integrative literature review carried out between November and December 2020, through the Virtual Health Library, in the databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analyzes and Retrieval System Online (MEDLINE) and Brazilian Dentistry Bibliography (BBO). The final sample consisted of 12 articles, after the search and selection process. Oral health care in primary health care takes place mainly through curative procedures. The main collective procedures are: lecture, health education activity, supervised brushing, topical application of fluoride, oral examination. The studies in this review showed that access to oral health actions is mainly aimed at the complaints of patients, with procedures, in most cases, curative and with low resolution.

**Keywords:** Primary Health care; Oral health; Integrity in health.

## **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo buscar los principales temas relacionados con los estudios sobre el principio de integralidad en la Atención Primaria de Salud (APS), en una aproximación a la salud bucal. Se trata de una revisión integradora de la literatura realizada entre noviembre y diciembre de 2020, a través de la Biblioteca Virtual en Salud en las bases de datos: Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea (MEDLINE) y Bibliografía de Odontología Brasileña (BBO). La muestra final estuvo conformada por 12 artículos, luego del proceso de búsqueda y selección. La atención de la salud bucodental en la atención primaria de salud se realiza principalmente mediante procedimientos curativos. Los principales procedimientos colectivos son: conferencia, actividad de educación sanitaria, cepillado supervisado, aplicación tópica de flúor, examen bucal. Los estudios de esta revisión demostraron que el acceso a las acciones de salud bucal está principalmente dirigido a las quejas de los pacientes, con procedimientos, en la mayoría de los casos, curativos y de baja resolución.

**Palabras clave:** Atención Primaria de salud; Salud bucal; Integralidad en salud.

## 1. Introdução

A constituição cidadã de 1988 estabelece a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios doutrinários de universalidade de acesso, integralidade do cuidado e na busca da satisfação equânime das necessidades de saúde da população, apoiados e com sustentação na solidariedade e na compreensão dos determinantes sociais da saúde (Silva; Figueiredo; Gueiros, 2020).

A Política Nacional de Saúde Bucal norteia as ações de saúde odontológica na perspectiva da busca da integralidade da atenção devendo estar voltadas para a amplificação e a capacitação da atenção primária, garantindo o acesso em todos os níveis etários e a oferta dos mais diversos serviços, possibilitando atendimento nos três os níveis de atenção: primário, secundário e terciário (Brasil, 2004).

Para Silva *et al* (2018a) a integralidade é um princípio e diretriz do SUS que imprime desafios à sua prática, mas que deve ser pautada na procura de atitudes humanizadoras, de respeito e responsabilização de todos os personagens envolvidos no processo do cuidado em saúde. A conduta a ser produzida deve ser fundamentada na integralidade, ocorrendo de forma multidisciplinar e intersetorial, observando as diferenças regionais do Brasil, levando em consideração a cultura, o modo de vida, a religião e o status social dos usuários.

Nesse sentido, a produção desta revisão integrativa se dá no intuito de buscar as principais temáticas relativas aos estudos do princípio da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), numa abordagem relativa à saúde bucal, tendo em vista a melhoria do acesso, a adesão ao tratamento, prevenção, promoção da saúde e reabilitação dos usuários, através de uma compreensão holística do ser humano que em sua completude deve ter um cuidado integral às suas necessidades de saúde odontológicas como parte de um todo indivisível.

O estudo busca identificar produção na literatura científica acerca da integralidade em saúde bucal, instigando as discussões e aprofundando o conhecimento acerca da temática, visando contribuir para a melhoria da atenção em saúde bucal, através do cuidado integral e da importância de um sistema de saúde que atenda às necessidades do usuário.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura onde foram seguidas as seguintes etapas fundamentais: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e, apresentação da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A questão norteadora desta revisão foi a seguinte: as ações em saúde bucal, na atenção primária, são realizadas de acordo com o princípio da integralidade em saúde?

Buscando facilitar a identificação dos descritores mais adequados para aprimorar e direcionar o processo de busca de respostas apropriadas à pergunta, utilizou-se a estratégia *Population, Variables, Outcomes* (PVO), onde foram definidas como o contexto, atenção primária saúde, como variável de interesse, ações de saúde bucal e o desfecho, a integralidade em saúde, sendo estes os descritores em saúde padronizados para a busca.

As buscas foram realizadas entre os meses de novembro e dezembro de 2020, pareados por dois avaliadores independentes, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS), *MedicalLiteratura AnalysesandRetrieval System Online* (MEDLINE) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO).

Foram selecionados como critérios de inclusão: estudos primários que abordassem a integralidade da saúde bucal na atenção primária à saúde, em formato de artigo e publicado entre os anos de 2000 e 2020. Justifica-se tal recorte temporal por ter sido no ano de 2000, instituída, pelo Ministério da Saúde, a Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a qual estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família – PSF (Brasil, 2000).

O critério de exclusão adotado foi: artigos que não responderem à questão norteadora de estudo. As buscas foram realizadas a partir de quatro cruzamentos dos descritores em saúde: integralidade em saúde, saúde bucal e atenção primária à saúde, com o auxílio do operador booleano AND, na seguinte ordem: “integralidade em saúde ANDsaúde bucal”; “integralidade em saúde AND atenção primária à saúde”; “atenção primária à saúde AND saúde bucal” e finalmente a busca foi feita com o cruzamento dos três descritores “integralidade em saúde AND saúde bucal AND atenção primária à saúde”.

