



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MILLENA TELES PORTELA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO  
PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL**

**SOBRAL - CE**

**2022**

MILLENA TELES PORTELA DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO  
PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Pollyanna Martins.  
Área de Concentração: Saúde da Família.  
Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

SOBRAL – CE

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Millena Teles Portela de

Análise da aplicação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à atenção primária em saúde bucal [recurso eletrônico] / Millena Teles Portela de Oliveira. -- Sobral, 2022.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 135 folhas.

Orientação: Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Pollyanna Martins Pereira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde bucal. 3. Integralidade do cuidado. 4. Coordenação do cuidado. 5. Necessidades e demandas de serviços de saúde. I. Título.

MILLENA TELES PORTELA DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO  
PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) /Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.  
Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Aprovado em: 15/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Pollyanna Martins Pereira  
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Socorro Araújo Dias  
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lídia Andrade Lourinho  
Universidade Estadual do Ceará- UECE

Dedico este trabalho ao meu esposo Luiz Ricardo Lima de Albuquerque, pelo apoio incondicional oferecido em todos os aspectos, por seu meu porto seguro e me incentivar sempre na busca dos meus sonhos. Muito obrigada pela sua presença em minha vida, meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me amar incondicionalmente, por me permitir viver esta vida extraordinária e me sustentar na busca e conquista dos meus sonhos.

Aos meus pais, José Carneiro de Oliveira e Antonia Ozenelia Teles Portela de Oliveira, que nunca mediram esforços para me ver feliz e sempre foram os meus maiores incentivadores no caminho dos estudos, me possibilitando chegar até aqui.

Aos meus irmãos, Millane Teles Portela de Oliveira, Milleide Teles Portela de Oliveira e Antonio Mikael Teles Portela de Oliveira, pelo apoio e incentivo constantes, por acreditarem em mim quando eu mesma duvidei.

Aos meus avós Luiza Sampaio de Oliveira (*in memoriam*), Antonio Carneiro da Silva (*in memoriam*), Manoel Moreira Portela e Osvaldina Teles Dourado (*in memoriam*), por serem exemplos de amor, luta, caráter e honestidade para mim.

A todos os meus familiares, pelo amor e cuidado sempre dedicados a mim.

Ao meu esposo Luiz Ricardo Lima de Albuquerque, pelo apoio incondicional, por sempre acreditar em mim e por ter sido amoroso e compreensivo em todo o processo, mesmo quando precisei estar ausente.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Pollyanna Martins, por quem tenho imensa admiração, por me inspirar e ser essencial em todos os momentos deste Mestrado, sendo sempre tão presente e solícita.

Aos meus amigos queridos, que me ofereceram ombro, colo, casa e ajudaram nos momentos em que mais precisei, por serem tão raros e valiosos para mim;

À esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a realização deste curso de pós-graduação.

A todos os professores, colaboradores e convidados do Mestrado Profissional em Saúde da Família por todos os ensinamentos, troca de experiências e dedicação em potencializar este curso de pós-graduação.

Aos meus colegas do Mestrado, pessoas com quem tive o prazer de compartilhar esses momentos de luta durante este curso e que, com sua amizade e companheirismo, tornaram a caminhada mais leve.

A todos que ao longo dos anos fizeram parte direta ou indiretamente da minha formação, deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim, o meu muito obrigada.

“O ser humano é aquilo que a  
educação faz dele. ”

Immanuel Kant

## RESUMO

O acesso e a integralidade do cuidado dos serviços de saúde bucal consistem em grandes desafios para gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Diante disso, esta pesquisa orienta-se pelo seguinte questionamento: Qual a implicação da aplicação de um método de estratificação de risco para a regulação do acesso aos serviços de saúde bucal na APS? O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a aplicação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à APS em Saúde Bucal no município de Cariré, Ceará. Realizou-se uma pesquisa interventiva com 07 Equipes de Saúde Bucal (ESB), em quatro momentos no período de maio a outubro de 2022. Questionário, ata de reunião, estratificação de risco populacional e grupo focal foram utilizados como métodos de coleta de dados. A análise dos dados qualitativos deu-se a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), com o auxílio do software Atlas.ti, e os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e regressão logística ordinal. Os resultados apontaram a estratificação de risco como potencial estratégia para coordenação da atenção à saúde bucal e promoção da equidade na APS. O tempo necessário para preenchimento da ficha de estratificação, e a alta demanda por atendimento são fatores limitantes na utilização dessa estratégia. Os critérios para estratificação de risco mostraram-se estatisticamente significativas na determinação do risco individual de saúde bucal ( $p < 0,0001$ ). De todos os preditores, o sexo, ciclo de vida e idade não impactaram de modo decisivo no risco de desenvolvimento de doenças bucais. Os critérios odontológicos, biológicos e de autocuidado, no entanto, mostraram-se estatisticamente relevantes na determinação do risco individual de saúde bucal. Portanto, conclui-se que o método de estratificação de risco está indicado, embora o tempo seja um limitante para aplicação do mesmo; o acesso continua a ser uma das principais preocupações dos profissionais de saúde bucal da atenção primária à saúde e os critérios de autocuidado, que abrangem a falta de acesso à educação e aos serviços de saúde bucal, a falta de acesso a água e creme dental fluoretado, dieta cariogênica e higiene bucal inadequada foram os que mais contribuíram para aumento das chances de o sujeito apresentar alto risco de desenvolvimento de doenças bucais.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Integralidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

Access to and integrality of care in oral health services are major challenges for managers and professionals in Primary Health Care (PHC). That said, this research is guided by the following question: What is the implication of applying a risk stratification method for regulating access to oral health services in PHC? The objective of this research was to analyze the application of a risk stratification method for regulating access to PHC in Oral Health in the municipality of Cariré, Ceará. An interventional research was carried out with 07 Oral Health Teams (OHT), in four moments from May to October 2022. Questionnaire, meeting minutes, population risk stratification and focus group were used as methods of data collect. The qualitative data analysis was performed using the content analysis technique of Bardin (2011), with the help of the Atlas.ti software, and the quantitative data were analyzed using descriptive statistics and ordinal logistic regression. The results pointed to risk stratification as a potential strategy for coordinating oral health care and promoting equity in PHC. The time required to complete the stratification form and the high demand for care are limiting factors in the use of this strategy. The criteria for risk stratification were statistically significant in determining individual oral health risk ( $p < 0.0001$ ). Of all the predictors, sex, life cycle and age did not significantly impact the risk of developing oral diseases. The dental, biological and self-care criteria, however, were statistically significant in determining the individual risk of oral health. Therefore, it is concluded that the risk stratification method is indicated, although time is a limiting factor for its application; access remains one of the main concerns of oral health professionals in primary health care and self-care criteria, which include lack of access to education and oral health services, lack of access to fluoridated water and toothpaste, cariogenic diet and inadequate oral hygiene were the ones that most contributed to increase the chances of the subject present a high risk of developing oral diseases.

**Keywords:** Primary Health Care; Integrality in Health; Oral Health; Health Care Coordination; Health Services Needs and Demands.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1 <i>Contextualização e Problematização</i>	13
1.2 <i>Justificativa e relevância</i>	16
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	18
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	18
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>19</b>
3.1 <i>Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família</i>	19
3.2 <i>Política Nacional de Saúde Bucal</i>	21
3.3 <i>Rede de Atenção à Saúde Bucal e Linha de Cuidado em Saúde Bucal</i>	23
3.4 <i>Integralidade do cuidado em saúde bucal</i>	32
3.5 <i>Saúde Bucal e a Coordenação do Cuidado na Atenção Primária à Saúde</i>	36
3.6 <i>Indicadores em saúde bucal</i>	37
3.7 <i>Classificação e Estratificação de risco em saúde bucal e protocolos de encaminhamento</i>	42
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>46</b>
4.1 <i>Tipo de Estudo</i>	46
4.2 <i>Campo de Estudo</i>	46
4.3 <i>Participantes do Estudo</i>	47
4.4 <i>Métodos de coleta dos dados e informações</i>	48
4.5 <i>Análise dos dados e informações</i>	52
4.6 <i>Considerações éticas</i>	54
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>55</b>
5.1 <i>Primeiro momento- Identificação de problemas na prática</i>	55
5.2 <i>Segundo momento- Busca de soluções considerando a teoria</i>	58
5.3 <i>Terceiro momento - Aplicação do método de estratificação de risco</i>	59
5.4 <i>Quarto momento- Avaliação</i>	62

<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A- Carta de Anuência</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE C – Questionário</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE D – Ata do momento de coleta dos dados</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE E –Tabela de Estratificações de Risco</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE F – Relatório da Análise Estatística</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE G – Transcrição Grupo Focal</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE H – Relatório de Análise do Grupo Focal</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>125</b>

## LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
MS	Ministério da Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde Família
CD	Cirurgiã-Dentista
ACD	Auxiliar de Consultório Dentária
THD	Técnico em Higiene Dentária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
TSB	Técnico em Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
PROADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
QUALIFICA APSUS	Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
PPT	Planos-Preventivo-Terapêuticos
CFO	Conselho Federal de Odontologia

OMS	Organização Mundial de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
INTA	Instituto de Teologia Aplicada

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização e Problematização

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas na Estratégia Saúde da Família no ano 2000, com o intuito de reorganizar a atenção à saúde bucal prestada à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantir o acesso aos serviços odontológicos de forma gratuita (MARTINS et al., 2014; MATTOS et al., 2014).

A implantação das ESB foi expandida nos anos seguintes em todo o Brasil, culminando com a sistematização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, que apresentou as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS e reorientou o modelo de atenção em saúde bucal, reforçando a necessidade de integração da Odontologia no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo geral dessa política é ampliar e qualificar o acesso da população brasileira à atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal (PEREIRA, 2018).

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal, à integralidade da atenção à saúde bucal e à equidade, como eixos norteadores dos sistemas de saúde. Considerando os três princípios doutrinários do SUS, a PNSB propõe também a qualificação e resolutividade dos serviços de saúde bucal, por meio da ampliação da APS, o que consiste no aumento da carta de serviços ofertados neste âmbito de atenção, com a inclusão de procedimentos mais especializados e a regulação do acesso para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2004).

Desta forma, a PNSB viabiliza e amplia o acesso à atenção secundária qualificada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004), para garantir a linha de cuidado em saúde bucal do usuário.

Para a operacionalização da garantia da integralidade do cuidado são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e hierarquização, de forma que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios. (BRASIL, 2010). Neste contexto, em 2010, a Portaria GM/MS nº 4.279 estabeleceu as diretrizes para

a organização das RAS no âmbito do SUS, definindo-as “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde” (BRASIL, 2010; GODOI et al., 2014).

No âmbito da saúde bucal, a estruturação de uma rede de atenção, como rede temática, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), surge como uma solução abrangente, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia. Nesse sentido, a rede possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, superando os modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos (CHAVES et al., 2011; GODOI et al., 2014).

O estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre os pontos de atenção, a valorização da APS, a centralidade nas necessidades em saúde da população, o cuidado multiprofissional, o estabelecimento de protocolos de encaminhamentos efetivos e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos são pressupostos para a conformação de redes de serviços integradas e regionalizadas (GOES et al., 2012; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Contudo, grandes lacunas e insuficiências organizativas ainda são observáveis, nas quais os problemas de integração de variados serviços se adensam, devido ao acúmulo histórico de distintas culturas institucionais e complexas demandas populacionais, aliados à inexistência de protocolos seguros que garantam um fluxo resolutivo de referências para a atenção secundária (MELO et al., 2014). As limitações identificadas permeiam os três elementos constitutivos da rede de atenção à saúde – população, estrutura operacional e modelos de atenção – e influenciam o desempenho em todos os níveis de atenção, sendo os mecanismos de gestão da rede existentes insuficientes para endossar a resolutividade do sistema (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Organizar uma linha de cuidado em saúde bucal eficaz, centrada nos usuários e na realidade em que estão inseridos, considerando os determinantes sociais e culturais envolvidos, configura-se como um meio imprescindível para o fortalecimento de práticas integrais de saúde, que busquem garantir o acesso e a resolutividade dos serviços (CRUZ et al., 2011; GIOVANELLA et al. 2009).

Nesta perspectiva, uma das estratégias utilizadas para regulação do acesso aos serviços de saúde bucal na APS e na RASB é a estratificação de risco. Essa estratégia é citada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma das atribuições do Cirurgião-Dentista na APS (BRASIL, 2017).

A população sob responsabilidade da APS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulação por riscos sociosanitários. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011).

Entretanto a não utilização de estratificação de risco eficaz, para promoção e compreensão das prioridades, e garantia do princípio da equidade; confere pouca resolutividade; entre outros determinantes que comprometem o acesso dos usuários a APS e ao atendimento especializado e, portanto, à continuidade do cuidado (BORGHI et al., 2013; CÉSAR, 2011; COSTA, 2018).

Na composição das RAS, a APS também tem o papel de coordenadora do cuidado. Desse modo, as ESB da APS possuem a função de coordenar a dinâmica das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB), sendo o ponto central de referência para os cuidados recebidos pelo paciente. Assumir este papel e desempenhá-lo na prática é essencial para garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, no seu contexto intersetorial (ANDRAUS, 2017; BIZERRIL et al., 2019).

Há quase cinco anos comecei a trabalhar no SUS, eu tinha ciência das dificuldades que enfrentaria para proporcionar acesso e resolutividade aos meus pacientes, mas com minha inexperiência de recém-graduada não mensurava o quão complexo seria. Deparei-me com um sistema de agendamento de consultas para o serviço odontológico na APS e de referência e contrarreferência para a atenção secundária em saúde bucal que eram ineficientes, não consideravam as prioridades e individualidades de cada usuário, que ocorriam conforme a ordem de chegada e gerava filas de pessoas que pernoitavam e amanheciam em frente à Unidade Básica de Saúde (UBS), aguardando a tão sonhada marcação de sua consulta e resolução do seu problema de saúde. Tão logo o assunto me envolveu e passei a adotar medidas que melhorassem o acesso ao serviço, como com a implantação do acolhimento, da triagem e do agendamento das consultas, oferecendo mais bem-estar

e resolutividade aos pacientes, mas de forma leiga e intuitiva, o que me despertou para a necessidade do estudo e aprofundamento no tema.

Diante do exposto e da minha experiência na APS no município de Cariré, esta pesquisa orienta-se pelo seguinte questionamento: Qual a implicação da aplicação de um método de estratificação de risco para a regulação do acesso aos serviços de saúde bucal na APS?

## 1.2 Justificativa e Relevância

Os avanços para consolidação de uma linha de cuidado em saúde bucal dependem da melhora na definição e organização da população, por meio do levantamento das necessidades desta, seguido de planejamento de base territorial, a fim de que se adotem critérios epidemiológicos e sociais para priorização da atenção à saúde bucal. Para tanto, é primordial a efetivação na prática da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado, sendo o ponto central de referência, de modo a garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, no seu contexto intersetorial.

Desta forma, as ESB da APS precisam lançar mão de estratégias para garantir o acesso aos serviços de saúde bucal de maneira equânime, possibilitando o surgimento de laços de confiança e vínculo. É imprescindível que a APS, por ser a geradora da maior parte das demandas de saúde bucal da RASB, determine a oferta dos demais níveis de atenção, garantindo a integralidade do cuidado e a resolutividade da RASB, algo que nem sempre ocorre na prática.

Além disso, muitos desafios ainda são realidade para a efetivação da linha de cuidado da RASB: o reduzido acesso dos usuários; listas de espera extensas; oferta de vagas muito inferior à demanda; existência de inadequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal; inexistência ou falta de aplicação de protocolos ou estratégias de estratificação de risco eficaz, que garanta, por meio do princípio da equidade, a priorização das pessoas mais vulneráveis e que mais necessitam da atenção, mesmo diante de oferta limitada de serviços.

A estratificação de risco é uma ferramenta que possibilita a organização da fila de espera e propõe outra ordem de atendimento que não a de chegada. Além disso, tem também outros objetivos importantes como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente de que não corre

risco imediato; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais pela implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e construção de redes internas e externas de atendimento, garantindo o cumprimento dos princípios da equidade e integralidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a aplicação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à APS em Saúde Bucal no município de Cariré, Ceará.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Compreender os processos de regulação do acesso à APS.
- Investigar a aplicabilidade de um método de estratificação de risco pelas ESB na APS.
- Analisar a relação das variáveis explicativas (idade, sexo, ciclo de vida, critérios biológicos, critérios odontológicos, critérios de autocuidado) na determinação do risco individual em saúde bucal.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Por meio da Portaria nº. 1.444 do MS no ano 2000, as ESB foram inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (MARTINS et al., 2014; MATTOS et al., 2014). Essa portaria criou os incentivos para implantação das ESB, e dois tipos de equipe: Modalidade I - composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Modalidade II (composta por um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dentária-THD). O ACD foi denominado posteriormente de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Em março de 2001, 32 municípios do Brasil já haviam implantado 84 ESB Modalidade I e 40 ESB Modalidade II. Os primeiros estados a implantar equipes de saúde bucal foram Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, São Paulo e o Distrito Federal (MARTINS, 2012).