A busca nas bases resultou em 2208 estudos, destes 1339 na LILACS, 664 na MEDLINE e 205 na BBO. Após a aplicação dos filtros, foram elegíveis 1677, conforme estão apresentados em dados quantitativos no Quadro 1.

**Quadro 1:** Dados quantitativos da busca após aplicação dos filtros nas bases de dados. Crato-CE, 2021.

Bases	C*1	C*2	C*3	C*4	Total
LILACS	99	593	427	36	1155
MEDLINE	06	26	306	13	351
BBO	27	26	105	13	171
TOTAL	132	645	838	62	1677

C\* refere-se a cruzamento e o número corresponde à ordem de sua realização. Fonte: autores (2021).

Posteriormente à aplicação de filtros, a etapa seguinte resultou do refinamento em duas fases: 1. a partir da leitura dos títulos e resumos; 2. através da leitura dos artigos na íntegra.

A Figura 1 mostra, de maneira detalhada, o fluxo de seleção dos estudos, com base no instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* – PRISMA (MOHER, 2009).



**Figura 1 - Fluxograma representativo da seleção dos estudos analisados neste estudo. Crato-CE. Fonte: autores (2021).**

A etapa de avaliação dos estudos permitiu identificar que de acordo com a classificação da pirâmide de evidências um estudo estava no quinto nível, sendo, estudo quase experimental; oito no sexto, caracterizados como estudos descritivos e três no nível sete de evidências científicas (Sampaio; Mancini, 2007).

### 3. Resultados

Os artigos selecionados, foram apresentados, de forma sintética, no quadro 2, em relação à sua base de dados, autores, ano de publicação, título, desenho do estudo, objetivos e conclusões do estudo.

**Quadro 2** – Características dos estudos quanto à base de dados, os autores, ano de publicação, título, desenho do estudo, objetivos e conclusões. Crato–CE, 2021.

Base/Periódico	Autores e ano	Título	Desenho dos estudos	Objetivos	Conclusões dos estudos
LILACS/ Revista Ciência & Saúde Coletiva (língua portuguesa)	Neves; Giordani; Hugo (2019).	Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB).	Transversal, exploratório.	Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho e realização de procedimentos odontológicos curativos pelas Equipe de Saúde Bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.	O desempenho da atenção odontológica curativa no Brasil revelou um cenário de atenção em saúde bucal distante do ideal.
LILACS/ Revista Cadernos de Saúde Pública (língua portuguesa)	Fagundes <i>et al.</i> (2018).	Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Estudo ecológico, de abrangência nacional, com dados secundários.	Descrever o processo de trabalho das ESB do Brasil, com base nos atributos essenciais da APS, segundo regiões, tipo de equipe e características socioeconômicas dos municípios; verificar se os dados do processo de trabalho das ESB do ciclo I do PMAQ-AB foram capazes de aferir tais atributos.	As informações sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal foram capazes de discriminar o três atributos da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, coordenação do cuidado e a integralidade na rotina dos serviços. A longitudinalidade não foi ratificada.
LILACS/ Revista Gaúcha de Odontologia (língua inglesa)	Melo <i>et al.</i> (2016).	Avaliação em saúde bucal na ótica do gestor municipal.	Estudo transversal quantitativo e qualitativo, descritivo.	Realizar um diagnóstico situacional relacionado à organização dos serviços de saúde bucal em 40 municípios do Estado de São Paulo, Brasil.	Os municípios encontram-se em distintos momentos na estruturação do serviço.
LILACS / Physis: Revista de Saúde Coletiva (língua portuguesa)	Moraes; Klingerman; Cohen, (2015).	Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no PSF em três municípios da região serrana do Estado Rio de Janeiro.	Exploratório, descritivo.	Analisar o perfil sociodemográfico e o processo de trabalho cirurgião-dentista inserido no PSF, em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro.	Pouco envolvimento dos dentistas com as condições de vida das famílias e obstáculos para trabalhar em equipes multiprofissionais.
LILACS/ Revista Saúde Debate (língua portuguesa)	Cassoti <i>et al.</i> (2014).	Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB (BA).	Estudo descritivo e analítico.	Identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários e analisar a organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes do PMAQ- AB quanto aos atributos do acesso de primeiro contato e da integralidade.	Apenas 45,1% dos usuários conseguem marcar consulta. A continuidade de tratamento é inferior nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de esperanças especialidades revelam problemas na rede de atenção à saúde bucal.

LILACS/ Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano (língua portuguesa)	Munke- vitz; Pelicioni, (2010).	Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário	Pesquisa qualitativa.	Identificar as opiniões, percepções e necessidades dos usuários adultos da Unidade Básica de Saúde Vila Espanhola, SP em relação à sua saúde bucal e ao Programa Saúde da Família.	A inserção do dentista na ESF aumentou oferta de serviços e demanda de procedimentos especializados. As queixas foram: troca constante de odontólogos e insatisfação nos critérios de prioridades no atendimento.
LILACS/ Revista APS – Atenção Primária à Saúde (língua portuguesa)	Rodrigues <i>et al.</i> (2010), Feira de Santana-BA	Práticas da equipe de saúde bucal – Equipe Saúde Bucal na estratégia saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana (BA).	Estudo qualitativo.	Analisar as práticas em saúde bucal na perspectiva da integralidade no Programa Saúde da Família de Feira de Santana – BA	Dificuldades no acolhimento e vínculo devido à rotatividade de profissionais da Equipe Saúde Família. Resolubilidade comprometida e problemas na referência e contrarreferência
LILACS/ Revista Ciência & Saúde Coletiva	Santos; Assis, (2006).	Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas, BA.	Qualitativo perspectiva histórico-social.	Analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade.	Atendimento fragmentado, valorização excessiva da técnica e da especialidade orientados pelo modelo curativista, pouca resolubilidade. O acolhimento é tenso e conflitante, porém com potencial para transformações positivas.
BBO/ Revista Arch Health Invest (língua portuguesa)	Silva <i>et al.</i> (2018b).	Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região Nordeste no período de 2015-2017.	Estudo descritivo e quantitativo.	Caracterizar o modelo de atenção básica à saúde bucal na região Nordeste do Brasil, a partir de dados secundários da produção ambulatorial em saúde bucal, disponíveis no SIA-SUS.	O modelo de atenção é hegemônico curativo, com predomínio de procedimentos restauradores, periodontais e cirúrgicos.
BBO/ Revista Ciência Plural (língua portuguesa)	Solano <i>et al.</i> (2017).	Utilização dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária: perspectivas de usuários do SUS de um município do sul do Brasil.	Estudo transversal.	Caracterizar e analisar o acesso ao atendimento odontológico em Porto Alegre/ RS, por meio da perspectiva do usuário dos serviços de saúde da APS do SUS.	Desconhecimento dos usuários em relação à existência de serviços odontológicos curativos e preventivos na unidade de saúde que acessavam.
BBO/ Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (língua portuguesa)	Cavalcanti <i>et al.</i> (2012).	Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica.	Estudo de intervenção pesquisa-ação.	Avaliar a implantação de um Protocolo de Assistência Integral Odontológica (PAIO), segundo os usuários assistidos por uma Unidade de Saúde da Família, na cidade de João Pessoa- PB – Brasil.	Os usuários consideram que a implementação de um PAIO possibilitou melhoria do serviço de saúde e da atenção em saúde bucal, ampliando o acesso e resolubilidade.

MEDLINE/ Revista Plos One (língua inglesa)	Reis <i>et al.</i> (2019).	Compreendendo o desempenho da equipe de saúde bucal na atenção primária: um estudo de método misto.	Estudo de métodos mistos com desenho explicativo sequencial.	Descrever as ações de APS realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal no Brasil e compreender aspectos que levam a diferentes níveis de desempenho em Equipe de Saúde Bucal.	Dificuldades de acesso; falhas na prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de câncer bucal; reabilitação protética insuficiente.
--	-------------------------------	---	--	--	---

Fonte: Autores (2021).

Muitos estudos realizaram a busca de dados secundários através de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (Neves; Giordani; Hugo, 2019), dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ – AB (Neves; Giordani; Hugo, 2019; Fagundes, 2018; Cassoti *et al.*, 2014), dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (Silva *et al.*, 2018b).

Quanto às técnicas utilizadas houve estudos de campo (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015); entrevistas (Cassoti *et al.*, 2014; Munkeviz; Pelicioni, 2010; Rodrigues *et al.*, 2010; Santos; Assis, 2006) e análise de conteúdo de Bardin (Munkeviz; Pelicioni, 2010; Moraes; Klingerman; Cohen, 2015).

Os participantes dos estudos foram usuários (Cassoti *et al.*, 2014; Munkeviz; Pelicioni, 2010; Rodrigues *et al.*, 2010), dentistas da atenção básica (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015; Cassoti *et al.*, 2014; Rodrigues *et al.*, 2010; Santos; Assis, 2006), coordenadores de saúde bucal (Melo *et al.*, 2016; Santos; Assis, 2010), auxiliares de saúde bucal (Rodrigues *et al.*, 2010), outros trabalhadores de saúde (Rodrigues *et al.*, 2010; Santos; Assis, 2010), e informantes-chave: prefeito, secretário de saúde, coordenador da Estratégia de Saúde da Família (Santos; Assis, 2010).

Os estudos evidenciaram que o serviço prestado é essencialmente curativo (Neves; Giordani; Hugo, 2019; Moraes; Klingerman; Cohen, 2015; Silva *et al.*, 2018b), principalmente no Sudeste e Sul do país (Neves; Giordani; Hugo, 2019).

Entre os procedimentos curativos realizados estão: restaurações em amálgama e resina, exodontias, raspagens, alisamentos, polimentos periodontais, curativos de demora e drenagem de abscessos dentoalveolares (Neves; Giordani; Hugo, 2019), com tratamentos restauradores superando os cirúrgicos (Silva *et al.*, 2018b). Por outro lado, entre as equipes de saúde bucal avaliadas em todo o Brasil, algumas não executam um ou mais dos procedimentos odontológicos de desfecho, quais sejam: restaurações em amálgama e resina, exodontias, raspagens, alisamentos e polimentos periodontais, curativos de demora e drenagem de abscessos dentoalveolares (Neves; Giordani; Hugo, 2019).