No Ceará, foram implantadas as primeiras ESB, em 2001, em 38 dos 184 municípios, todas na Modalidade I. No final daquele ano quase 50% dos municípios cearenses já possuíam ESB, totalizando 187 na Modalidade I e 8 Modalidade II (MARTINS, 2012).

A implantação das ESB expandiu-se nos anos seguintes em todo o Brasil e em 2004 sistematizou-se a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Esse documento apresenta as diretrizes do MS para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

Em 2006 foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a ESF como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, por admitir a ESF como modelo capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário, o que ratificou-se na Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Nova PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB (BRASIL 2017; BRITO, MENDES, SANTOS NETO, 2018).

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

Além disso, de acordo com a PNAB, a AB configura-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede; e deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Fortalece-se, dessa forma, os princípios e diretrizes da APS em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adstrição, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação das Redes, Participação Social, Vínculo e Humanização (Brasil, 2017; MACINCKO e MENDONÇA, 2018).

No Brasil, os termos AB e APS são utilizados como sinônimos, embora internacionalmente se utilize substancialmente mais o segundo termo para se referir à porta de entrada do sistema de saúde. A adoção do termo “atenção básica à saúde” em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao simplismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada, ao considerar que, na formulação, a política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva e focalizada (GIOVANELLA, 2018).

A PNAB especifica as atribuições gerais e específicas dos profissionais que desenvolvem seu processo de trabalho na APS, dentre eles o CD. No documento são elencados as atribuições específicas do CD na ESF, a saber: realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e

coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território; coordenação e participação de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção em saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar; realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB), bem como planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Comunitários de Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe, sempre ressaltando a importância do acolhimento e do vínculo (BRASIL, 2017).

Embora as dificuldades encontradas para o trabalho do CD na ESF sejam muitas, a afirmação do modelo da ESF com foco no usuário e seu contexto familiar pode e deve ser adotada para a saúde bucal (MARTINS *et al.*, 2014; MATTOS *et al.*, 2014).

### **3.2 Política Nacional de Saúde Bucal**

A PNSB, elaborada em 2004 e executada por meio do Programa Brasil Sorridente, reorientou o modelo de atenção em saúde bucal e reforçou a necessidade de integração da Odontologia no contexto da AB. O objetivo geral dessa política é ampliar e qualificar o acesso da população brasileira à atenção primária, secundária e terciária em saúde bucal (PEREIRA, 2018).

Contrariamente ao que ocorreu no Brasil durante muitos anos nos quais as práticas odontológicas no SUS ocorreram de forma paralela, porém isoladas do processo de organização dos demais serviços de saúde, atualmente há um empenho em promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral (BRASIL, 2008; CHAVES *et al.*, 2010).

Este propósito tem sido gradualmente alcançado a partir do compartilhamento de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde e para

revisão das práticas assistenciais, considerando a abordagem familiar e a defesa da vida. Destarte, percebe-se uma reorganização dos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, que ressalta o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, tem o cuidado como base de reorientação do modelo e que responde a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, e sim, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (CHAVES *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2012).

Neste sentido, o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações configuram-se como ferramentas importantes para a organização da saúde bucal na AB (CHAVES *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2012; LESSA, 2006).

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal, à integralidade da atenção à saúde bucal e à equidade, como eixos norteadores dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004). Pereira (2018) analisa em seu estudo, ao comparar as políticas de saúde bucal dos países que compõem a fronteira brasileira, que o único país que citou como princípios orientadores da política o acolhimento, no sentido de enxergar o usuário em sua integralidade biopsicossocial, o vínculo, que consiste na responsabilidade sanitária pela população da área de abrangência dos serviços, e a responsabilidade profissional, garantindo respostas efetivas, foi o Brasil.

Isso demonstra que a PNSB propõe a qualificação e resolutividade dos serviços de saúde bucal, por meio da ampliação da APS, o que consiste no aumento da carta de serviços ofertados neste âmbito de atenção, com a inclusão de procedimentos mais especializados e a regulação do acesso para outros pontos da rede de atenção à saúde.

Desta forma, a PNSB viabiliza e amplia o acesso à atenção secundária qualificada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004), para garantir a linha de cuidado do usuário. Os CEO são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase em diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (CHAVES *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2012; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Já o LRPD é um estabelecimento cadastrado junto ao Ministério da Saúde responsável por realizar o serviço de reabilitação oral por meio de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível, prótese coronária ou

intrarradiculares e fixas ou adesivas, resultando no aumento da oferta de serviços de reabilitação protética dentária e na capacitação de Técnicos em Prótese Dentária (TPD) para o SUS (AGUIAR, 2015).

A PNSB possibilitou a expansão das ESB, CEO e LRPD em todo o território brasileiro. Até o mês de dezembro de 2019 foram implantadas 28.442 ESB Modalidade I e 2.616 ESB Modalidade II, 1.139 CEO e 1.967 LRPD. Entretanto, em todos os Estados brasileiros a cobertura de ESB é menor que a cobertura das equipes da ESF. Já o Estado do Ceará possui uma cobertura de saúde bucal na APS de 76,64%, 83 CEO e 90 LRPD implantados no mesmo período (BRASIL, 2020).

Mais recentemente, em 2016, a PNSB lançou o programa Gradua-CEO, que articula os serviços de saúde bucal oferecidos pelas universidades à rede de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, pois desse modo a Universidade integra a rede e o estudante vivencia o serviço público durante sua formação (BRASIL, 2016; CAYETANO et al., 2019), além de ampliar o escopo de serviços oferecidos à população, em busca de garantir a integralidade do cuidado.

Apesar dos avanços advindos da consolidação da PNSB, a atenção à saúde bucal no SUS ainda enfrenta muitos desafios. Criar e expandir uma rede física de CEO por todo o país é uma notável conquista da PNSB, pois o significado disso é que a saúde bucal no setor público conseguiu ir além do básico e, rompendo a barreira da APS, busca viabilizar a integralidade da atenção. No entanto, não se pode reduzir a PNSB a essa rede. A existência de uma grande capacidade de CEO instalada no Brasil só tem sentido se articulados em rede e integrados sistemicamente a outros níveis de atenção, sobretudo à atenção primária (NARVAI, 2011). Proporcionar uma oferta na atenção secundária pautada na demanda gerada pela atenção primária e coordenar fluxos de maneira equitativa, que atenda verdadeiramente às necessidades da população em tempo hábil, segue sendo ainda muito desafiador na busca pela integralidade do cuidado em saúde bucal.

### **3.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal e Linha de Cuidado em Saúde Bucal**

Em 2010, a Portaria GM/MS nº 4.279 estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, definindo-as “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados

por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde” (BRASIL, 2010; GODOI et al., 2014).

Desse modo, as RAS foram concebidas como formas de organização para articulação dos serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de maneira que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios. (BRASIL, 2010; BASSO, 2019).

Nas RAS, o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde e a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, de modo que não há ordem ou grau de importância entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, considerando que todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS; apenas se diferenciando pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam, sob a coordenação da APS (GONDINHO et al., 2018; MENDES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A estruturação das RAS dá-se para o enfrentamento de uma condição de saúde específica, através de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

Três elementos básicos constituem as RAS: uma população, que vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários e estratificada em relação às condições de saúde estabelecidas, com a qual a Equipe de Saúde da Família deve vincular-se intimamente, buscando compreender as necessidades de saúde da mesma; uma estrutura operacional, que é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes pontos; e um modelo de atenção à saúde, que se define como paradigma que determina o que são as necessidades assistenciais, como organizar a oferta e como compreender não só o processo saúde-doença, mas também suas formas de intervenção, isto é, são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecte da saúde, a situação demográfica e

epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (GODOI; MELLO; CAETANO, 2013; MENDES, 2011; MOYSÉS, 2013).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: Centro de comunicação; Pontos de atenção à saúde secundários e terciários; Sistemas de apoio; Sistemas logísticos e Sistema de governança, como conceituado no quadro-síntese abaixo (Quadro 1):

Quadro 1: Componentes da RAS.

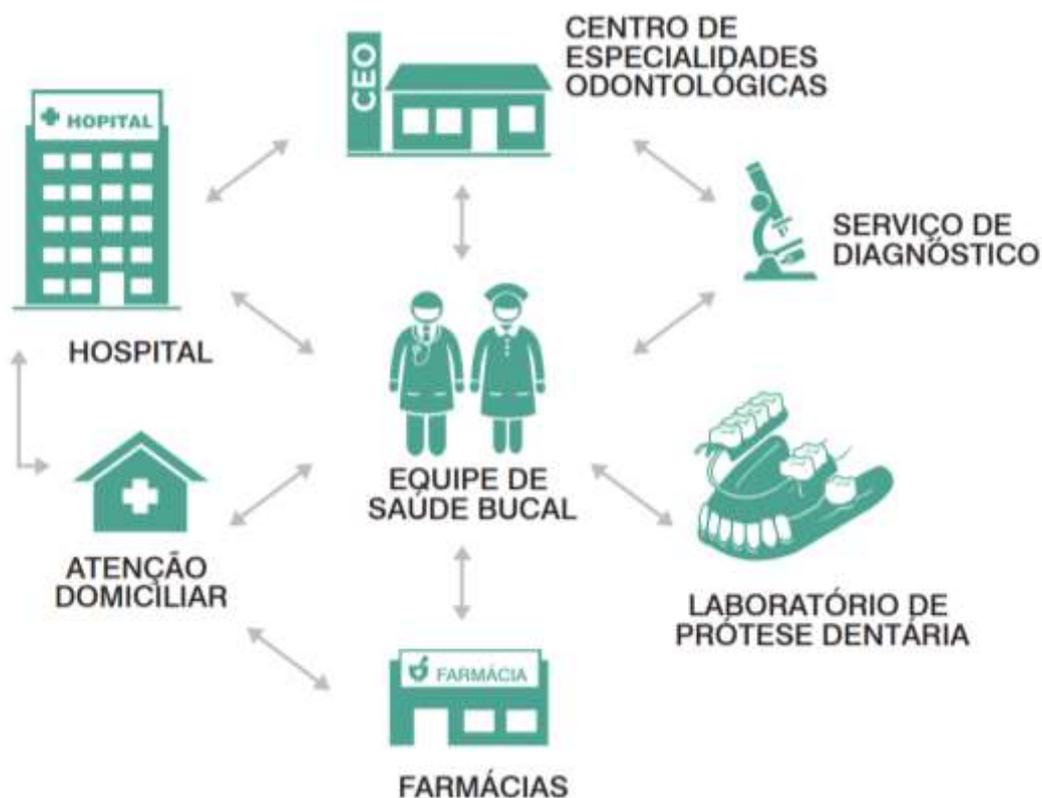
<b>Componente da RAS</b>	<b>Conceito</b>
<b>Centro de Comunicação</b>	Elo mediador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Básica (unidade básica de saúde tradicional ou equipe da Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais da Saúde Bucal).
<b>Pontos de atenção à saúde secundários e terciários</b>	Distribuem-se, espacialmente, de acordo com um processo de territorialização complexo, sob responsabilidade da atenção básica: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias.
<b>Sistemas de Apoio</b>	São os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

<p><b>Sistemas Logísticos</b></p>	<p>Garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes.</p>
<p><b>Sistemas de Governança</b></p>	<p>Governa as relações entre a Atenção Primária/Básica e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.</p>

*Fonte:* MENDES, 2011 (Adaptado).

Em relação a Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os CEO e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca. Desse modo, a RASB pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por UBS, CEO, Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), LRPD, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (Figura 1) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Figura 1: Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb)



Fonte: <<http://www.dab.saude.gov.br>>

No quadro-síntese 2 estão conceituados alguns termos que melhor elucidam a organização da RASB (Quadro 2):

Termo	Conceito
<b>Ponto de Atenção</b>	<p>Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.</p> <p>São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde Bucal: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, centros de especialidades odontológicas, laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta</p>

	<p>Complexidade em Oncologia (Cacon), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam</p>
<p><b>Sistema de referência e contrarreferência</b></p>	<p>Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra equipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes.</p>
<p><b>Referência Lateral ou referência interna</b></p>	<p>A referência lateral ou interna é a referência que se faz internamente no CEO para encaminhamento para as diversas especialidades, buscando a resolutividade do atendimento de forma que a necessidade do usuário seja atendida em sua totalidade, evitando que retorne para a AB a fim de obter outro encaminhamento para a especialidade da qual necessita. Deve-se buscar o monitoramento constante dessa prática para evitar iniquidades no atendimento. A referência lateral ou interna deve ser utilizada quando o procedimento executado por uma</p>

	<p>especialidade necessite, para sucesso da intervenção, de outra especialidade que a complemente. Por exemplo: excisão de hiperplasia fibrosa inflamatória e confecção de nova prótese, lesão endopéριο, entre outras situações.</p>
<p><b>Estrutura operacional</b></p>	<p><b>Recursos humanos</b></p> <p>Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes –no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável.</p> <p>CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada ambulatorial. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção especializada, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção.</p> <p>Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.</p>
<p><b>Matriciamento</b></p>	<p>Atenção Básica O matriciamento é um espaço coletivo de cogestão, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais. O matriciamento é um processo de construção compartilhada para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica</p>

<b>Interconsulta</b>	É um instrumento do matriciamento e define-se como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de saúde, e tem como objetivo complementar ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento, para traçar um plano terapêutico. Por exemplo: a necessidade de um parecer de outro profissional (exs.: médico, psicólogo) sobre determinado aspecto da saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento.
----------------------	--

Fonte: (BRASIL, 2013; 2006; 2011, adaptado).

Neste contexto, buscando alcançar o objetivo da RAS de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, torna-se imprescindível a construção de uma linha de cuidado como experiência de radical integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2010; FRANCO, 2004).

A linha do cuidado parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, a partir da formação de redes temáticas em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma "linha de produção" voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário e centrada em seu campo de necessidades. Assim, todos os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo plano terapêutico do usuário e que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência) (BRASIL, 2004). Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalha-se com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, como porta de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais (FRANCO, 2004).

Neste cenário, o usuário é o elemento fundamental de todo o processo de produção da saúde, alterando o tradicional modo de intervir de forma compartimentada sobre o campo das necessidades. Na perspectiva da linha do

cuidado, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais variado, multidisciplinar (CAYETANO et al., 2019).

Por isso, a linha do cuidado está associada a reorganização do processo de trabalho e dos serviços de saúde, se estabelecendo com grande capacidade de interlocução, negociação, associação técnica e política, e envolvimento de os atores dos diversos níveis assistenciais em um acordo assistencial que garanta, como citado por Cruz et al. (2011): “Disponibilidade de recursos; Fluxos assistenciais centrados no usuário; Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção; Contra-referência para as unidades de ESF; Determinação de que a equipe da UBS é responsável pela gestão do projeto terapêutico; Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais; Busca da garantia da intersetorialidade.”.

Para a constituição de uma linha do cuidado é relevante observar seus produtos, seus usuários e a qualidade da assistência. Portanto, esta deve ser alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços (CRUZ et al., 2011).

Na busca pela integralidade, o processo de constituição das linhas de cuidado é um dos mais significativos. Organizar uma linha de cuidado em saúde bucal eficaz, centrada nos usuários e na realidade em que estão inseridos, considerando os determinantes sociais e culturais envolvidos, configura-se como um meio imprescindível para o fortalecimento de práticas integrais de saúde, que busquem garantir o acesso e a resolutividade dos serviços. (CRUZ et al., 2011; GIOVANELLA et al. 2009).

Para compor e assegurar a linha de cuidado do usuário em saúde bucal, além da reestruturação da atenção primária, o Brasil Sorridente criou os CEO e implantou os LRPD, além de estruturar a rede com serviços de análise de exames histopatológicos, para dar suporte aos diagnósticos de lesões bucais, e investir na organização da alta complexidade, ou seja, cuidado hospitalar a pacientes com tumores benignos bucomaxilofaciais, pacientes especiais que necessitam de cuidado sob anestesia geral, cuidados odontológicos à pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia, prótese bucomaxilofacial, pacientes crônicos e hospitalizados para

procedimentos cirúrgicos, de modo a compor todos os elementos da rede (CAYETANO et al., 2019).

### **3.4 Integralidade do cuidado em saúde bucal**

Um dos pilares da AB no SUS é o princípio da integralidade, que se baseia em ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, cura, reabilitação, e apoio de indivíduos em suas necessidades físicas, psicológicas e sociais (PEREIRA, 2018). A integralidade permite a percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional (BRASIL, 2004; SOUZA et al., 2012).

Ademais, a integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002). Nesse contexto, sob perspectiva de proporcionar uma assistência integral ao indivíduo, justifica-se a imprescindibilidade da inserção do profissional CD em todos os níveis de atenção à saúde.

Além de um princípio doutrinário do SUS, a integralidade em saúde bucal é direito constitucional de todo cidadão e, para o seu alcance, é necessária a organização das RASB, de modo que os níveis assistenciais estejam eficientemente interligados e em consonância com os indicadores e dados epidemiológicos, para serem verdadeiramente resolutivos. (BORGHI, 2013).

Nesta perspectiva, é urgente a necessidade de se despender esforços no aperfeiçoamento do elemento estruturante da integralidade: o sistema de referência e contrarreferência, por meio do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. Os obstáculos enfrentados nesse caminho são, definitivamente, os entraves da integralidade e solucioná-los pode significar o encurtamento da distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal (ROCHA & GOES, 2008; CESAR, 2011).

Vários são os movimentos de gestão, de processo de trabalho e no campo dos movimentos sociais em saúde que buscam favorecer as práticas integrais de saúde. Pode-se citar, as equipes de referência e apoio matricial, onde se foge das

estruturas verticais de organização, e o acolhimento, cujo foco está no vínculo e escuta dos usuários, em detrimento do modelo tradicional de organização do trabalho em saúde centrado nos procedimentos (CRUZ et al., 2011).

Outra estratégia que visa o fortalecimento da atenção integral é a reestruturação de uma rede de atenção, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia. Assim, a rede possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, com relações mais horizontalizadas entre os pontos de atenção, buscando a valorização da AB, a centralidade nas necessidades em saúde da população, o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos, pressupostos essenciais para a conformação de redes de serviços integradas e regionalizadas que superem os modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos (CHAVES et al., 2011; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; GOES et al., 2012).

Diante das dificuldades e das grandes lacunas e insuficiências organizativas ainda observáveis na atenção continuada em saúde bucal, muitos estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar o sistema de referência e contrarreferência existente, o acesso dos usuários aos serviços odontológicos especializados, o tempo médio que esperam por uma vaga na atenção secundária, bem como o grau de satisfação dos pacientes com os serviços ofertados e a resolutividade do sistema vigente (AZEVEDO; ROCHA, 2018; MELO et al., 2014; SOBRINHO et al., 2015). Esta temática tem se destacado a fim de otimizar a aplicação de recursos, planejamento de ações e processos de trabalho que respondam de maneira mais eficiente, condizentes com as necessidades da população assistida e com a demanda gerada (MOIMAZ et al., 2017).

O acesso ao serviço odontológico e o tempo de espera para a realização da consulta são temas sempre relacionados à qualidade dos serviços e à satisfação dos pacientes nos estudos. Isso porque, para a maioria dos usuários, aguardar muito tempo para resolução da sua demanda odontológica pode significar sentir dores, incômodos, ou ter a estética do seu sorriso comprometida (PAULA et al., 2009).

Moimaz *et al.* (2017) relatam em sua pesquisa sobre a satisfação dos usuários que 100% dos entrevistados tiveram acesso ao atendimento odontológico na atenção primária e 56% dos participantes consideraram pouco demorado o tempo de espera

para realizar a consulta odontológica na APS, apresentando-se satisfeitos neste quesito, em detrimento do fato de que apenas 70% dos que necessitavam conseguiram agendar uma consulta especializada em saúde bucal. Isso evidencia que a expansão da rede assistencial de atenção secundária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

Alguns entraves estão ligados ao reduzido acesso dos usuários aos procedimentos especializados, como por exemplo oferta de vagas muito inferior à demanda; existência de inadequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal e de encaminhamentos inconsistentes, o que superlota ainda mais o sistema e impede que as pessoas que realmente necessitam tenham acesso (BORGHI et al., 2013),

Além da inexistência de estratificação de risco eficaz, que promova a compreensão das prioridades, garantindo o princípio da equidade; de barreiras geográficas, tendo em vista que a maioria dos municípios de pequeno porte não possuem CEO e portanto contam apenas com a oferta do CEO Regional, exigindo o deslocamento dos pacientes; da pouca resolutividade da AB no sentido de que há procedimentos especializados que podem ser incluídos no escopo de atividades da APS, mas que por motivos diversos se restringem apenas à atenção especializada; entre outros determinantes que comprometem o acesso dos usuários ao atendimento especializado e, portanto, a continuidade do cuidado (BORGHI et al. , 2013; CÉSAR, 2011; COSTA, 2018).

A existência na APS de listas de espera extensas, que resultam em um tempo de espera de meses (ou até mesmo anos) para a avaliação de um usuário por especialistas não é uma realidade apenas da atenção em saúde bucal, mas do sistema público de saúde de uma forma geral. Isso porque há imprecisões no planejamento e na gestão da relação oferta/demanda de serviços, ou seja, a geração de oferta de atendimentos na atenção secundária não se desenvolve na mesma proporção que o crescimento da demanda por procedimentos especializados (GIOVANELLA et al., 2009) e, possivelmente, falta da aplicação de protocolos ou estratégias de classificação de risco na APS que garantam, mesmo diante de oferta limitada de serviços, priorizar as pessoas mais vulneráveis e que mais necessitam da atenção.

No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida

pelos usuários do SUS, sendo um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população (FARIAS et al, 2019; GIOVANELLA et al., 2009).

Este prolongado tempo de espera pode gerar atrasos na realização de diagnósticos, diminuição na efetividade de muitos tratamentos, absenteísmo dos usuários (faltas aos procedimentos agendados), ansiedade para o usuário que está aguardando, pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes, tendo em vista que muitas vezes permanecem no aguardo sentindo dores e outros sintomas, e mais especificamente em relação à saúde bucal pode provocar perda do elemento dentário, seja por inviabilização da manutenção do dente em função ou por opção do paciente (CRUZ et al., 2018; FARIAS et al, 2019; GIOVANELLA et al., 2009)..

Além disso, o moroso tempo de espera diminui a produtividade e a eficiência dos serviços de saúde, e é uma das principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS (GIOVANELLA et al., 2009).

Por conseguinte, alguns autores têm feito do tempo de espera na APS para o início do tratamento odontológico especializado seu objeto de estudo, como indicador de qualidade do serviço, bem como da satisfação do usuário. Borghi *et al.* (2013) em consonância com Kellerman (2017) apresentam em suas pesquisas tempo de espera para atendimento na atenção secundária em saúde bucal de até um mês após o encaminhamento e Moimaz *et al* (2017) mencionam em seu estudo que o tempo de espera médio foi de até uma semana desde o momento do encaminhamento. Em concordância, Chaves *et al.* (2012) citam uma média de quinze dias.

Já Laroque; Fassa e Castilhos (2015) relatam que 76% dos participantes da pesquisa haviam tido o seu tratamento concluído no decorrer de aproximadamente um ano, onde o tempo médio de espera para o início do tratamento eram de dois meses, e que ainda havia 849 usuários na fila de espera do atendimento e pouca satisfação por parte dos pacientes, uma vez que a espera em 13% dos casos levou à desistência do tratamento. Nos estudos de Arakawa *et al* (2012) e de Kitamura *et al.* (2016), destaca-se a dificuldade das equipes em realizar o encaminhamento das pessoas para a atenção secundária, a exemplo principalmente de procedimentos de endodontia e prótese, pois a oferta de serviços pelos CEO e outros serviços do SUS de média complexidade fica muito aquém das necessidades das pessoas.

### **3.5 Saúde Bucal e a Coordenação do Cuidado na Atenção Primária à Saúde**

Embora não haja hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Básica tem o papel fundamental de porta de entrada da RAS, coordenação do cuidado e ordenação da rede (BRASIL, 2010).

A coordenação pressupõe organizar o cuidado ao paciente e é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais integradas, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (ALELUIA et al., 2017; ALMEIDA, SANTOS, 2016; BRASIL, 2010).

A coordenação do cuidado pela APS tem sido apontada internacionalmente como atributo fundamental na organização de sistemas de saúde, para prover melhorias na prestação do cuidado em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção, seja integrando serviços e ações entre diferentes níveis, de forma vertical; seja no interior de um mesmo nível do sistema de saúde, através de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar) (ALELUIA et al., 2017; ALMEIDA, SANTOS, 2016).

No âmbito da saúde bucal a APS também tem o papel de coordenadora do cuidado. As ESB da AB possuem a função de coordenar a dinâmica das RASB, sendo o ponto central de referência para os cuidados recebidos pelo paciente, de modo a garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, no seu contexto intersetorial, no qual o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento (ANDRAUS, 2017; BIZERRIL et al., 2019) .

Desta forma, as ESB da APS devem coordenar e fortalecer os fluxos que compõem a linha de cuidado em saúde bucal, possibilitando o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, aprofundar a humanização das práticas e ampliar seu potencial de resolutividade (BRASIL, 2010; SILVA, 2019).

Diante disso, há uma necessidade de as ESB proporem alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de

saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras, ampliando e qualificando os serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção e a coordenação desse cuidado, isto é, organização dos fluxos e observação dos caminhos percorridos pelos usuários dentro das redes, de modo a garantir não só o acesso, mas também mensurar a resolutividade, acompanhar os pacientes e contemplar as experiências e satisfação dos mesmos (LEAL, 2017).

### **3.6 Indicadores em saúde bucal**

A qualidade dos serviços de saúde é objeto de atenção e preocupação por parte da sociedade brasileira. Cada vez mais, a busca pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no Brasil tem recebido grande destaque do MS. Isso se dá pela importância da adequação das políticas públicas às necessidades da população e do retorno adequado dos investimentos, que se reflete na melhoria da situação de saúde do país (MARTINS et al., 2016).

Para o MS, o compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios impostos pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (MACHADO et al., 2018).

Com o aumento expressivo de ESB, observado a partir da inserção de suas ações na ESF, houve a necessidade de investigar a qualidade dos serviços ofertados por essas equipes (VIANA et al., 2019). Neste sentido, novos instrumentos de avaliação da saúde bucal no âmbito da APS têm surgido, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se propõe a avaliar a qualidade da APS como uma rede prioritária, como porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção (MAGRI et al., 2016), além de outros programas que trazem diversos indicadores de saúde bucal propostos pelo MS e para monitoramento e avaliação das ações no SUS, como abordado por França et al. (2020) em seu estudo.

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (AMORIM, 2019).

Com a proposta de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS e induzir a ampliação do acesso, o PMAQ-AB buscou garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa elevou os recursos do incentivo federal para os municípios participantes com melhores padrões de qualidade e acesso (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB adota o modelo proposto por Donabedian (1988) como referência conceitual no campo da avaliação, baseado na teoria dos sistemas em que se considera os elementos de estrutura, processo e resultado. Desenvolvido na década de 60, o modelo é amplamente utilizado e é referência fundamental na análise dos serviços de saúde e nas práticas assistenciais. O PMAQ-AB é resultado da consolidação da política de monitoramento e avaliação da atenção básica que instituiu, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), em conjunto com estados e municípios, situando a avaliação como instrumento permanente (AMORIM, 2019; BRASIL, 2010).

Os Indicadores de Saúde Bucal verificados pelo PMAQ-AB foram idealizados como avaliadores dos pilares da AB: Coordenação do cuidado e longitudinalidade, Acessibilidade, Integralidade e Resolutividade da Atenção e são subdivididos em Indicadores de Desempenho, vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das equipes da AB, conforme o seu desempenho; e Indicadores de Monitoramento, a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar a pontuação atribuída às equipes no processo de avaliação externa (MACHADO et al., 2018; MENDES JUNIOR, BANDEIRA, TAJRA, 2015). Todos estes indicadores de saúde bucal propostos no PMAQ-AB em seus 1º, 2º e 3º Ciclos pode ser observado no Quadro 3, abaixo:

Quadro 3 – Indicadores de saúde bucal propostos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em seus 1º, 2º e 3º Ciclos.

<b>1º e 2º Ciclos</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Acesso ao Cuidado</b>	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante
	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante
	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral
<b>Oferta de serviços</b>	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
	Média de instalação de próteses dentárias
<b>Resolutividade e Continuidade</b>	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

<b>3º Ciclo</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Acesso ao Cuidado</b>	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
<b>Oferta de serviços</b>	Percentual de serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal
<b>Resolutividade e Continuidade</b>	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Fonte: França et al., 2020 (Adaptado).

Outros Projetos para avaliação do desempenho dos serviços de saúde bucal foram propostos pelo MS, como o Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde (PROADESS), o qual apresentou quatro indicadores, três indicadores foram classificados na categoria de acesso ao cuidado e um na de oferta de serviços; o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que é constituído de diversos indicadores, dispostos em duas dimensões: acesso e qualidade, classificados em dois grupos: acesso ao cuidado e oferta de serviços (Quadro 4); e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que apresenta indicadores nas dimensões de acesso potencial (mede a oferta de atendimento) ou acesso obtido (mede os atendimentos realizados), e de efetividade (avalia o resultado obtido), também classificados em duas categorias: oferta de serviços; resolutividade e continuidade (Quadro 5). (FRANÇA et al., 2020).

Quadro 4 – Indicadores de saúde bucal propostos no Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde (PROADESS) e no Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Diretriz</b>
<b>Acesso ao Cuidado</b>	Consulta odontológica	PROADESS
	Percentual de pessoas que nunca foram ao dentista	PROADESS
	Percentual da população que referiu uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias, em determinado espaço geográfico.	PROADESS

	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS
<b>Oferta de Serviços</b>	Número de cirurgiões-dentistas, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	PROADESS
	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS

Fonte: França et al., 2020 (Adaptado).

Quadro 5 – Indicadores de saúde bucal propostos no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

<b>Categoria</b>	<b>Indicadores simples e fontes</b>
<b>Ofertas de serviços</b>	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
<b>Resolutividade e Continuidade</b>	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Fonte: França et al., 2020 (Adaptado).

Mais recentemente, pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, instituiu-se o Programa Previne Brasil, como novo modelo de financiamento, alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A nova proposta de subsídio tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas ESF e de APS, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), ESB, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas (BRASIL, 2019; MOROSINI et al., 2020).

No âmbito da saúde bucal, o Programa Previne Brasil traz como indicador a ser alcançado pela ESB, neste primeiro momento de implantação do programa, a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e da criança (BRASIL, 2019). Percebe-se, desse modo, a intenção de ampliar o acesso ao atendimento odontológico, muitas vezes de difícil obtenção devido à alta demanda e outros fatores, durante a gestação.

### **3.7 Classificação e Estratificação de risco em saúde bucal e protocolos de encaminhamento**

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a de chegada, tem também outros objetivos importantes como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente de que não corre risco imediato; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais pela implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e construção de redes internas e externas de atendimento, garantindo o cumprimento dos princípios da equidade e integralidade (MATTOS, 2012).

A classificação de risco serve para definir a priorização para a atenção individual programada e para determinar as necessidades do usuário.

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde bucal, observa-se que, na maioria das vezes, as situações de dor ou sofrimento não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que, se não tratadas corretamente e a tempo, podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia; e hemorragias bucais espontâneas, decorrentes de traumas ou decorrentes de cirurgias. No entanto, a dor é um fator determinante de prioridade na perspectiva do paciente. Toda classificação de risco deve incluir uma avaliação do grau dor, pois o mesmo influencia na prioridade e os pacientes sempre têm a expectativa de que sua dor seja tratada (CEARÁ, 2016).

Neste contexto, estabelecer protocolos de estratificação e classificação de risco e implantá-los na rotina das ESB na APS, tanto em relação aos atendimentos quanto em relação aos encaminhamentos para a atenção secundária configura-se como algo imprescindível para a determinação de um serviço de saúde equânime, no qual as pessoas tenham garantia da continuidade do cuidado e da priorização dos que mais necessitam naquele contexto. Além disso, faz-se necessária a implantação de atividades de educação permanente para capacitar as equipes para a execução efetiva dos protocolos de classificação de risco.

Diante disso, alguns projetos têm surgido por iniciativa dos Estados e Municípios para a qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde, a exemplo do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualificaAPSUS), idealizado pela Secretaria do Estado do Ceará com o objetivo de apoiar os municípios no fortalecimento da APS, principalmente quanto à reorganização do modelo de atenção nos municípios e a implementação das RAS, a fim de estabelecer uma linguagem comum nos diferentes pontos de atenção à saúde (CEARÁ, 2016; RIBEIRO et al., 2019).

O Projeto QualificaAPSUS visa à qualificação do cuidado às condições crônicas e busca fortalecer o cuidado integral aos usuários, para obter melhores resultados sanitários e melhor satisfação pelos usuários, garantindo uma APS resolutiva que atenda de forma integral as necessidades dos usuários do SUS (RIBEIRO et al., 2019).

Este Projeto, que visa a educação permanente dos profissionais da APS, concretizou-se por meio de oficinas intercaladas com tutorias para a aplicação dos conteúdos teóricos na prática diária das equipes da APS na unidade básica de saúde. Os participantes das oficinas fazem a multiplicação dos conteúdos nos municípios,

com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), e atuam como facilitadores na reestruturação da atenção primária. Essas atividades proporcionam instrumentos, ferramentas, tecnologias de planejamento e de organização do trabalho para a qualificação da atenção primária, tal como os protocolos de classificação e estratificação de risco (CEARÁ, 2016).