Os procedimentos e orientações coletivas centradas na higiene bucal são realizados pelos técnicos em higiene bucal, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochecho fluorado (Munkeviz; Pelicioni, 2010). Esses procedimentos são efetivados principalmente em ambiente escolar para crianças de 6 a 14 anos (Melo *et al.*, 2016; Santos; Assis, 2006).

As atividades desenvolvidas pelo profissional odontólogo são, essencialmente, clínicas e dentro do consultório, a maior parte da carga horária (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015).

A visita domiciliar é pouco executada, porém, alguns procedimentos como escovação, orientação dos cuidadores, extração, restauração temporária, exame bucal, remoção de sutura, raspagem e colocação de curativo

são realizados durante a visita aos idosos, acamados ou pacientes com dificuldade de locomoção (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015).

Os atendimentos de saúde bucal são realizados em instituições de convívio coletivo, como escolas (Melo *et al.*, 2016; Santos; Assis, 2006; Moraes; Klingerman; Cohen, 2010), creches e asilos (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015). As principais atividades citadas foram: palestra, atividade de educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, exame bucal com finalidade de estimar as necessidades e separar os grupos de riscos (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015).

A abordagem aos usuários dos serviços ocorre através da avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento sendo reportada como uma atividade do cotidiano da clínica por grande parcela dos participantes, bem como o cuidado continuado, que é garantido através da agenda equipe de Saúde Bucal (Cassoti *et al.*, 2014). Para outros, a demanda é dividida entre os que precisam de atendimento de urgência, normalmente para o alívio da dor, e os que serão agendados, mas não é feita uma classificação de risco, levando os pacientes de algumas equipes aguardarem até um ano pelo atendimento (Reiset *et al.*, 2019; Melo *et al.*, 2019; Munkeviz; Pelicioni, 2010; Rodrigues *et al.*, 2010).

A integralidade do processo de trabalho das equipes de saúde bucal perpassa por atendimentos em outros serviços fora da rede de atenção primária e nesse caso, os estudos mostram que quando há necessidade de encaminhamentos para outros serviços, os pacientes são referenciados (Cavalcanti *et al.*, 2012; Fagundes *et al.*, 2018; Reis *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2010), para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (Fagundes *et al.*, 2018; Reis *et al.*, 2019).

Em alguns casos é relatada a dificuldade em garantir a continuidade do tratamento, visto que é feita a referência para outros serviços, no entanto não existe uma contrarreferência efetiva e os pacientes não conseguem o atendimento ou não retornam à Atenção Primária à Saúde (Rodrigues *et al.*, 2010); poucas equipes possuem referências para cinco especialidades odontológicas obrigatórias e na maioria das vezes não contam com protocolos para fluxo de tratamento (Fagundes *et al.*, 2018).

A busca de pacientes para tratamento de saúde bucal é realizada por meio de grupos de programas, encaminhamentos pelos Agentes Comunitários de Saúde e utilização de critérios de risco (Melo *et al.*, 2016).

O acolhimento é reportado de forma diversa: como parte da triagem de usuários, como estratégia de humanização e como uma maneira de envolver todos os integrantes da Atenção Primária da Saúde (Reis *et al.*, 2019), como uma forma positiva de resolutividade (Cavalcanti *et al.*, 2012), porém ainda há casos que os profissionais e usuários reconhecem que o acolhimento é limitado ou não existe, nem no seu sentido mais restrito (Rodrigues *et al.*, 2010).

A dificuldade em garantir um cuidado integral no SUS leva o usuário a procurar um serviço privado, seja pra realizar procedimentos de limpeza, profilaxia, raspagem supra gengival, manutenção dos cuidados ou tratamento preventivo, realização de restauração e colocação de prótese, mesmo esses procedimentos estando no escopo da Atenção Primária à Saúde (Solano *et al.*, 2017; Reis *et al.*, 2019) ou para tratamento em serviço de média complexidade (Rodrigues *et al.*, 2010; Reis, *et al.*, 2019).

#### **4. Discussão**

A integralidade é um dos atributos essenciais da atenção primária à saúde, no entanto, ainda parece ser um dos desafios mais consistentes, e o baixo desempenho deste pode estar relacionado à incapacidade organizacional da Atenção Primária à Saúde para a oferta de serviços e à heterogeneidade dos mesmos (Cunha *et*

*al.*, 2019).

Os achados dessa revisão remetem dificuldades da efetivação da integralidade da saúde bucal (Solano *et al.*, 2017; Reis *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2010; Neves; Giordani; Hugo, 2019; Moraes; Klingerman; Cohen, 2015; Silva *et al.*, 2018b). Esses dados corroboram com os encontrados por Maciel *et al.*, (2020), que após analisarem os atributos da integralidade na ótica dos usuários, observaram que a avaliação dos serviços odontológicos destinados à comunidade estudada era considerada insatisfatória, pois havia baixa adesão aos serviços de saúde bucal oferecidos, persistindo o modelo de atendimento tradicional evidenciado no pronto atendimento, centrado nos aspectos meramente curativos e mutiladores. Essa prática dificulta a organização em torno da prevenção, promoção e recuperação da saúde preconizada pelo SUS (Barros *et al.*, 2016).