O Projeto QualificaAPSUS propõe que o objetivo da estratificação de risco é permitir a priorização do atendimento aos que têm maior risco e atividade de doença e definir o planejamento terapêutico de cada usuário, visto que quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se sub-ofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobre-ofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência uma atenção inefetiva e ineficiente (CEARÁ, 2017).

Dessa forma, a estratificação de risco caracteriza-se como uma ferramenta fundamental no processo de trabalho das ESB, tendo em vista seu potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção, permitindo a oferta de uma atenção que não seja única para todos os usuários do sistema, mas que seja específica para cada grupo populacional. A estratificação do risco do paciente deverá ser realizada pela equipe de saúde bucal na primeira consulta registrada em seu prontuário, e utilizada como fator de influência no plano de tratamento (Ceará, 2017).

É oportuno salientar a diferença entre estratificação e classificação de risco, em virtude de que esta última deve ser utilizada com os usuários em situação de urgência em saúde bucal, advindos de demanda espontânea, que tenham sua necessidade atendida prontamente, sendo posteriormente realizada a estratificação de risco do indivíduo para proceder com o planejamento do seu tratamento odontológico (CEARÁ, 2017).

O QualificaAPSUS está vinculado à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde, cuja missão é fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das Redes de Atenção. A consolidação das RAS depende de uma APS que cumpra o seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde (CEARÁ, 2016).

Os protocolos de encaminhamento para atenção especializada em saúde bucal são realizados, na maioria dos casos, pelo sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção da RASB e muito se tem

questionado sobre a efetividade desse método (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo consistiu em uma pesquisa de natureza interventiva, que buscou analisar a aplicação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à APS em Saúde Bucal no município de Cariré, Ceará.

A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (ROCHA, 2003).

O processo de formulação da pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (ROCHA, 2003).

### **4.2 Campo de Estudo**

O estudo realizou-se no município de Cariré, localizado no interior do Estado do Ceará. Cariré está localizado na mesorregião do Noroeste Cearense, com área territorial de 755,597 km<sup>2</sup>. Em 2020, a população estimada do município foi de 18.459 habitantes, de acordo com dados do IBGE. O município possui uma sede e mais cinco distritos, a saber: Alto dos Honórios, Arariús, Cacimbas, Jucá e Tapuio. Geograficamente, os municípios limítrofes são Varjota, Groaíras, Mucambo, Reriutaba, Sobral, Santa Quitéria e Pacujá (IBGE, 2020).

O sistema de saúde municipal apresenta atualmente 09 ESF, 09 ESB, 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Atenção Psicossocial Modalidade I, Centro de Atenção à Saúde da Mulher e 01 Centro de Reabilitação para atender uma população de mais de 18 mil habitantes (BRASIL, 2020).

As equipes de saúde bucal realizam agendamento de consultas por meio de acolhimento e triagem, de acordo com a demanda espontânea por ordem de chegada e sem um protocolo específico ou padronização entre as ESB do município. As principais demandas apresentadas pelos pacientes ainda são os procedimentos básicos de exodontias, restaurações dentárias, remoção de cálculo dental, profilaxia

e aplicação de flúor gel; no entanto, quando necessária a realização de procedimentos especializados os usuários são encaminhados ao CEO Regional de Sobral Reitor Ícaro de Sousa Moreira, que atua há 12 anos no Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral e cuja principal missão é prestar assistência odontológica especializada a população da 11ª Microrregião de Saúde do Ceará.

Este encaminhamento se dá por meio de um sistema de referência e contrarreferência viabilizado pela pactuação do município com o Consórcio Público de Saúde, contando com aproximadamente 21 vagas mensais distribuídas nas especialidades a seguir: Endodontia (8), Pacientes com Necessidades Especiais (1), Cirurgia Oral Menor/Estomatologia (5), Ortodontia (1), Prótese e Oclusão/Dor Orofacial (3) e Periodontia (3), sendo que há quase quatro anos foram suspensos os encaminhamentos para o serviço de Ortodontia, em decorrência da superlotação deste.

As vagas são preenchidas segundo a disponibilidade no sistema de marcação de consultas, já que pode haver modificações dessas quantidades. Os usuários são marcados por ordem de tempo de solicitação ou por prioridades, a depender de cada caso específico, mas sem a adoção de um protocolo padronizado para classificação de risco; em casos de urgência pelo atendimento especializado podem ainda ser solicitadas cotas extras. Ao ser realizada a marcação, o sistema gera um boleto para o usuário e este assina um livro de protocolo, confirmando o recebimento, a fim de evitar quaisquer transtornos posteriores.

### **4.3 Participantes do Estudo**

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde bucal atuantes na APS do município de Cariré, Ceará. O município possui 09 ESB cadastradas no Ministério da Saúde, 02 estão localizadas na zona urbana e 07 na zona rural. No entanto, não foi possível a participação de 01 Equipe da zona rural porque não havia cirurgião-dentista lotado na mesma no período de início da coleta de dados e de 01 Equipe da Sede do município pelo fato de a cirurgiã-dentista ser a pesquisadora. Participaram da pesquisa 07 ESB. Cada ESB possui em sua composição um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal.

O critério de inclusão utilizado deu-se a partir da inserção de profissionais nas Equipes de Saúde Bucal do município de Cariré-CE na zona urbana e zona rural no

período em que se desenvolveu a pesquisa. Os critérios de exclusão foram os participantes que precisaram se ausentar do serviço por motivos de saúde e licença durante um período igual ou superior a três meses e o desligamento dos profissionais do serviço de saúde municipal durante a realização da pesquisa.

#### **4.4 Métodos de coleta dos dados e informações**

A pesquisa se desenvolveu em quatro momentos no período de maio de 2022 a outubro de 2022. Foram utilizados como métodos de coleta de dados: questionário, acesso aos sistemas de informação em saúde, ata de reunião, fichas de estratificação e transcrição de grupo focal.

Primeiramente solicitou-se a assinatura de uma carta de anuência (Apêndice A) pela Secretária Municipal de Saúde de Cariré, na qual a mesma concordava com a realização desta pesquisa no município, após a apresentação da pesquisa e o esclarecimento dos objetivos e de todas as etapas da mesma. A seguir estão descritas as fases da pesquisa:

a) *Primeiro momento - Identificação de problemas na prática*

Realizado no mês de maio de 2022. Solicitou-se uma reunião com as Equipes de Saúde Bucal do município, a fim de serem esclarecidos os objetivos e métodos da pesquisa e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme o aceite dos participantes. Nesta ocasião realizou-se uma oficina para diagnóstico da situação atual e identificação de possíveis problemas a respeito dos protocolos ou critérios utilizados pelas ESB para o acesso na APS e encaminhamento à atenção secundária, bem como o tempo de espera para marcação de consulta no serviço especializado. As ESB refletiram sobre o nível de resolutividade da APS para as demandas mais urgentes e prioritárias, e os elementos que são considerados imprescindíveis para que o sistema funcione de forma que possa suprir a demanda reprimida, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A coleta dos dados primários da pesquisa deu-se por meio de um Questionário (Apêndice C) no qual os participantes responderam a perguntas sobre os temas supracitados. Paralelamente, realizou-se um levantamento de dados da produção ambulatorial das ESB nos sistemas de informação do SUS (E-SUS AB e DATASUS), dos últimos quatro anos, para cálculo dos indicadores de acesso ao cuidado,

resolutividade e oferta de serviços de saúde bucal na APS, bem como dos encaminhamentos solicitados pelas ESB e agendados para a atenção secundária, distribuídos por especialidades e ESB solicitante. Estes dados foram apresentados e discutidos na oficina seguinte para a busca de soluções.

Um compilado dos indicadores que foram analisados pode ser observado no quadro 6.

Quadro 6- Compilado de indicadores que foram utilizados na pesquisa.

	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE DE INFORMAÇÃO	REFERÊNCIA
<b>Indicadores de acesso aos serviços odontológicos</b>	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{Qte de 1ª consulta odontológica programática}}{\text{População cadastrada}} \times 100$	15%/ano	E-SUS	PMAQ-AB
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico}}{\text{Parâmetro de Cadastro x SISNAC População IBGE ou Nº de gestantes identificadas}}$	>=90%	SISAB E SISNAC	PROGRAMA PREVINE BRASIL
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{Nº de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$	8 participantes a cada 100 habitantes	SIA-SUS E IBGE	Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013–2015.
<b>Indicador de oferta dos serviços odontológicos</b>	Número de CD, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	$\frac{\text{Nº de CD} \times 100.000}{\text{População residente}}$	1 CD para cada 1.500 habitantes	CNES e IBGE	PROADESS
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	$\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais}} \times 100$	8 pessoas a cada 100 habitantes	E-SUS	Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013–2015.
<b>Indicadores de resolutividade dos serviços odontológicos</b>	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{\text{Tratamentos concluídos} \times 100}{\text{Primeiras consultas odontológicas programáticas}}$	0,5 - 1,0% tratamento concluído/mês	E-SUS	PMAQ-AB
	Tempo de espera médio para a marcação de consultas na atenção secundária em saúde bucal	Média do tempo de espera para a consulta especializada em saúde bucal por ESB e do município	Resultados de pesquisas anteriores	Referências para atenção secundária em saúde bucal	Elaboração Própria
	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	$\frac{\text{Nº de encaminhamentos odontológicos para o serviço especializado}}{\text{Nº total de atendimentos odontológicos individuais}} \times 100$	5-20%	E-SUS	Elaboração Própria

FONTE: Elaboração própria.

b) *Segundo momento - Busca de soluções considerando a teoria*

Realizado no mês de maio de 2022. Decorreu-se em uma roda de conversa com os participantes da pesquisa, na qual foram discutidas as respostas dos questionários do primeiro momento. Os participantes da pesquisa fizeram uma leitura coletiva do consolidado das respostas das questões e uma análise dos dados secundários coletados para orientar a discussão, de modo a buscar soluções para a realidade em questão. Nesta ocasião implementou-se, também, uma atividade formativa com os participantes da pesquisa para apresentação de um método de estratificação de risco, para acesso à APS e como ferramenta de regulação do acesso à atenção secundária em saúde bucal, de modo que contemple todos os aspectos levantados no primeiro momento da pesquisa. A intenção era sensibilizar as ESB a respeito da necessidade de aplicação de um método de estratificação de risco para APS. O instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Bucal selecionado por meio de análise bibliográfica foi o proposto pelo Projeto Qualifica APSUS do Governo do Estado do Ceará, que se caracterizou por ser uma estratégia de reorganização do Modelo de Atenção à Saúde, a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das RAS (Anexo A).

Também foi apresentado o Método de Classificação de Risco do referido Projeto (Anexo B), que se utilizou para os pacientes em situação de urgência em saúde bucal, advindos de demanda espontânea, que necessitavam ter sua necessidade atendida prontamente, sendo posteriormente realizada a estratificação de risco do indivíduo para proceder com o planejamento do seu tratamento odontológico.

O QualificaAPSUS objetivou apoiar os municípios no fortalecimento da APS para que as equipes pudessem cumprir os atributos do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da centralização familiar e da orientação comunitária; cumprir as funções de responsabilização pela saúde da população adscrita, de comunicação nas RAS e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade e assumir a coordenação do cuidado nas RAS (CEARÁ, 2017).

As ESB elaboraram um plano de ação para a aplicação deste método de estratificação de risco, a partir da metodologia da capacitação complementar em

saúde bucal do Projeto Qualifica APSUS-Ceará, considerando as orientações sobre os critérios da Estratificação (Anexo C), bem como o texto de apoio sobre o manejo clínico pós-estratificação de risco em saúde bucal (Anexo D) e a matriz para implantação da estratificação de risco (Anexo E). A ata deste momento está presente no Apêndice D.

*c) Terceiro momento - Aplicação do método de estratificação de risco*

Ocorreu a aplicação do método de estratificação de risco pelas ESB com a população de seus respectivos territórios, no período de junho a setembro de 2022. As estratificações foram registradas na ficha (Anexo A), e, posteriormente, os dados coletados foram armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel, para análise estatística (Apêndice E). Nesta fase assim como nas fases anteriores ocorreu o monitoramento dos objetivos, metas e indicadores selecionados e a implementação do plano de ação, baseando-se na metodologia da capacitação complementar em saúde bucal do Projeto Qualifica APSUS-Ceará.

*d) Quarto momento - Avaliação*

Realizado no mês de outubro de 2022. De posse dos dados levantados na fase anterior, realizou-se a análise e interpretação dos resultados, compartilhamento de experiências a respeito de como se deu a implantação e assim verificou-se a intervenção realizada que colaborou para atingir os objetivos. Logo após, por meio de uma reunião final com os participantes com o propósito de comunicação dos resultados e reflexão sobre a experiência de aplicação do método e as transformações advindas dele, abordou-se limites e potencialidades vivenciados com a implantação na prática do novo recurso. Além disso, discutiu-se em que medida e o que eventualmente precisa ser aperfeiçoado num novo ciclo de pesquisa. Neste momento realizou-se grupo focal com 07 Cirurgiões Dentistas que participaram da pesquisa. Na entrevista do grupo focal, efetuou-se gravação de voz no celular e transcrição simultânea, utilizando a digitação por voz do software Google Documentos.

No quadro 7 observa-se o método de coleta de dados a ser utilizado em cada momento da pesquisa.

Quadro 7- Método de coleta de dados em cada momento da pesquisa.

<b>Momento</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>
Método de coleta	Questionário e Sistemas de Informação em Saúde	Ata de reunião	Fichas de estratificação	Grupo Focal

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.5 Análise dos dados e informações

As informações qualitativas coletadas no questionário, nos momentos em grupo, nas atas de reunião e no grupo focal foram analisadas por meio de análise de conteúdo temática de Laurence Bardin (2011), com o auxílio do *software* Atlas.ti.

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 47).

De acordo com a autora, a finalidade primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico. Para isso, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens considerados. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Normalmente, segundo Bardin (2011), envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e

objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados.

Após a realização da “leitura flutuante”, a autora recomenda a escolha de um índice organizado em indicadores. Ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades de registro. Para Bardin (2011), uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase.

Bardin (2011) apresenta os critérios de categorização, ou seja, escolha de categorias (classificação e agregação). Categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos.

Na etapa seguinte, Bardin (2011) ocupa-se em trabalhar com assuntos relacionados ao tópico inferência. Segundo ela, a inferência como técnica de tratamento de resultados é orientada por diversos pólos de atenção, ou seja, pólos de comunicação (emissor, receptor, mensagem e canal).

Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação. Uma vez que, as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados (BARDIN, 2011).

Para analisar os dados coletados nas fichas de estratificação, foi realizada uma regressão logística ordinal com o objetivo de investigar em que medida o risco (baixo, médio, alto – categorias de desfecho) do desenvolvimento de doenças bucais poderia ser adequadamente previsto pelas variáveis explicativas (idade, sexo, ciclo de vida, critérios biológicos, critérios odontológicos, critérios de autocuidado).

Os modelos de regressão logística ordinal podem ser aplicados quando as variáveis de desfecho são caracterizadas por um gradiente de classificação entre os níveis de possíveis respostas, chamadas de variáveis categóricas ordenadas. Ou seja, o desfecho é apresentado em categorias com ordenação. Estes modelos, dependendo do delineamento do estudo, permitem também calcular a estatística *odds ratio* (OR) proporcionais ou a probabilidade de ocorrência de um evento.

No modelo de regressão logística ordinal proposto para analisar os dados da ficha de estratificação o pressuposto de não multicolinearidade foi atendido, com os

valores dos fatores de inflação de variância (VIF) das variáveis preditoras abaixo de dez, conforme relatório estatístico no APÊNDICE F.

A suposição de chances proporcionais (*proportion odds*) também foi satisfeita [ $\chi^2(180) = 121.943, p < 0,001$ ]. O modelo apresentou-se estatisticamente significativo, sugerindo que a variável dependente (risco de desenvolvimento de doenças bucais) pode ser prevista pelas variáveis independentes, como demonstrado pelo teste de Omnibus [ $\chi^2(10) = 132.827, p < 0,001$ ] (APÊNDICE F).

#### **4.6 Considerações Éticas**

Esta pesquisa considerou todos os princípios éticos contidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as pesquisas com seres humanos. Foram respeitados os quatro princípios básicos da Bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA-CE) sob o parecer de número 5.406.011.

A pesquisa não ofereceu risco para a integridade física dos participantes. Entretanto, mesmo que mínimos, podem existir riscos de origem psicológica, intelectual e emocional, como possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato e de sigilo; riscos estes que serão minimizados pela garantia do rigor metodológico e científico da pesquisa, o anonimato dos participantes e esclarecimento de dúvidas a qualquer momento, antes, durante e após a realização das etapas da pesquisa.

Além disso a pesquisa se propôs a suscitar benefícios diretos para o serviço de saúde, por meio da implantação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à APS em Saúde Bucal; capacitação da Equipes de Saúde Bucal de Cariré-Ceará e conseqüente melhoria no acesso ao cuidado, resolutividade e oferta de serviços de saúde bucal na APS através da intervenção.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente à realização da pesquisa, segundo as normas do comitê de ética acima citado, ratificando a sua participação voluntária neste estudo.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Primeiro momento - Identificação de problemas na prática**

O primeiro momento da pesquisa foi realizado em maio de 2022.

#### **5.1.1 Caracterização dos participantes**

A pesquisa contou com a participação de 14 pessoas, sendo 7 Cirurgiões Dentistas e 7 Auxiliares de Saúde Bucal.

A idade dos participantes variou entre 24 e 44 anos e o tempo de conclusão do curso de graduação em Odontologia, bem como do curso de auxiliar em saúde bucal, oscilou entre 1 mês e 25 anos.

Cerca de 42,9% (n=6) dos participantes relataram possuir alguma especialização concluída, constando entre as respostas cursos na área de Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Bioquímica e Biologia em geral com ênfase em saúde, Endodontia, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e Psicopedagogia Clínica e Institucional. Ainda sobre a formação acadêmica dos participantes, apenas 1 relatou ter concluído o Mestrado, sendo Mestre em Saúde da Família. Nenhum relatou ter cursado Doutorado.

Sobre o tempo de atuação, 71,4% (n=10) informaram ter mais de 5 anos de atuação profissional na APS, com variação de 0 a 25 anos. Além disso, 35,7% (n=5) relataram estar na mesma ESB desde o início da sua atuação profissional na APS.

#### **5.1.2 Análise do Questionário**

Após a análise e interpretação das informações coletadas no questionário subjetivo, foram definidas cinco categorias de acordo com os núcleos de sentido.

A primeira categoria refere-se ao agendamento para o atendimento odontológico na UBS, bem como o tempo de espera para que o usuário consiga uma consulta na APS. Neste quesito evidenciou-se algumas subcategorias nas respostas dos participantes: alguns relataram que na sua Unidade de Saúde o agendamento se dava de acordo com a necessidade do paciente, outros informaram que o agendamento era realizado de acordo a disponibilidade de vagas, uns descreveram que o agendamento era de acordo com a gravidade e urgência de cada caso e apenas

um CD e uma ASB responderam que o agendamento se dava por meio de um grupo de acesso de saúde bucal:

“Após avaliação, o paciente é agendado de acordo com suas necessidades.” (CD1).

“Agendamento realizado conforme a necessidade do paciente.” (CD4).

“O paciente vai até a unidade, apresenta a queixa e é marcado de acordo com a disponibilidade de vagas” (CD5).

“Após a avaliação é agendado de acordo com o risco.” (ASB6).

“O agendamento é realizado após o usuário ser encaminhado ao grupo de acesso de saúde bucal. Este grupo é um espaço para realização de atividades educativas e de promoção da saúde. Após ou durante a participação no grupo, são identificadas e classificadas as necessidades de cada usuário.” (CD7).

Ainda nesta categoria, no que diz respeito ao tempo de espera para consulta odontológica na APS, 6 participantes relataram que o usuário consegue consulta no mesmo dia; 5 participantes afirmaram que o tempo de espera é de 7 dias na sua UBS; 2 relataram ser de 15 dias e 1 respondeu 20 dias.

A segunda categoria definida foi a respeito da utilização de protocolo de estratificação de risco para o acesso aos serviços de saúde bucal na ESB. 3 participantes responderam apenas que não utilizavam; 4 que só em casos de urgências; 5 responderam que sim, destes 4 não explicaram qual método utilizavam e um CD relatou utilizar um instrumento adaptado do Protocolo de Saúde Bucal do município de Porto Alegre:

“Sim, Um instrumento adaptado do Protocolo de Saúde Bucal do município de Porto Alegre (2014), documento de Consenso Técnico – CRO MG, gestão 2013-2015, Protocolo de Saúde Bucal do município de São Paulo (2012).” (CD7).

A terceira categoria elucida sobre o encaminhamento para Atenção Secundária em Saúde Bucal, bem como o tempo de espera para realização de consulta odontológica no serviço especializado. As subcategorias delimitadas a partir das respostas foram Encaminhamento para o CEO Regional por meio de referência seguindo cronograma mensal municipal de distribuição de vagas entre as ESB e Parceria com Centro Universitário do Instituto de Teologia Aplicada (INTA) e Universidade Federal do Ceará (UFC):

“O encaminhamento é realizado por meio de referência” (ASB4).

“Encaminha para o CEO por meio de referência” (ASB7).

“O mesmo permanecerá em fila de espera, segundo o cronograma mensal de regulação municipal” (CD7).

“Vamos chamando segundo a ordem e seguindo o cronograma municipal.” (ASB6).

“Através do cronograma, as vagas são divididas igualmente entre as equipes” (CD2).

“Além disso contamos com a parceria do INTA e da UFC. ” (CD1).

Quanto ao tempo de espera do usuário para consulta na atenção secundária à saúde bucal as respostas foram muito diversas, variando desde 30 a 60 dias até 1 a 2 anos, sob o argumento de que depende muito da especialidade para qual o paciente necessita ser encaminhado, da demanda e disponibilidade de vagas.

A quarta categoria aborda sobre os problemas identificados no acesso à APS e encaminhamento à atenção secundária em saúde bucal. Neste ponto podemos destacar algumas subcategorias por meio das repostas dos participantes, como a quantidade de vagas insuficientes para a grande demanda, fatores relacionados à política local partidária e deslocamento do interior do município para outra cidade:

“Vagas abaixo da quantidade necessária” (CD2).

“A quantidade de vagas não supre a demanda. ” (ASB2).

“Fatores relacionados à política local partidária. ” (CD7).

“Outro problema é o deslocamento do interior do município para outra cidade, já que nem todos têm condições financeiras e sociais para isso” (CD5).

A quinta categoria trata-se do levantamento de possíveis soluções para resolução dos problemas citados e algumas sugestões foram consideradas como: dispor de mais profissionais e mais vagas, implantação de um CEO municipal e a contratação de um cirurgião-dentista para o setor de Regulação do município.

“Ter mais profissionais para suprir a demanda. ” (ASB2).

“Contratação de mais profissionais pelo CEO. ” (CD5).

“Aumentar a quantidade de vagas. ” (CD3).

“Aumento na quantidade de vagas. ” (ASB1).

“Se na cidade tivesse um Centro de Especialidades Odontológicas diminuiria a demanda. ” (ASB2).

“Existência de alguns serviços especializados no próprio município. ” (CD5).

“Um dentista regulador para tirar os encaminhamentos segundo a classificação de risco e que considere a equidade. ” (CD7).

## 5.2 Segundo momento - Busca de soluções considerando a teoria

A partir das informações coletadas na ata da reunião ressalta-se a relevante discussão entre os participantes sobre as dificuldades na marcação de consultas. O CD7 destacou o fato de a população ainda enxergar a APS como um meio de resolver problemas imediatos e foi consenso entre todos a importância de se avaliar as individualidades de cada território para tomada de decisões.

Houveram discussões intensas sobre os encaminhamentos para atenção secundária, devido à precariedade de vagas e durante a análise dos dados secundários percebeu-se uma possível perda de dados nos sistemas de informações, principalmente relacionados ao ano de 2019, e os participantes se surpreenderam com os dados da produção ambulatorial, que consideraram abaixo do que esperavam.

Realizou-se a leitura coletiva dos textos e matrizes da capacitação complementar sobre Estratificação de risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal do Projeto QualificaAPSUS Ceará, como atividade formativa sobre esse instrumento e a partir dela foram levantadas reflexões sobre os processos de trabalho e o que precisava ser revisto para a implementação do método de estratificação na prática.

Acordou-se, finalmente, a mudança na agenda de marcação de consultas, passando a ser estipulados 6 atendimentos agendados pela manhã, mais as vagas de urgência, e 4 atendimentos agendados para o turno vespertino, mais as vagas de urgência. Bem como o preenchimento da ficha de estratificação de risco para cada paciente de primeira consulta odontológica, atribuindo um escore a cada paciente, elucidando o risco de cada um, de maneira a guiar o agendamento priorizando os usuários de maior risco.

Ao final do segundo momento realizou-se uma avaliação por escrito na qual os participantes podiam relatar algo positivo, ou negativo, além de apresentarem quais as sugestões e preocupações. A partir da análise das respostas podemos consolidar que os participantes consideraram boa a organização, discussão coletiva para busca de soluções, a melhoria na qualidade do atendimento e a construção coletiva do conhecimento. Como sugestão vale ressaltar a realização de uma apresentação da ficha de estratificação de risco para toda Equipe de Saúde da Família, para que todos possam entender a importância do preenchimento da mesma e as mudanças advindas dela nos processos de trabalho. Apresentaram ainda como preocupações a aceitação dos pacientes e da gestão e a necessidade de manter a qualidade dos

atendimentos mesmo com o preenchimento da ficha de estratificação, que por ser uma atividade a mais, demanda maior tempo de atendimento de cada paciente.

A foto da ata da reunião registrada no momento da coleta de dados encontra-se no Apêndice D.

### **5.3 Terceiro momento - Aplicação do método de estratificação de risco**

O método de estratificação de risco foi aplicado por 06 ESB em seus respectivos territórios nos meses de junho a setembro de 2022. Apenas 01 ESB participante da pesquisa não conseguiu realizar a implantação do instrumento de estratificação de risco, por motivos pessoais e de sobrecarga de trabalho que gerou adoecimento, como será detalhado posteriormente.

Foram realizadas 320 estratificações e analisadas 316 pois 04 estratificações foram excluídas da análise devido a erro na anotação do critério ou do escore vinculado. Cerca de 43,7%(n=138) das estratificações foram realizadas em pessoas do sexo masculino e 56,3%(n=178) compreenderam pessoas do sexo feminino.

A faixa etária de crianças de 0-9 anos abrangeu 12,66%(n=53), adolescentes (10 a 19 anos) compreenderam 26,27% (n=68), adultos de 20 a 59 anos 55,70% (n=176) e idosos acima de 60 anos 5,38% (n=17). No tocante às estratificações, observou-se maior prevalência de pessoas classificadas em médio risco (52,53%), seguidas de pessoas classificadas em baixo risco (39,87%) e alto risco (7,59%), considerando os critérios biológicos, odontológicos e de autocuidado (Tabela 1).

Em relação às faixas etárias, o baixo risco individual apresentou-se mais prevalente entre as pessoas de 20 a 59 anos (57,94%), enquanto o alto risco individual aparece como mais prevalente para todas as faixas etárias entre 20 e 59 anos (75,00%).

Tabela 1 - Distribuição dos resultados das estratificações de acordo sexo, ciclo de vida, e risco individual em saúde bucal.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	138	43,7%
Masculino	178	56,3%
<b>Ciclo de Vida</b>		
crianças de (0-9 anos)	53	16,8%
adolescentes (10 a 19 anos)	68	21,5%
adultos de (20 a 59 anos)	172	54,4%
idosos (60 anos acima)	17	5,4%
Gestantes (	6	1,9%
<b>Risco individual em saúde bucal</b>		
Alto Risco	24	7,6%
Médio Risco	166	52,5%
Baixo Risco	126	39,9%
<b>Total</b>	<b>316</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria

Para analisar os dados coletados nas estratificações de risco realizou-se uma regressão logística ordinal com o objetivo de investigar em que medida o risco (baixo, médio, alto) do desenvolvimento de doenças bucais poderia ser adequadamente previsto pelas variáveis explicativas (idade, sexo, ciclo de vida, critérios biológicos, critérios odontológicos e critérios de autocuidado). O pressuposto de não multicolinearidade foi atendido, com os valores dos VIF's das variáveis preditoras abaixo de dez, bem como dos índices de tolerância maiores que 0,2 conforme a tabela 2. A suposição de chances proporcionais (proportional odds) também foi satisfeita [ $\chi^2(9) = 0.000$ ,  $p > 0,05$ ]. O modelo mostrou-se estatisticamente significativo, sugerindo que a variável dependente (risco de desenvolvimento de doenças bucais) pode ser prevista pelas variáveis independentes, como demonstrado pelo teste de Omnibus [ $\chi^2(9) = 381.384$ ,  $p < 0,001$ ] (Apêndice F).

Tabela 2 - Resultados do diagnóstico de multicolinearidade.

Preditores	Estatísticas de Colinearidade	
	Tolerância	VIF
Idade	0.396	2.526
Sexo	0.949	1.054
Ciclo de Vida	0.345	2.901
Critérios Biológicos	0.570	1.755
Critérios Odontológicos	0.913	1.095
Critérios de Autocuidado	0.927	1.079

Fonte: Elaboração própria.

De todos os preditores, o sexo, ciclo de vida e idade não impactaram de modo significativo o risco de desenvolvimento de doenças bucais. Os critérios de autocuidado tiveram peso estatisticamente significativo ( $\exp(b) = 5.409$  [95% IC: 3.124 – 9.368]), demonstrando que a cada unidade de aumento desse critério é aumentada em 5.4 vezes as chances de o sujeito apresentar alto risco de desenvolvimento de doenças bucais.

Os critérios biológicos também tiveram um impacto estatisticamente significativo no desfecho ( $\exp(b) = 4.391$  [95% IC: 2.098 – 9.190]), indicando que a cada aumento do escore dos critérios biológicos, o sujeito apresenta uma chance 4.4 vezes maior de apresentar um risco alto de desenvolver doenças bucais. Os critérios odontológicos também foram preventivos significativos ( $\exp(b) = 4.033$  [95% IC: 2.713 – 5.993]). A cada ponto que aumenta no escore dessa variável independente o risco de desenvolver doenças bucais aumenta em aproximadamente 4.0 vezes.

Tabela 3 - Variáveis preditoras do risco de desenvolvimento de doenças bucais.

	Wald	Df	Valor de p	Exp(B)	95% I.C. EXP(B)	
					Limite Inferior	Limite Superior
Sexo Feminino	.009	1	0.926	0.055	0.341	3.264
Crianças	.808	1	0.369	0.218	0.008	6.020
Adolescentes	.633	1	0.426	0.283	0.013	6.334
Adultos	.345	1	0.557	0.311	0.006	15.289
Idosos	.519	1	0.471	10.169	0.018	5590.592
<b>Critérios</b>						
Biológicos	15.414	1	0.001	4.391	2.098	9.190
<b>Critérios</b>						
Odontológicos	47.592	1	0.001	4.033	2.713	5.993
<b>Critérios</b>						
Autocuidado	36.297	1	0.001	5.409	3.124	9.368
Idade	.252	1	0.616	1.017	0.952	1.086

\*Crianças (Categoria Ciclo de Vida 1); Adolescentes (Categoria Ciclo de Vida 2); Adultos (Categoria Ciclo de Vida 3); Idosos (Categoria Ciclo de Vida 4).

Fonte: Elaboração Própria.

#### 5.4 Quarto momento- Avaliação

O quarto momento, destinado à avaliação da pesquisa, realizou-se no mês de outubro de 2022, após os quatro meses de aplicação do método de estratificação de risco, e consistiu em um grupo focal com 07 cirurgiões-dentistas das ESB para análise e interpretação dos resultados obtidos na fase anterior, bem como a partilha de experiências de como se deu a implantação.

Para condução do grupo focal foram elaboradas três questões norteadoras: quanto à aplicabilidade do instrumento, quanto ao impacto da utilização do mesmo na

prática diária das ESB e as dificuldades encontradas durante a aplicação da estratificação de risco.

A partir das falas dos participantes, foram geradas quatro categorias de análise:

- Aplicabilidade do Instrumento:

Esta categoria refere-se às falas dos participantes quanto à aplicabilidade do instrumento.