Mesmo quando realizadas, as atividades de prevenção em saúde bucal, trazem, em alguns estudos, um modelo limitado e centrado em uma prática antiga da odontologia, conforme descrito em estudo desenvolvido por Aquilante; Acioli (2013), onde os membros das equipes de saúde bucal ainda centram suas atividades intersetoriais preventivas em palestras e aplicações tópicas de flúor na comunidade ou nas escolas, reproduzindo o modelo incremental de atenção à saúde que foi preponderante nos anos de 1950 a 1980.

Os usuários de um município do interior do Ceará, também qualificaram a atenção da saúde bucal como inadequada aos princípios da Estratégia Saúde da Família, persistindo em um modelo de assistência tradicional, pontual, curativista, biológico e mutilador (Maciel *et al.*, 2020). Tal modelo de atenção contrapõem-se ao que pressupõe um atendimento integral, o qual deve considerar o sujeito como um todo e não apenas determinar o cuidado limitado às suas demandas odontológicas, sejam elas urgentes ou eletivas.

As ações intersetoriais de educação em saúde bucal ainda apresentam baixa cobertura, baseadas em modelos tradicionais como palestras educativas, levantamentos epidemiológicos de necessidades, escovação supervisionada, aplicações tópicas de flúor e bochechos fluoretados, realizados nas Unidades Básicas de Saúde ou em espaços alternativos como escolas, creches, empresas, centros comunitários (Mattos *et al.*, 2014).

É importante destacar atividades e rotinas odontológicas fundamentadas e voltadas para uma clínica ampliada em saúde bucal, caracterizada por um acolhimento de escuta ao usuário que produz subjetividades e promove a pactuação de um plano terapêutico, em que a tomada de decisão é compartilhada e está em constante reconstrução, contrário a uma prática essencialmente biológica e centrada na doença do ser humano (GRAFF; TOASSI, 2018).

Outro entrave da integralidade da saúde bucal, diz respeito à oferta de consultas odontológicas no SUS. No Brasil, nas equipes de atenção básica, esse serviço ocorre em menos de 80% das unidades básicas, estando relacionado tanto à falta do profissional quanto à falta de equipamentos e insumos, mas, principalmente, porque na maioria das vezes, existe somente uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, dificultando, dessa forma o acesso da população aos atendimentos odontológicos (Lima *et al.*, 2018). O número inferior de equipes de saúde bucal, se comparado ao número de equipes de saúde da família, tem ao longo do tempo, prejudicado a oferta de serviços importantes da atenção básica, que deve-se pautar, primordialmente, na prevenção de doenças e promoção da saúde.

A existência de uma grande demanda reprimida em odontologia é decorrente da falta de assistência odontológica durante muitas décadas da qual decorre uma enorme procura por procedimentos curativos, dificultando a reversão do modelo assistencial-tecnicista (Barros *et al.*, 2016).

De acordo com Warmling; Baldisserotto; Rocha (2018), o problema no modelo de práticas baseado quase que exclusivamente no atendimento às queixas dos usuários que buscam as unidades de saúde, é a sua forma organizar excludente, priorizando grupos específicos em detrimento da maioria da população.

No que diz respeito à organização da demanda, observa-se que essa é feita de acordo com a disponibilidade do serviço e dos profissionais existentes das equipes de saúde da família.

Mattos *et al.* (2014) relata que a forma de organizar o atendimento odontológico ocorre de duas formas: através da demanda organizada e através da demanda espontânea caracterizando o pronto atendimento. Os autores relatam que o agendamento pode ocorrer através dos Agentes Comunitários de Saúde e em outras situações pode ser realizado através do Auxiliar de Saúde Bucal, em um dia previamente marcado na unidade de saúde ou nas escolas.

Em pesquisa realizada com as equipes de saúde bucal de Porto Alegre, foi observado que o ato de acolher as necessidades de saúde bucal está centrado em promover acesso ao atendimento odontológico, de maneira que é realizado mediante a demanda espontânea de urgências, conforme agendamento tradicional por meio da distribuição de fichas individuais, ou ainda por organização de grupos com identificação de necessidades. Ocorre uma valorização da conduta terapêutica fundamentada na definição de número de vagas para o atendimento de procedimentos odontológicos necessários para a conclusão de planos de tratamento (Warmling; Baldisserotto; Rocha, 2018).

O acolhimento está intimamente ligado ao acesso dos usuários ao serviço de saúde. De acordo com Moimaz *et al.*, (2017) a oferta de procedimentos pela equipe e a disponibilidade dos profissionais para dialogar sobre dúvidas, preocupações e problemas de saúde bucal foram os fatores que mais destacaram-se na qualificação dos indicadores do acolhimento no serviço odontológico do Brasil.

No estudo de Mattos *et al.*, (2014) os Cirurgiões-dentistas e as Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) relataram uma transformação do acesso dos usuários aos serviços odontológicos, que passaram a ser agendados. Essa mudança no acesso através do agendamento ocorreu concomitantemente ao aumento numérico dos profissionais de saúde e Equipes de Saúde Bucal.