Três CDs afirmaram ter conhecimento do instrumento prévio à pesquisa, inclusive com relatos de terem participado das capacitações do Projeto Qualifica APSUS e já terem utilizado o método em seus territórios por determinado período, como é possível observar nas seguintes citações:

“Com relação ao instrumento, eu participei da capacitação do Qualifica APSUS, que propunha a planificação da Atenção Primária em função do modelo de atenção às condições crônicas. Essa estratificação nasce justamente das condições crônicas, é tanto que a proposta inicial era realizar estratificação de grupos específicos como hipertensos, diabéticos e crianças.” (CD3)

“Eu não acho difícil utilizar esse instrumento. Eu já tinha utilizado ele desde que me formei, quando trabalhava em outro município.” (CD2)

Os participantes foram consoantes ao considerar o instrumento de fácil aplicação, tendo em vista que a maioria dos participantes já haviam tido contato anteriormente com a ficha de estratificação e três CDs confirmaram isso em suas falas:

“O instrumento é de fácil aplicação e compreensão, não tive dúvidas no preenchimento, na hora da leitura a gente já consegue entender o que ele busca “ (CD7)

“Para mim foi um instrumento bem tranquilo de ser aplicado. ” (CD6)

“Eu não acho difícil utilizar esse instrumento. ” (CD2)

Um relato comum entre os participantes foi em relação ao tempo despendido na prática clínica para aplicação do método de estratificação de risco. Seis citações foram registradas sobre o tempo necessário como limitante para esta atividade, a exemplo das falas:

“No geral, é mais a questão do tempo que leva para preencher o instrumento, tempo de espera do usuário fora da sala e a continuidade do tratamento desse paciente. “ (CD3)

“Eu acho que é um consenso que a maior dificuldade é a questão do tempo para realizar a estratificação, porque a demanda é grande e as pessoas não entendem.” (CD5)

“Em relação à aplicabilidade do instrumento é muito simples, as dificuldades que temos hoje talvez seja da velha e conhecida demanda, em função do tempo que leva para estratificar.” (CD3)

Algumas citações dos participantes quanto à aplicabilidade do instrumento revelaram preocupações e críticas a pontos específicos da estratificação de risco, como por exemplo em relação ao critério odontológico de encaminhamento para atenção secundária, que atribui um valor alto ao escore total do usuário e já o torna um paciente de alto risco, mesmo que aquele paciente tenha apenas um problema específico e que seu caso não demande a quantidade de consultas preconizadas pelo Projeto para os usuários de alto risco, como explícito nestas falas:

“Eu também me questionava o fato de o paciente precisar de encaminhamento, já ser escore 30 e já ser de alto risco. Às vezes a pessoa só tem um dente cariado com necessidade de canal e já é considerada alto risco e às vezes a pessoa tem mais cáries e dá médio risco.” (CD2)

“Eu entendo que é porque o instrumento, ele entende a necessidade do encaminhamento como indicativo de urgência na tentativa de salvar aquele dente ou de garantir aquele atendimento especializado para o paciente.” (CD3)

“Mas uma falha que eu considero nesse instrumento é a questão do estrato que leva a considerar baixo, médio e alto risco, porque se um dos objetivos do instrumento é guiar a quantidade de consultas para cada paciente de acordo com o risco, um paciente que precisaria só de um canal em um único dente já se enquadra em alto risco, mas só precisaria de umas duas consultas comigo, em detrimento do que o instrumento preconiza, que alto risco indica necessidade de mais consultas.” (CD6)

“A questão do risco alto para pacientes que necessitam de encaminhamento para atenção secundária é algo que poderia ser revisto, para que o instrumento fosse mais fiel à realidade de saúde bucal dos pacientes.” (CD7)

Outro ponto considerado pelos participantes foi em relação aos critérios que contribuem mais ou menos para o escore total dos usuários, que lhes conferem maior ou menor risco. O debate em torno disso se deu pelo fato de as ESB se questionarem o porquê de que alguns pacientes serem estratificados como de médio risco, mesmo tendo uma condição clínica de saúde bucal insatisfatória e outros que aparentemente

se enquadrariam como médio risco possuírem um risco mais elevado por questões não diretamente ligadas à sua saúde bucal. Além disso, os critérios de autocuidado também foram reconhecidos como relevantes, tendo em vista que pacientes que possuem um mesmo risco, por apresentarem questões de autocuidado melhores ou piores influenciam diretamente na sua condição de saúde bucal, como pode ser visto nestes trechos:

“Em outros casos a pessoa tem muitas cáries, mas são cáries pequenas. Então eu acho que isso era algo que também teria que ser visto, o nível da cárie, porque uma cárie pequena é classificada igual a uma cárie grande, então acho que isso atrapalha na estratificação.” (CD2)

“Uma coisa que sempre achava estranho era o fato de que alguns pacientes não davam alto risco, mesmo percebendo clinicamente que aquele paciente ia precisar de uma quantidade maior de consultas.” (CD4)

“Não estou lembrando especificamente, mas eu ficava sentindo falta de algum quesito no instrumento, eu via o paciente numa situação clínica bem difícil, mas se ele não precisasse de encaminhamento pro CEO ele dava risco médio, mesmo clinicamente sendo bem precária a situação de saúde bucal, talvez porque não contemple muito a questão periodontal.” (CD4)

“Mas uma falha que eu considero nesse instrumento é a questão do estrato que leva a considerar baixo, médio e alto risco, porque se um dos objetivos do instrumento é guiar a quantidade de consultas para cada paciente de acordo com o risco, um paciente que precisaria só de um canal em um único dente já se enquadra em alto risco, mas só precisaria de umas duas consultas comigo, em detrimento do que o instrumento preconiza, que alto risco indica necessidade de mais consultas.” (CD6)

“Às vezes tinha pacientes que só pela questão da idade, da escolaridade da mãe, ou pelo não acesso à água fluoretada, já ficavam com o escore lá em cima mesmo tendo poucos problemas de saúde bucal para resolver.” (CD6)

“Enquanto tem pacientes que têm vários dentes com indicação de exodontia ou cariados e se classifica como baixo ou médio risco.” (CD7)

“Outro fator que eu acho muito importante no instrumento é considerar os critérios de autocuidado, porque às vezes a pessoa está estratificada com mesmo escore de outra, mas não tem bons critérios de autocuidado” (CD3)

- Estratificação de risco: Utilização nos processos de trabalho

Esta categoria de análise percebe-se nos relatos dos participantes sobre o fato de já terem utilizado o instrumento de estratificação de risco em momentos anteriores e da importância do mesmo para organização dos processos de trabalho:

“Quando iniciei o trabalho aqui, em 2019, nós já éramos cobrados para usar ela. Porém, quando entrou a nova gestão, não nos foi mais pedido para usar essa estratificação.” (CD1)

“Eu acho muito essencial, inclusive continuo utilizando o instrumento para ver as necessidades dos pacientes, para termos uma maior quantidade de tratamentos concluídos.” (CD4)

“...Orienta a nossa tomada de atitude a partir dos estratos de cada paciente e não por outros fatores.” (CD3)

Além disso, há uma sugestão de que métodos de estratificação de risco sejam também utilizados pelos demais profissionais da ESF nos seus processos de trabalho, tanto para contribuir na compreensão por parte dos pacientes e colegas da importância do uso de instrumentos assim para um melhor desempenho e resolutividade do serviço, como para padronizar um modelo de atendimento centrado nas necessidades dos usuários, como percebe-se nas citações:

“Outra dificuldade é que o restante da Equipe não realiza estratificação, seria mais fácil se todos os profissionais seguissem a mesma linha de atendimento, porque o que acontece é que fica uma parte da Equipe levando em consideração um modelo de atenção às condições crônicas e realizando demanda programada de acordo com a necessidade e a outra atendendo apenas demanda espontânea.” (CD3)

“Afim, é isso que deve guiar o serviço: a necessidade do paciente. Às vezes parece que os outros profissionais estão parados no tempo e nos falta força para dialogar com os gestores sobre isso, porque só visam quantidade de atendimentos.” (CD3)

- Estratificação de risco: Limites

Dez citações dizem respeito a esta categoria, que elenca algumas limitações encontradas para a aplicação do método de estratificação de risco na prática clínica dos participantes. Dentre elas, pode-se destacar a questão do tempo necessário para preenchimento da ficha de estratificação, fator limitante que esteve presente no discurso de quase todos os participantes, pelo fato de que, segundo eles, a consulta se torna mais demorada e gera maior ansiedade e insatisfação nos usuários que

estão aguardando atendimento. Além do tempo, outro fato muito relatado foi a demanda de pacientes, que por serem muitos usuários buscando a UBS para atendimento odontológico dificulta o processo de estratificação de todos eles, como percebe-se nos trechos:

“No meu caso o fator tempo tornou o processo difícil, devido a minha demanda muito grande.” (CD5)

“Eu não achei difícil não, é simples, só que demanda muito tempo. E as pessoas não têm paciência de esperar, porque as consultas ficam mais demoradas e o pessoal fica fora da sala reclamando.” (CD3)

“Um fator que foi complicado foi a quantidade de pessoas atendidas por dia. Não é nem pelo momento, é na verdade pelo pós, porque você aplica o instrumento, chega a determinado estrato para aquela pessoa, mas vai demandar toda uma agenda programada para aquela pessoa, aí você ocupa a cadeira por um determinado tempo e a população fica querendo vaga e não tem.” (CD2)

“As dificuldades que temos hoje talvez seja a velha e conhecida demanda, em função do tempo que leva para estratificar, porque você precisa realmente fazer uma primeira consulta, um procedimento para fazer odontograma, como a profilaxia, para ver a quantidade de cáries.” (CD3)

Outro ponto que merece destaque em relação aos limites do processo de estratificação de risco foi a aceitação e compreensão por parte da Equipe e dos usuários, por fatores também relacionados à micropolítica local, tendo em vista que em alguns casos se prioriza o atendimento de aliados políticos, oferecendo vantagens a eles em relação aos demais por ordens superiores, bem como pela falta de compreensão dos usuários de que um modelo centrado nas necessidades individuais de cada pessoa seria bem mais equânime que um atendimento por ordem de chegada, a exemplo das falas:

“Há também uma dificuldade de a Equipe compreender o porquê de priorizar determinado paciente que tem um risco maior, porque há uma resistência em relação ao contexto político, que sempre quer que a gente encaixe alguém naquele momento.” (CD3)

“Se todos desenvolvessem a estratificação no território seria melhor para todos reconhecerem a importância e para pactuar estratégias para melhoria das ações. Porque são dois modelos completamente diferentes, um focado na oferta dos

serviços e o outro na identificação das necessidades do usuário. Afinal, é isso que deve guiar o serviço: a necessidade do paciente.” (CD3)

“As dificuldades da micropolítica existente no território precisam ser registradas, porque quando a gente age de acordo com essas necessidades da política a gente acaba desvalorizando a intenção do instrumento, que orienta a nossa tomada de atitude a partir dos estratos de cada paciente e não por outros fatores.” (CD3)

“Outro ponto é a questão dos próprios pacientes, que viciados em práticas antigas de saúde não entendem o porquê de o outro ter mais prioridade que ele, são acostumados a chegar e ter sua demanda resolvida. Então, educar essa população sobre essas novas práticas é um caminho, ou nunca diminuiremos essas filas enormes de espera.” (CD3)

Ainda relacionado aos limites da estratificação, ressalta-se o fato de que muitos usuários ainda não compreendem o modelo de atenção proposto pela ESF, que prioriza as condições crônicas e a continuidade do cuidado, e veem a UBS como uma UPA, em busca da resolução da sua queixa pontual, como se observa nas citações:

“As pessoas já procuram a unidade para resolver um determinado problema. Vão só para resolver algo específico. É tanto que nos nossos indicadores as exodontias são em maior número que os outros procedimentos, mas essa é a realidade da população, que já chegam querendo extrair, por mais que a gente converse, então não entendem em relação a esses recursos que são para melhoria do acesso, do atendimento.” (CD1)

“Uma dificuldade encontrada foi a continuidade do tratamento, porque muitas vezes os pacientes não retornam, querem apenas resolver problemas pontuais, aquela queixa específica daquele momento, e não querem dar continuidade ao tratamento, uma realidade bem presente na minha área, que é localizada na zona rural.” (CD7)

Além destas, um outro tópico, advindo da fala de um CD, precisa ser destacado como fator limitante para aplicação do método de estratificação de risco, que foi o processo de adoecimento psicológico sofrido pela participante devido à sobrecarga de trabalho:

“Eu tive alguns problemas pessoais neste período que me impediram de bem realizar as estratificações. A sobrecarga de trabalho lá no meu território gerou um

estresse tão grande que estou tendo crises de ansiedade, teve dias que tive quase um choque nervoso.” (CD2)

- Estratificação de risco: Potencialidades

Nesta categoria reúnem-se as potencialidades do método de estratificação de risco consideradas pelos participantes em suas falas. Assim, a primeira potencialidade explanada caiu sobre a questão de o instrumento possibilitar uma visão mais realista das condições de saúde bucal da população daquele território, considerando o risco de cada usuário e entendendo que as ações e serviços precisam estar pautadas nas necessidades das pessoas, para proporcionar o princípio da equidade na prática, e que, portanto, essas necessidades precisam ser conhecidas:

“Mas é algo que ajuda demais a ver como está a situação da população. É muito benéfico pensar nessa realidade de enxergar a população.” (CD1)

“Mas, a gente sabe o valor que o instrumento tem, porque onde a gente lê na literatura se fala da questão do levantamento das necessidades em saúde bucal para ofertar um serviço que contemple a equidade, para contemplar quem necessita de um atendimento mais prioritário ou não.” (CD3)

Outro ponto destacado como potencialidade deu-se pelo fato de a estratificação de risco do paciente gerar a necessidade de uma primeira consulta odontológica programática bem executada, com realização do exame intra-oral completo, odontograma e plano de tratamento, além de garantir a consulta de retorno caso o paciente precise, o que gera um maior número de tratamentos concluídos e consequentemente aumento da resolutividade do serviço e satisfação dos usuários, como se observa nas falas:

“Então ao fazer a anamnese e o odontograma a gente já consegue preencher e a partir dele já pensar no plano de tratamento.” (CD7)

“Eu acho muito essencial, inclusive continuo utilizando o instrumento para ver as necessidades dos pacientes, para termos uma maior quantidade de tratamentos concluídos.” (CD4)

“Eu consegui dar um número muito maior de tratamentos concluídos, porque priorizei os retornos mais rapidamente pros pacientes que mais precisavam, que tinham risco maior.” (CD2)

“Independente do instrumento ter algum tipo de falha ou não, ele ajuda no serviço, na organização da agenda programada. O difícil não é utilizar o instrumento, é fazer todos entenderem a importância do mesmo, porque ele qualifica a consulta, o paciente fica ciente do seu risco, entende a importância do retorno, do tratamento concluído.” (CD3)

A transcrição das ideias compartilhadas no grupo focal e o relatório de análise do mesmo juntamente com o gráfico de citações por códigos e subcódigos estão dispostos na íntegra nos Apêndices G e H, respectivamente.

A tabela 4, abaixo, mostra a quantidade de citações por códigos e subcódigos que geraram as categorias de análise qualitativa:

Tabela 4 - Magnitude total de citações sobre o tema no texto.

<b>Código</b>	<b>Subcódigo</b>	<b>Magnitude - total de citações sobre o tema no texto</b>
<b>● Aplicabilidade do instrumento</b>		28
	● Cirurgiões-Dentistas conheciam o instrumento	3
	● Estratificação de risco no instrumento	16
	● Facilidade de aplicação do instrumento	3
	● Tempo de aplicação	6
<b>● Estratificação de Risco</b>		17
	● Utilização no processo de trabalho	8
	● Organização do processo de trabalho	9
<b>● Estratificação de Risco – limites</b>		10
<b>● Estratificação de Risco – potencialidades</b>		11

FONTE: Elaboração própria. Software: ATLAS.ti - Relatório de Códigos. Data:27/10/2022 - 16:50:50

## 6. DISCUSSÃO

À semelhança do estudo de CHEACHIRE et al. (2013) e FAUSTO et al. (2020), a maioria dos pacientes estratificados nesta pesquisa foram do sexo feminino. A utilização dos serviços de saúde é mais frequente entre as mulheres e a baixa procura pelos homens possivelmente se deve à desvalorização do autocuidado, ao horário de funcionamento da UBS coincidir com seu horário de trabalho e ao medo de ser diagnosticado com alguma doença (SILVA et al., 2010).

Ao associar faixa etária à estratificação de risco, observou-se neste estudo maior prevalência de indivíduos adultos (20 a 59 anos), embora o fator idade não tenha sido estatisticamente significativo para o desenvolvimento de doenças bucais.

Em detrimento do constatado nos estudos de CHEACHIRE et al. (2013) e FAUSTO et al. (2020), que verificaram maior prevalência de indivíduos em alto risco individual em saúde bucal entre os usuários que realizaram tratamento no serviço odontológico, a maior parte dos indivíduos estratificados nesta pesquisa apresentaram médio risco como desfecho da estratificação e o total de pacientes considerado de alto risco apresentou o menor percentual quando comparado aos de médio e baixo risco.

Por permitir a identificação de usuários em situações de maior risco individual para a saúde bucal, como visto em outros estudos que apontaram a estratificação de risco como ferramenta complementar para organização da demanda, a utilização de um instrumento de estratificação de risco individual para a saúde bucal demonstrou-se neste estudo piloto como uma alternativa para auxiliar na organização do atendimento odontológico (FAUSTO et al., 2020; BOJÓVIC et al., 2021).

O entendimento do conceito de risco e sua aplicação clínica tem um papel importante, estabelecendo a estratificação de risco, baseada em fatores biológicos, odontológicos, de autocuidado e critérios específicos para crianças de 0 a 5 anos. Com a estratificação, o atendimento aos usuários passa a ser realizado dentro de parâmetros mais científicos e humanos (PARANÁ, 2016).

O conceito de risco tem sido bastante enfatizado na literatura odontológica, com fortes evidências científicas e clínicas de sua utilização na prática clínica individual e na Saúde Coletiva (PARANÁ, 2016).

A determinação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente a doença cárie e a doença periodontal, tem merecido um grande número de estudos,

visando estabelecer critérios para o diagnóstico precoce e o pronto atendimento e principalmente para o monitoramento dos pacientes ao longo do tempo (PARANÁ, 2016).

Na estratificação de risco, os pacientes serão considerados como de Baixo, Médio e Alto Risco, com base nos critérios biológicos, odontológicos e de autocuidado, utilizando escores cuja somatória definirá o risco individual do paciente para doenças bucais. (PARANÁ, 2016).

São considerados pacientes de baixo risco aqueles sem atividade de doenças, sem problemas estéticos e funcionais que necessitam de um monitoramento de sua saúde bucal. São considerados pacientes de risco médio aqueles com atividade de doença presente e/ou com sequelas da doença cárie e da doença periodontal, podendo ou não ter necessidade de prótese dentária, que necessitam de atenção clínica e acompanhamento ao longo do tempo.

Os pacientes estratificados como de Alto risco têm uma presença mais significativa das doenças bucais e demandam maior atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e, da atenção especializada. O atendimento ao paciente de alto risco pouco difere daquele oferecido ao paciente de médio risco. A diferença está no número de consultas necessárias para a consecução do plano de tratamento (em média 6 consultas), a frequência do monitoramento e a necessidade de encaminhado para atenção secundária ou terciária para resolução de problemas ou realização de procedimentos que não estão disponíveis na carteira de serviços da APS (PARANÁ, 2016).

Corroborando com os relatos dos participantes, alguns estudos destacam a importância da implementação de métodos de estratificação de risco no planejamento das ações e como um meio viável para auxiliar na tomada de decisões e assim contribuir para ofertar à população uma assistência equânime e integral. (CHEACHIRE et al., 2013; JESUS et al., 2020).

O princípio da equidade é preconizado pelo SUS como forma de dirimir as iniquidades provocadas por condições sociais adversas. O uso deste princípio no acesso aos serviços de saúde bucal tende a ser uma alternativa viável, considerando que as desigualdades sociais são refletidas quase sempre no processo de saúde-doença da população e para isso é necessário o uso de informações sobre as condições de vida desta, coletados a partir de instrumentos de mensuração de risco,

que se configuram como um meio de priorizar os que mais necessitam (FAUSTO et al., 2020; PERES-NETO et al., 2017).

A narrativa dos participantes do presente estudo fortalece o reconhecimento do cumprimento do princípio da equidade por meio do instrumento de estratificação de risco como uma potencialidade do mesmo. Além disso, os relatos ressaltam como pontos positivos a simples e acessível aplicabilidade do método na prática das ESB na APS, a possibilidade de visualização da real situação da população do território, a continuidade do cuidado e melhora na resolutividade do serviço, com maior número de tratamentos concluídos, e a promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades do usuário e nas condições crônicas de saúde.

No entanto, algumas dificuldades limitam a utilização desses instrumentos e podem, de certa forma, justificar a baixa adesão das ESB deste estudo à realização da estratificação de risco na sua prática clínica, como por exemplo a sobrecarga de trabalho e processo de adoecimento psíquico advindo desta, como referido pelo CD da ESB que não conseguiu realizar as estratificações.

Muitos estudos abordam o processo de adoecimento de CDs relacionado ao trabalho. PURIENE et al. (2007) explanaram em seu estudo que em diferentes países, os dentistas relataram ter uma saúde geral ruim e sofrer de vários problemas relacionados à saúde e destacaram que há um número crescente de evidências que sugerem uma vulnerabilidade surpreendentemente alta dentro da profissão odontológica a certos distúrbios e aflições que podem ser categorizados como relacionados à prática (SILVA-COSTA, 2022).

Estudos relacionam a prática odontológica e a Síndrome de Burnout, que representa uma condição complexa, de origem multifatorial, na qual estão envolvidos os processos psicológicos, laborais e relacionais da pessoa, bem como os mecanismos disponíveis para lidar com essas demandas interpessoais crônicas de trabalho que são percebidos como excessivos e causam uma resposta negativa que reduz o bem-estar. Muitos elementos de sua constituição estão relacionados à sobrecarga de trabalho, ao reduzido reconhecimento profissional, à autoexigência e a outros fatores socialmente induzidos (GÓMEZ-POLO et al., 2021; PINHEIRO et al., 2020).

Outro fator limitante observado pelos participantes foi a necessidade de realização de uma primeira consulta odontológica programática completa para possibilitar o correto preenchimento das fichas de estratificação de risco individual,

bem como desenvolvimento do plano de tratamento. Entretanto, isto se configura como uma atribuição ordinária do CD em seu processo de trabalho, como evidenciado na última atualização da PNAB, que traz dentre outras atribuições do CD na AB a de realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território e estratificação de risco para elaboração de plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe (BRASIL, 2017).

Em contrapartida, também é relevante considerar que a alta demanda de pacientes para o atendimento odontológico é uma realidade em grande parte das ESB no Brasil, o que torna o fator tempo um limitante para implementação de práticas como a estratificação de risco, embora não justifique um modelo de atenção que não seja pautado no reconhecimento das necessidades integrais e particularizadas de cada pessoa, para além das demandas explícitas do indivíduo relativas à sua saúde, como a assistência por demanda livre apenas (LIMA et al., 2018).

Neste contexto, a proposta de planificação da APS baseada na implementação de um modelo de atenção guiado pelas necessidades dos pacientes, priorizando as condições crônicas e a assistência integral ao usuário apresenta-se como alternativa viável para melhoria do acesso e da resolutividade dos serviços (BRASIL, 2011). Em saúde bucal, isso também se faz necessário, algo que se pode comprovar neste estudo, que ao utilizar um instrumento para estratificar o risco em saúde bucal dos pacientes, buscou compreender quais critérios tinham relação com o maior risco do paciente e concluiu que os critérios biológicos tiveram peso estatisticamente significativo, isto é, tem uma relação direta com o aumento do risco individual em saúde bucal do usuário.

É importante ressaltar que os critérios biológicos consistem em o usuário apresentar alguma condição crônica, na qual estão incluídos diabetes, hipertensão arterial sistêmica, gestação, ou paciente idoso, além de pacientes acamados, pacientes com deficiência intelectual, usuários de álcool, tabaco e/ou outras drogas e crianças e adolescentes (CEARÁ, 2016).

Isso significa que pacientes que se encaixam nestes critérios possuem uma tendência maior a terem problemas de saúde bucal e, portanto, precisam de uma assistência maior e um modelo de atenção focado nessas condições. FAUSTO et al. (2020) concluiu em seu estudo que pacientes idosos apresentaram uma tendência maior ao alto risco e atribuiu isso ao fato de que a cárie dentária e a doença periodontal

são doenças crônicas e o aumento da idade pode ter contribuído para isso, o que corrobora com nosso achado de que os critérios biológicos têm influência significativa no estabelecimento do risco do paciente, embora nosso estudo não tenha encontrado impacto significativo do preditor idade no risco de desenvolvimento de doenças bucais.

Outro critério biológico que merece destaque é o da gestação, isso porque há ainda há muita resistência das gestantes de realizarem procedimentos odontológicos durante a gravidez, acompanhada de uma possível predisposição a algumas alterações bucais, uma vez que é um período caracterizado por mudanças hormonais, fisiológicas e psicológicas complexas para as mulheres (TEIXEIRA et al., 2021).

As gestantes do estudo de KATEEB et al. (2018) apresentaram alta prevalência de doenças dentárias e pouco sabiam sobre cuidados odontológicos durante a gravidez. Crenças errôneas sobre cuidados com a saúde bucal e barreiras para o atendimento odontológico foram os principais fatores na alta prevalência da doença (KATEEB et al., 2018).

Neste contexto, atualmente, estratégias têm sido fortalecidas para o cumprimento do proposto na PNSB: que as gestantes sejam encaminhadas para uma consulta odontológica ao iniciar o pré-natal na AB (SOUZA et al., 2021). A exemplo de uma dessas estratégias podemos citar o Programa Previne Brasil, que no âmbito da saúde bucal, trouxe como primeiro indicador a ser alcançado pela ESB, neste momento de implantação do programa, a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e da criança (BRASIL, 2019). Percebe-se, desse modo, a intenção de ampliar o acesso ao atendimento odontológico, muitas vezes de difícil obtenção devido à alta demanda e outros fatores, durante a gestação.

Reconhece-se, também, a relevância de priorizar atendimento odontológico às outras condições crônicas presentes nos critérios biológicos, como por exemplo a Diabetes Mellitus, cuja relação com a doença periodontal já é bastante documentada e conhecida, tendo em vista que o controle da doença periodontal auxilia na prevenção e no controle do diabetes mellitus (VALENTIM et al., 2022), o que corrobora com o estudo de NORTHRIDGE et al. (2020) que relaciona doenças como cárie dentária e doença periodontal e condições gerais de saúde, como obesidade e diabetes e considera que estão intimamente ligados por compartilhar fatores de risco comuns,

incluindo excesso de açúcar consumo e uso de tabaco, bem como infecções subjacentes e vias inflamatórias.

Quanto aos critérios odontológicos, FAUSTO et al. (2020) demonstraram em seu estudo que os indivíduos classificados em alto risco em saúde bucal apresentaram maior prevalência de dentes perdidos e maior média total de dentes perdidos em comparação aos indivíduos classificados em baixo ou médio risco para todos os grupos dentários, o que corrobora com os dados obtidos no presente estudo de que fatores odontológicos, como a presença da doença cárie e periodontal, de dentes perdidos, necessidade de prótese dentária, necessidade de encaminhamento para atenção secundária, entre outros critérios odontológicos, impactam diretamente no risco do paciente e quanto mais o usuário pontuar nesses quesitos, maior o risco de desenvolver problemas bucais.

A propósito, é salutar destacar que o alto escore atribuído ao critério odontológico de necessidade de encaminhamento para o serviço especializado gerou uma preocupação adicional aos participantes deste estudo, que relataram, por sua experiência, que todos os pacientes que demandassem encaminhamento já se estratificavam imediatamente como de alto risco, o que levanta a reflexão do possível peso maior no resultado do escore total que esse fator pode ter em relação aos demais critérios odontológicos.

Além disso, dentre os três tipos de critérios presentes no instrumento de estratificação de risco, o presente estudo constatou que os critérios de autocuidado foram os estatisticamente mais significativos para o aumento do risco do usuário em desenvolver problemas bucais. Algumas pesquisas atuais, elucidam sobre como esses critérios impactam na saúde bucal dos indivíduos. SILVA et al. (2020) concluíram que as crianças, apresentam como fatores de risco determinantes para cárie dentária uma dieta rica em açúcar e, como fatores de risco moduladores, um reduzido conhecimento sobre doenças bucais, higiene oral inadequada, renda familiar insuficiente, baixa escolaridade e limitada procura por serviço de saúde, especialmente o odontológico.

Segundo Echeverría et al. (2020) as maiores prevalências de dor origem dentária foram em indivíduos que possuem baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo), o que destaca o fator baixa escolaridade como um determinante importante para o aumento do risco de desenvolvimento de problemas bucais. Concorda com este achado um estudo em que foi observada a associação entre risco

familiar e risco individual, em que se identifica que o aumento da vulnerabilidade social das famílias implica maior possibilidade de se encontrarem os maiores riscos individuais de problemas bucais (PERES NETO et al., 2017). Fato este que endossa a importância e necessidade da realização e fortalecimento de ações de promoção da saúde bucal.

É imprescindível salientar que no município em que a presente pesquisa se desenvolveu não há fluoretação das águas de abastecimento, fator que pontuou nos escores de autocuidado de todos os usuários estratificados e que possivelmente contribuiu para uma maior significância desse critério em relação aos demais.

Estudos relatam que territórios que possuem água fluoretada em concentrações ideais apresentam uma diminuição da prevalência de cárie dentária de 50 a 60%. A fluoretação das águas é um método reconhecido e recomendado pela OMS desde 1969, como uma das melhores medidas de saúde pública para a prevenção da cárie dentária. Apesar disso, poucos municípios brasileiros fazem sistematicamente o monitoramento e a avaliação da concentração de fluoreto nas águas (FERREIRA et al., 2021).

É essencial considerar que este é um estudo piloto e que muitas respostas ainda estão guardadas no horizonte das novas pesquisas que se fazem necessárias sobre essa temática. No entanto, convém salientar que, esta pesquisa revela a necessidade da implementação destes métodos na prática diária da ESB na APS e da análise de como essa experiência impactam o acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal.

## 7. CONCLUSÃO

A utilização da ferramenta de estratificação de risco está indicada, como possibilidade de ser coordenadora das ações do serviço odontológico, organizando a demanda com maior equidade, nesta porta de acesso, pois o uso deste instrumento pode auxiliar na priorização do atendimento odontológico de acordo com a necessidade e risco individual em saúde bucal dos indivíduos.

O acesso continua a ser uma das principais preocupações dos profissionais de saúde bucal da atenção primária à saúde, isso porque, além de a oferta ser inferior à demanda, não há protocolos definidos que possibilitem a priorização dos usuários que mais necessitam de atenção.

A aplicação do instrumento de estratificação de risco na APS pelas ESB revelou que o tempo necessário para preenchimento da ficha de estratificação, e a alta demanda por atendimento são fatores limitantes na utilização dessa estratégia. Entretanto, a utilização do instrumento de estratificação de risco foi considerada de fácil aplicabilidade, e uma potencial ferramenta para organização dos serviços, por possibilitar a ESB o reconhecimento da realidade da saúde bucal da população de seu território, e para tornar o acesso aos serviços de saúde bucal mais equânime e focado nas necessidades do usuário.

De todos os preditores, o sexo, ciclo de vida e idade não impactaram de modo significativo no risco de desenvolvimento de doenças bucais. Os critérios odontológicos, biológicos e de autocuidado mostraram-se estatisticamente significativos na determinação do risco individual de saúde bucal. Os critérios de autocuidado, que abrangem a falta de acesso à educação e aos serviços de saúde bucal, a falta de acesso a água e creme dentais fluoretados, dieta cariogênica e higiene bucal inadequada foram os que mais contribuíram para aumento das chances de o sujeito apresentar alto risco de desenvolvimento de doenças bucais, o que reforça a importância da realização de ações de promoção da saúde, bem como de educação em saúde.

É imprescindível a realização de novos estudos, com uma amostra populacional maior, para melhor elucidar a influência da aplicação deste método de estratificação de risco nos processos de trabalho das ESB na APS, bem como de seu impacto na real determinação do risco em saúde bucal do usuário e na resolutividade dos serviços de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V.R.; CELESTE, R.K. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3121-3128, 2015.
- ALELUIA, I.R.S; et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saúde Pública**; 50:80, 2016.
- AMORIM, L.P. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil: estrutura, processo e resultado**. Dissertação (Doutorado em Odontologia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.
- ANDRAUS, S.H.C. **Dificuldades de organização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica em uma Microrregião de Saúde: a percepção de gestores e cirurgiões dentistas**. Trabalho de conclusão de curso (Programa de Pós-graduação em Odontologia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.
- ARAKAWA A.M., LOPES-HERRERA S.A., CALDANA M.L., TOMITA N.E. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC**. 14(6):1108-1114, 2012.
- AZEVEDO, L.C.S.; ROCHA, M.P. Satisfação dos usuários de serviços públicos odontológicos: Revisão da literatura. **Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 42, p. 704-717, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, S.G., MEDINA, M.G., CARCERERI, D.L., RUIZ, D.C., and PERES, A.C.O. Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES, S.C.L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática** [online]. Salvador: EDUFBA, pp. 173-202, 2016.
- BASSO, M.B. *et.al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, 2019.
- BIZERRIL, D.O.; LIMA JÚNIOR, F.C.M.; SARAIVA, M.M.; AGUIAR, D.M.L. Coordenadores de Saúde Bucal: Percepção sobre gestão e competências no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**; 32:9273, 2019.
- BOJÓVIC, M.D. et al. Oral Health-Related Risk Factors Among Students in Southeast Serbia. **Med Sci Monit**, 27, 2021.
- BORGHI, G.N. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 154-159, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013–2015**. 3ª edição. Brasília – DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica 17: saúde bucal**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor. Pesquisa em Relatórios Públicos. 2020. [acesso em 27 dez 2020], disponível em: [Online] <https://egestorab.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645 de 02 de outubro de 2015. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 05 out, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 22 set, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. **Diário**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 31 dez, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Mapeamento dos campos dos Indicadores de Saúde do 3º ciclo do PMAQ**. Brasília- DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo (Avaliação Externa)**. Brasília, 2017.

BRITO, G.E.G; MENDES, A.C.G; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018.

CARVALHO, T.G.S.; ALMEIDA, A.M.B; BEZERRA, M.I.C. Percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre educação permanente em saúde. **Sanare**, Sobral - V.15 n.02, p.94-103, 2016.

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**. V. 38, N. ESPECIAL, P. 140-157, 2014.

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

CEARÁ. Secretaria De Saúde Do Estado. Projeto QualificaAPSUS Ceará. **Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal**. Ceará, 2017.