O acolhimento não está restrito apenas à entrada do usuário no sistema de saúde, mas a responsabilização integral de suas necessidades de maneira resolutiva dos seus problemas. A partir desse entendimento ampliado, o acolhimento poderá provocar a reorganização do serviço ao atender positivamente as demandas e anseios em saúde dos usuários (MOIMAZ *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o acolhimento em saúde bucal, faz-se necessário, como instrumento de gestão e atenção do cuidado, por ser uma ferramenta importante que auxilia não apenas na classificação de risco dos usuários, mas também proporciona resolutividade e integralidade.

Alguns dos estudos dessa revisão trouxeram a visita domiciliar como uma oportunidade de avaliação e atenção da saúde bucal de pacientes, especialmente aqueles com dificuldade de locomoção (Moraes; Klingerman; Cohen, 2015). A visita domiciliar é um instrumento valioso utilizado pela Equipe de Saúde da Família que possibilita o estabelecimento de vínculos com os usuários, reconhecendo o cotidiano da comunidade e as relações entre os familiares. Nesta ação devem estar envolvidas atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e o acompanhamento familiar, sendo necessário o planejamento e o registro pela equipe de saúde. Vale ressaltar que a assistência domiciliar deve ser prestada a pacientes com dificuldade de mobilidade, enfermos acamados temporariamente ou definitivamente, podendo pertencer a qualquer faixa etária, não havendo

uma patologia ou grupo de patologias específico (Ferraz; Leite, 2016).

A necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção ficou evidenciado nos estudos (Cavalcanti *et al.*, 2012; Fagundes *et al.*, 2018; Reis *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2010), em concordância com Souza *et al.*, (2015), que relatam que o paciente ao ser encaminhado para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) pelo dentista da Atenção Básica possui maior probabilidade de voltar a esse nível de atenção para a continuidade do tratamento, demonstrando que a referência e a contrarreferência através do encaminhamento contribui para a integralidade do cuidado à saúde.

O crescimento das ações em odontologia no âmbito da Atenção Primária à Saúde promoveu um aumento da demanda por consultas e tratamentos especializados e os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) não conseguem absorver completamente os usuários referenciados (Aquilante; Acioli, 2013). As mudanças do modelo de saúde bucal centradas, prioritariamente, no curativo perpassam por ferramentas de organização e mudanças no processo de trabalho em busca da integralidade do serviço.

O processo de trabalho em saúde bucal, de acordo com Neves; Giordani; Hugo (2019) não se limita na assistência odontológica individual, por sua vez, a integralidade só é alcançada através da criação de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, voltados ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidade.

Os odontólogos da Atenção Primária produzem cuidado à saúde baseados em atuações clínicas fundamentadas no acolhimento, na escuta e no diálogo com os usuários, com a consolidação de aspectos subjetivos, promovendo a pactuação de um plano de tratamento compartilhado e em contínua edificação. Esses profissionais possuem uma percepção do cuidado divergente das práticas assistenciais (GRAFF; TOASSI, 2018).

O modelo de organização da atenção básica deve ser repensado com ferramentas de telefone e internet para facilitar o agendamento de consultas e favorecer o vínculo entre a unidade e o usuário, buscando aumentar e garantir o acesso e a resolutividade das unidades básicas brasileiras (Lima *et al.*, 2018).

Outra questão que deve valorizada, diz respeito à percepção de profissionais com uma compreensão de cuidado contrária a uma assistência com foco essencialmente dentário a partir de necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. A subjetividade deve expressar-se pelo reconhecimento do usuário como um sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das de um corpo físico (GRAFF; TOASSI, 2018).

Dessa forma, é importante ressaltar que um conjunto de ações estruturadas para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é fundamental para se obter eficiência. Isso passa por uma rede de atenção à saúde organizada e com fluxos estabelecidos, melhoria contínua do acesso, investimentos em residências (medicina de família e comunidade emultiprofissional) e a definição de uma carteira de serviços que atenda as necessidades da população (Cunha *et al.*, 2019).

## **5. Conclusão**

Os estudos dessa revisão evidenciaram que o acesso às ações de saúde bucal está voltado principalmente às queixas dos pacientes, com procedimentos, na maioria das vezes, curativos e com baixa resolutividade.

O acolhimento é realizado de forma incipiente, não considerando o usuário como sujeito do processo. A falta de profissionais de saúde bucal, apontado em alguns estudos, mostrou-se como limitação para atenção de

forma integral na atenção primária à saúde. As atividades de educação em saúde e prevenção, quando ocorrem, são realizadas em escolas e direcionadas às crianças e adolescentes.

Diante dos resultados apresentados, revela-se que o quesito integralidade na atenção básica em odontologia encontra-se fragilizado pela dificuldade de acesso, falha na organização da demanda, carência de educação e promoção da saúde, bem como limitação na continuidade de tratamento.

Faz-se necessária uma reformulação dos currículos dos cursos de graduação em odontologia e a promoção de cursos para os profissionais atuantes nas Equipes de Saúde Bucal para que ocorra a mudança no paradigma curativo-mutilador, centrado na doença em detrimento do modelo preventivo, reabilitador e promotor da saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde para que a população brasileira possa ser atendida com qualidade, eficiência, efetividade e resolutividade em relação aos seus problemas de saúde bucal, evitando agravos e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Por outro lado, é importante maiores investimentos dos governos e da gestão na saúde bucal, com melhor estruturação das equipes, aquisição de equipamentos e materiais, contratação de profissionais, valorização profissional, organização da rede de serviços e ampliação das equipes de saúde bucal no país, de forma equiparada às equipes de saúde família.

O conceito de integralidade do cuidado à saúde é abrangente e polissêmico traduzindo-se em aspectos variados da atenção em saúde, como o acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção, o que certamente dificulta sua caracterização de forma precisa nos estudos, estando permeado por esses atributos que conjuntamente somados devem resultar no cuidado integral preconizado pelo SUS.

Outra limitação do estudo refere-se à pequena quantidade de estudos realizados com os usuários do SUS, comprometendo uma análise da integralidade sob a ótica de quem recebe a atenção em saúde.

## Referências

- Aquilante, A. G., Aciole, G. G. (2015). O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 20 (1): 239-248. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63033062027.pdf>.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília. <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>.
- Brasil. (2004). 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: Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm).
- Barros, S. G., et al. (2016). Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. *Revista de Saúde Coletiva*. 6(2): 37-42. <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1212>.
- Casotti, E., et al. (2014). Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 38, <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en&nrm=iso)>.
- Cavalcanti, Y. W., et al. (2012). Avaliação de usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. *Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(3):405-12, <https://www.redalyc.org/pdf/637/63770311.pdf>.
- Cunha, C. R. H., et al. (2020). Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1313-1326. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401313](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401313). Acesso em 26 de março de 2021.
- Fagundes, D. M., et al. (2018). Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Revista Cad. Saúde Pública*; 34(9): e00049817 <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00049817.pdf>.
- Ferraz, G. A., Leite, I. C.G. (2016). Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Revista APS*. 19(2): 302 – 314. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15647>.

- Graff, V. A., Toassi, R. F. C. (2018). Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões- dentista da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), e280313. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312018000300608&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312018000300608&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Lima, J. G., et al. (2018). Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Revista Saúde Debate*. 42, 52-66., <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>.
- Maciel, J. A. C., et al. (2020). Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Revista APS*. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>.
- Mattos, G. C. M., et al. (2014). A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2): 373-382. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci\\_abstract&tlng=pt..](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci_abstract&tlng=pt..)
- Melo, L. M. L., et al. (2016). Avaliação da saúde bucal na ótica do gestor municipal. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 64(4) <https://www.scielo.br/j/rgo/a/c9b3cKkJX3gTPzb4CVrSFPz/abstract/?lang=pt..>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto ContextEnferm*, 17(4), 758 – 764. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010407072008000400018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010407072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Moher, D., et al. (2009). PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. [https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=DChcSEwiqt6iov43xAhWQhcgKHTsAArIYABAAAGgJxdQ&ae=2&sig=AOD64\\_1Qz1TDLqkoXa\\_MfCvp5PRRkbD\\_dQ&q&adurl&ved=2ahUKEwjy8o-ov43xAhV6HLkGHVoxBLAQ0Qx6BAGCEAE..](https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=DChcSEwiqt6iov43xAhWQhcgKHTsAArIYABAAAGgJxdQ&ae=2&sig=AOD64_1Qz1TDLqkoXa_MfCvp5PRRkbD_dQ&q&adurl&ved=2ahUKEwjy8o-ov43xAhV6HLkGHVoxBLAQ0Qx6BAGCEAE..)
- Moimaz, A. S., et al. (2017). Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. *Caderno de Saúde Coletiva*, 25 [1]: 1-6. <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-1.pdf>.
- Moraes, L. B., Kligerman, D. C., Cohen, S. C. (2015). Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva*, 25 [1]: 171-186 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100171](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100171).
- Munkeviz, M. S. G., Pelicioni, M. C. F. (2010). Saúde bucal na estratégia saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*. 20(3) 791-801. <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19987>.
- Neves, M., Giordani, J. M.A., Hugo, F. N. (2019). Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (5): 1809-1820. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232019000501809&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000501809&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Reis, C. M. R., et al. (2019). Understanding oral health care team performance in primary care: A mixed method study. *PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217738> <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icit/35006/2/Understanding%20oral%20health%20care%20team.pdf>.
- Rodrigues, A. A. O., et al. (2010). Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana – BA. *Rev. APS*, 13, 476-485, <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14676>.
- Sampaio R.F., Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos*, 83-89, <https://www.scielo.br/j/rbfi/a/79nG9Vvk3syHhnSgY7VsB6jG/?lang=pt>.
- Santos, A. M., Assis, M. M. A. (2006). Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):53-61. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100012&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Silva, M. A. M., Figueiredo, A. C. M., Gueiros, R. F. (2020). Diferentes olhares sobre os serviços de saúde bucal no SUS. Researchgate, [https://www.researchgate.net/publication/338657453\\_RELATORIO\\_TECNICO\\_Titulo\\_Diferentes\\_olhares\\_sobre\\_os\\_servicos\\_de\\_saude\\_bucal\\_no\\_SUS?enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzODY1NzQ1MztBUzo4NDgzNjk5ODM0MjY1NjRAMTU3OTI3ODU3NDU1MA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/338657453_RELATORIO_TECNICO_Titulo_Diferentes_olhares_sobre_os_servicos_de_saude_bucal_no_SUS?enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzODY1NzQ1MztBUzo4NDgzNjk5ODM0MjY1NjRAMTU3OTI3ODU3NDU1MA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf).
- Silva, M. F. F., et al. (2018a). Integralidade na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49795551016>.
- Silva, S. E., et al. (2018b). Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017. *Arch. Health Invest* ; 7(10):402-407. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994522>.
- Solano, M.P., et al. (2017). *Revista Ciência Plural*. 3(3):81-92. <https://periodicos.ufm.br/rcp/article/view/13303>.
- Souza, G. C., et al (2015). Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Revista salud pública*. 17 (3): 416-428. <https://scielosp.org/article/rsap/2015.v17n3/416-428/>.
- Warmling, C. M., Baldisserotto, J., Rocha, E. T. (2019). Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. *Revista Interface. Botucatu*. 2

## ANEXO B

### ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO



Secretaria Municipal  
de Saúde - SESAU

ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### Declaração de Anuência

Eu, **Ana Kaline Mendes Figueiredo**, CPF 01107519306, Coordenadora de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte - CE, CNPJ 11.422.073/0001-98, declaro ter lido o projeto intitulado INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Maria Corina Amarel Vianna sob o nº de CPP: 390.722.663-15. Autorizo a realização da respectiva pesquisa sem perspectivas de publicação, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS/CONEP. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas ~~responsabilidades~~ responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, destacando o comprometimento da pesquisadora em resguardar a segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Juazeiro do Norte-CE, 04 de Setembro de 2021

*Ana Kaline Mendes Figueiredo*

**Ana Kaline Mendes Figueiredo**  
(Coordenadora Municipal da Educação Permanente em saúde)

## ANEXO C

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTEGRALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53119521.2.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.130.621

##### Apresentação do Projeto:

É importante avaliar a integralidade do cuidado como forma de verificar se o serviço de saúde bucal está cumprindo a função de atender às demandas da população de forma integral, orientando gestores na ampliação de recursos e serviços e apontando estratégias que subsidiem processo de trabalho dos profissionais. O estudo tem como objetivo geral, avaliar a integralidade do cuidado da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no município de Juazeiro do Norte. Os objetivos específicos consistem em caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos acadêmicos e sociodemográficos; verificar atributos do cuidado integral na atenção à saúde bucal quanto aos domínios acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção e; desenvolver um protótipo de um fluxograma analisador sobre integralidade do cuidado da saúde bucal. Trata-se de uma pesquisa metodológica, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa a ser desenvolvida em dois momentos: 1 - coleta de dados com instrumento validado por Mattos (2014) no período de outubro e novembro de 2021, junto aos odontólogos da atenção primária do município de Juazeiro do Norte; 2 - construção de um protótipo de um fluxograma analisador a ser realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Os dados da pesquisa exploratória serão organizados e tabulados por meio do programa Jasp (Versão Livre 14.1), apresentados em gráficos e tabelas e analisados à luz da literatura. A pesquisa atenderá as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de saúde/ Ministério da Saúde. Os

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRAITO

**Telefone:** (88)2102-1212

**Fax:** (88)2102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

participantes do estudo, no caso os odontólogos, assinarão o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar a percepção dos odontólogos, atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Juazeiro do Norte-Ce, acerca dos atributos da integralidade do cuidado no âmbito da saúde bucal.

**Objetivo Secundário:** Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos acadêmicos e sociodemográficos. Relacionar estatisticamente os dados acadêmicos e sociodemográficos dos participantes do estudo com os resultados obtidos em relação aos atributos da integralidade do cuidado no âmbito da saúde bucal. Verificar a percepção dos odontólogos em relação ao cumprimento dos atributos do cuidado integral na atenção à saúde bucal, quanto aos domínios acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção. Desenvolver um protótipo de um fluxograma analisador sobre integralidade do cuidado da saúde bucal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos desse estudo serão mínimos e estão relacionados ao constrangimento e disponibilidade dos profissionais em participar do momento da pesquisa.

**Benefícios:** Os benefícios virão através dos resultados que apresentarão as fragilidades em relação à integralidade, permitindo que estratégias sejam implementadas como forma de melhorar a atenção aos usuários, bem como o processo de trabalho dos dentistas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Recomendamos que o pesquisador revise um dos critérios de inclusão, visto que "Aceitar fazer parte do estudo" não é critério de inclusão na amostra.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Enviar o relatório parcial e final do estudo conforme as resoluções 466/12 e 510/16.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161		
<b>Bairro:</b> Pimenta	<b>CEP:</b> 63.105-000	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> CRAITO	
<b>Telefone:</b> (88)3102-1212	<b>Fax:</b> (88)3102-1291	<b>E-mail:</b> cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 5.130.621

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1846409.pdf	26/10/2021 18:00:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/10/2021 17:58:06	FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	26/10/2021 17:30:57	FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	26/10/2021 17:25:12	FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/10/2021 15:16:44	FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/10/2021 14:50:39	FRANCISCO JUSSIE LEAL JÚNIOR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRA TO, 26 de Novembro de 2021

---

**Assinado por:**  
cláudia correia de Oliveira  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1461  
Bairro: Pimenta CEP: 63.102-000  
UF: CE Município: CRA TO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br