CEARÁ. Secretaria Estadual De Saúde. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas). **Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará (QualificAPSUS)**. Fortaleza, 2016.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal/ Fortaleza**. Fortaleza, 2016.

CESAR, F.L.V. **Referência e contra-referência na atenção secundária em Odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, 2011.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n.1, p.143-154, 2011.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Pública**, p.1-9, 2010.

CHAVES, S.C.L., et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3115-3124, 2012.

CHEACHIRE, A.; et al. Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, 13 (1):101-110, 2013.

COSTA, W.C.L.B.; WERNECK, M.A.F; PALMIER, A.C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **Rev Gaúch Odontol**. 66(1):70-76, 2018.

CRUZ D.F.; CAVALCANTI R.P.; LUCENA E.H.G.; PADILHA W.W.N. A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. **REFACS** (online); 6(2):228-237, 2018.

CRUZ, D.F.; PRADO, R.L.; VALENÇA, A.M.G; MACHADO, L.S. A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no Município de João Pessoa: Uma Análise de Indicadores. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 11(2): 291-295, 2011.

CUNHA, C.R.H. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.4, p. 1313-1326, 2020.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? **JAMA**; 260:1743-1748, 1988.

ECHEVERRIA, M.S.DUMITH, S.C., SILVA, A.E.R. Prevalência e fatores associados a dor dentária - estudo de base populacional com adultos e idosos do Sul do Brasil. **Rev Odontol UNESP**, 49, 2020.

FARIAS C.M.L., GIOVANELLA L., OLIVEIRA A.E., SANTOS NETO E.T. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 190-204, 2019.

FAUSTO, H.V.C.; SOUSA, R.S.; CARVALHO, C.A.P.; CARVALHO, F.S. Classificação do risco individual em saúde bucal para organização do atendimento odontológico. **Rev. APS**; 23 (2): 301 – 315, 2020.

FERREIRA, M.L.G.; CURY, J.A.; TABCHOURY, C.P.M.; UCHIDA, T.H.; FUJIMAK, M. Avaliação da fluoretação da água de abastecimento público da 15.<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná. **R. Saúde Públ. Paraná**, 4(2):53-66, 2021.

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

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal**, 2010.

FRANÇA, M.A.S.A.; FREIRE, M.C.M; PEREIRA, E.M.; MARCELO, V.C. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, 29(1), 2020.

FRANCO, T.B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 452-460, 2012.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas de cuidado. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.8, p. 1-5, 2018.

GIOVANELLA, L; et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, Rio de Janeiro, fev. 2014.

GOES, P.S.A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28 Sup: S81-S89, Rio de Janeiro, 2012.

GÓMEZ-POLO, C.; et al. Estudo epidemiológico sobre Burnout em dentistas espanhóis: fatores psicológicos subjacentes. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, 18 (24): 13418, 2021.

GONDINHO, B.V.C. *et al.* Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a Rede de Atenção à Saúde Bucal. **Rev Bras Promoç Saúde**, 31(Supl), p. 1-8, nov., 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostragem de domicílios. 2020. [acesso em 23 abr 2021], disponível em: [Online] <https://www.ibge.gov.br/>.

JESUS, J.T.A.; OLIVEIRA, T.Z.; CARVALHO, C.A.P.; CARVALHO, F.S. Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar. **Arch Health Invest**, 9(1):23-27, 2020.

KATEEB, E.; MOMANY, E. Factors related to high dental caries experience in Palestinian pregnant women in the Jerusalem governorate: a cross-sectional study. **Department of Periodontics and Preventive Dentistry, AIQuds University, Jerusalem, occupied Palestinian territories**, 2018.

KELLERMAN, C.Z. **Avaliação da satisfação dos usuários da Atenção Básica encaminhados a Centros de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre- Estudo Piloto**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada em Saúde Bucal). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

KITAMURA, E.S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(1):137-148, jan-mar 2016.

LAROQUE, M.B.; FASSA, A.G., CASTILHOS, E.D. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):421-430, jul-set 2015.

LEAL, D.L. **Análise do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais - Brasil**. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

LIMA V.T.; CODATO, L.A.B.; HIGASI, M.S.; KASAI, M.L.H.I. Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. **Revista da ABENO**, 18(4):130-139, 2018.

LINO, P. A.; WERNECK, M. A. F; LUCAS, S. D.; ABREU, M. H. N. G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.9, p. 3879-3888, 2014.

LIU, M. **Fondements et pratiques de la recherche-action**. Tiques de la recherche-action Paris: L'Harmattan, 1997.

MACHADO, F.C.A.; SOUZA, G.C.A.; NORO, L.R.A. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):187-202, 2018.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, set, 2018.

MAGRI, L. V.; ACIOLE, G. G., SALOMÃO, F. G. D.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; RIBEIRO, L. G. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. **Saúde Debate**. V. 40, N. 108, P. 144-155, 2016.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p. 1669-1674, 2008.

MARTINS, A. N. *et al.* A inserção do cirurgião-dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v.4, n.1, p. 24-33, Três Corações, 2014.

MARTINS, L.G.T.; *et al.* Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cad. Saúde Pública**, 32(3), 2016.

MARTINS, P. **Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primaria a saúde**. 2012. 183 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, p. 373-382, 2014.

MATTOS, M.G. **Acolhimento na equipe de saúde bucal: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2012.

MEGID NETO, J. **Tendências da pesquisa acadêmica sobre o ensino de ciências no nível fundamental**. 1999. 114f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. F.; MOYSÉS, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MENDES JUNIOR, F.I.R.; BANDEIRA, M.A.M.; TAJRA, F.S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 147-158, 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à Saúde**. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOIMAZ, S.A.S.; *et.al.* Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**. 36(9), 2020.

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

NARVAI, P.C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.5., n.3, p 21-34, 2011.

NORTHRIDGE, M. E.; KUMAR, A.; KAUR, R. Disparidades no acesso aos cuidados de saúde oral. **Revisão anual da saúde pública**, 41:513-535, 2020.

**Oficial da República Federativa do Brasil**, 12 nov, 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. - Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

PAULA, A.C.F.; FERREIRA, R.C.; RODRIGUES NETO, J.F.; PAULA, A.M.B. Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico. **Arquivos em Odontologia**. v. 45. n. 4, p. 199-205, 2009.

PEREIRA, P. M. **Saúde Bucal sem fronteiras: Diplomacia da Saúde e Saúde Bucal nos países da região de fronteira brasileira**. Tese (Doutorado em Odontologia, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.

PERES NETO, J.; MENDES, K.L.C.; WADA, R.S.; SOUSA, M.L.R. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1905-1912, 2017.

PERES-NETO, J et al. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22:1905-1911, 2017.

PINHEIRO, W.L.L.; et al. Estresse e síndrome de burnout em profissionais de odontologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, Vol.Sup (51): 1-10, 2020.

PIRES, M. R. G. M; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294-299, abr. 2009.

PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

PURIENE, A.; JANULYTE, V.; MUSTEIKYTE, M.; BENDINSKAITE, R. General health of dentists. Literature review. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, 9 (1): 10-20, 2007.

RIBEIRO, M.A. et al. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS EM REVISTA**. v. 1 n. 1, 2019.

ROCHA R.A.C.P., GOES P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12):2871-2880, dez, 2008.

ROCHA, M. L. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

serviços públicos odontológicos. **Arch Health Invest**. 6(1): 14-19, 2017.

SILVA, A.C.R.M.; MOLARI, M. Oral Health in Primary Care through the Family Health Strategy. **J Health Sci**;21(2):139-43, 2019.

SILVA, C.H.F.; CANA LÉ, M.F.C.; LIMA, K.E.R; JOAQUIM, D.C.; LEITE, A.C.R.M. Saúde bucal de pré-escolares: do processo cariioso aos fatores determinantes e moduladores. **RFO UPF**, 25(2):175-183, 2020.

SILVA, K.C.; SOUSA A.M.; CARNUT L, RODRIGUES, C.S. Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. **J Manag Prim Health Care**, 1(1):1-7, 2010.

SILVA-COSTA, A; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 38 (3):1-13, 2022.

SOBRINHO, J.E.L.; MARTELLI, P.J.L; ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.F. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

SOUZA, G.C.A.; et al. Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, 7(1):124-146, 2021.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; REIS JUNIOR, W. M.; SOUZA, J. N.; VILELA, A.B.A.;

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, G.B., et al. Saúde bucal na gestação: percepções e práticas da gestante na Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 45 (3): 161-177, 2021.

TEIXEIRA, P. M. M.; MEGID NETO, J. Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 23, n. 4, p. 1055-1076, 2017.

VALENTIM, F.B; et al. Associação entre periodontite e diabetes mellitus tipo 2: estudo em uma população atendida pelo Sistema Único de Saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, 51:1-9, 2022.

VIANA, I.B. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 28(2), 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- Carta de Anuência

Solicita-se, através deste, à Secretaria de Saúde do município de Cariré, Estado do Ceará, anuência para a realização da pesquisa que tem como tema: **ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL**, sendo a pesquisadora responsável MILLENA TELES PORTELA DE OLIVEIRA, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Vale do Acaraú, residente na Rua Raimundo Martins, número 440, Bairro do Fórum, Cariré-CE, CEP 62.184-000, email: [millenatpo@gmail.com](mailto:millenatpo@gmail.com) e telefone (88) 981084215, sob a orientação da PROFESSORA DOUTORA POLLYANNA MARTINS PEREIRA.

Comprometo-me a dar retorno da pesquisa ao serviço e, consonante com os interesses da gestão, apresentar os resultados nas instâncias da Secretaria de Saúde.

Cariré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da Secretária de Saúde do município de Cariré-CE

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: **“ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL”**. que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Millena Teles Portela de Oliveira, Identidade 2006099123860, CPF: 059.317.283-33, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UVA, orientada pela Profa. Dra. Pollyanna Martins Pereira e tem como objetivo principal analisar a aplicação de um método de estratificação de risco para regulação do acesso à APS em Saúde Bucal no município de Cariré, Ceará.

Sua participação consistirá em responder um questionário de diagnóstico situacional sobre o seu processo de trabalho, participar de 03 oficinas, que serão realizadas nos encontros de educação permanente já previstos no cronograma das Equipes de Saúde Bucal do município de Cariré com duração de 8 horas. Após os momentos formativos você aplicará um método de estratificação de risco no seu processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Será garantido o sigilo de identidade e privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso concorde em participar, ser-lhe-ão assegurados os princípios éticos de que trata a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que define as pesquisas com seres humanos. Serão respeitados os quatro princípios básicos da Bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

É importante salientar que a pesquisa não oferece risco para a integridade física dos participantes. Entretanto, mesmo que mínimos, podem existir riscos de origem psicológica, intelectual e emocional, como possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas e quebra de sigilo, mas, que serão minimizados ao se garantir o anonimato dos participantes e o esclarecimento de dúvidas a qualquer momento, antes, durante e após a realização das etapas da pesquisa.

Sua participação trará benefícios para a ciência e ampliação das informações de interesse coletivo em relação aos indicadores de acesso ao cuidado, resolutividade e oferta de serviços de saúde bucal e aplicação de um método de classificação de risco na APS.

A sua participação é de caráter voluntário, isto é, a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode recusar-se a participar e retirar seu consentimento, e sua recusa não trará nenhum prejuízo para você e nem em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se assim o desejar, será garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados e o material coletado apenas para esta pesquisa, além de mantê-lo atualizado sobre os resultados parciais e, caso seja solicitado, em qualquer etapa, serão esclarecidas todas as eventuais dúvidas.

Qualquer dúvida referente à pesquisa tratar diretamente com a pesquisadora: Millena Teles Portela de Oliveira, que pode ser encontrada na Rua Raimundo Martins, 440, Bairro do Fórum, Cariré-CE, através dos telefones: (88) 988016882 ou (88) 981084215 ou pelo e-mail millenatpo@gmail.com.

Se o participante vier a ter alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú / UVA, situado à Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150, bairro Derby Clube, Sobral-CE. Cep: 62.043.280 / Fone: (88) 3677- 4255.

Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Você concorda com o TCLE? Sim ( ) Não ( )

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pela coleta dos dados

### APÊNDICE C – Questionário

1. Idade (em anos).
2. Tempo de formado (em anos).
3. Possui alguma especialização?
4. Se sua resposta foi SIM para a pergunta anterior, qual a sua especialização?
5. Possui Mestrado ou Doutorado?
6. Se sua resposta foi SIM para a pergunta anterior, qual a sua Pós-Graduação?
7. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde? (em anos)
8. Há quanto tempo você trabalha na Equipe de Saúde Bucal em que está vinculado atualmente? (em anos)
9. Como é realizado o agendamento para o atendimento odontológico na sua Unidade Básica de Saúde? Descreva.
10. Você utiliza algum protocolo de estratificação de risco para priorizar o acesso aos serviços de saúde bucal na ESB? Se sim, qual?
11. Quanto tempo em média (dias) demora para um usuário conseguir realizar uma consulta odontológica na sua Unidade Básica de Saúde?
12. Como é realizado o encaminhamento/agendamento das pessoas que necessitam de Atenção Secundária em Saúde Bucal?
13. Geralmente quanto tempo (dias) leva para um encaminhamento ser agendado na Atenção Secundária em Saúde Bucal?
14. Como é a distribuição de vagas para atenção secundária entre as Equipes de Saúde Bucal? Descreva.
15. Que problemas você identifica para o acesso das pessoas na APS e encaminhamento à atenção secundária em saúde bucal?
16. Quais seriam as soluções/intervenções para resolução dos problemas que você elencou na questão 7?

## APÊNDICE D – Ata do momento da coleta dos dados

1

Corumbá - CE, 23 de maio de 2020.

Aos dias vinte e três de maio de dois mil e vinte dois, às  
 oito horas, foi dado início à primeira oficina de Pesquisa de  
 Mestrado de Lana Millena Teles, intitulada "Análise da  
 Aplicação de um método de estratificação de risco para regu-  
 lação do fluxo à Atenção Primária e Saúde Bucal", pesquisa  
 que servirá como requisito parcial para obtenção do tí-  
 tulo de Mestre em Saúde da Família, como parte do Mestrado  
 Profissional em Saúde da Família. A oficina iniciou com o Dra.  
 Millena explicando o título e os objetivos da pesquisa para  
 todos os participantes, apresentando como o desenvolvimento e  
 as questões. Após a apresentação, os participantes foram con-  
 sultados a lerem, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Es-  
 clareado, com concordância em participar da pesquisa. O dentista  
 do município o debate sobre a forma de interação dos pacientes,  
 como parte da discussão dos resultados dos questionários que todos  
 os participantes responderam em plataforma online. O dentista  
 Urcanteu relatou que usava os pacientes após a realização de  
 um grupo de saúde bucal, como forma de classificar as neces-  
 sidades. A dentista Urânia relatou que preferia marcar uma  
 menor quantidade de pacientes, realizar mais procedimentos  
 odontológicos do que o contrário. O dentista Hyacintho que a pe-  
 squisa trata a Atenção Primária e Saúde como primeira, para  
 resolver os problemas imediatos dos moradores. O dentista Indira  
 citou que antigamente tinha muita dificuldade de agendar os pa-  
 cientes, mas que, após conversar com a equipe, foi compreendida  
 a importância do agendamento, como forma de facilitar o  
 acesso. A dentista Millena citou a pesquisa de Mestrado  
 dele sobre a construção de uma agenda de saúde bucal, e o  
 dentista Urcanteu ressaltou a importância de reconhecer as indi-  
 vidualidades do território, também dos profissionais. Placido con-  
 tencionou, iniciou o sorteio dos recomendadores para a  
 atenção primária, que foram selecionados devido à proximidade

de vozes para mais comprometidas. Quando regressamos à oficina, foi discutido sobre a série histórica dos atendimentos odontológicos e foi percebido que pode haver uma perda de dados pelo sistema. O segundo momento do encontro caracterizou-se pela segunda oficina, foi iniciado com a leitura de textos que tratam das discussões e o preenchimento de um formulário, estando relacionados à classificação e estratificação de nível dos pacientes. A leitura dos textos levanta reflexões sobre os processos de trabalho que precisam ser revistos para que a pesquisa obtenha êxito em sua implantação. A dentista Vivianica afirma que uma demanda populacional é muito grande e que não cabe de uma vez a demanda a fazer estratificação e promoção da saúde. Ao final das discussões, foi estabelecido um total de atendimentos para teste no turno da manhã de seis vezes mais máquinas e no turno da tarde de quatro vezes mais máquinas; foi ainda acordada a criação de um documento para redigir a estratificação de nível virtual. Ao final da oficina os participantes foram convidados a responder um documento de avaliação sobre. Sem mais a declarar no momento eu, Nilka Têbo Vertido de Oliveira, farei, de que se mande isto até que não falte e agradeço por todos os presentes.

Olá! Nilka Têbo Vertido de Oliveira.

\* Mariana Elisete Moraes de Paiva

\* Vivianica Maria Oliveira Albuquerque

\* Juliana Tereza Oliveira de Almeida

\* Cláudia Wellington de Almeida

\* Maria Luiza Araújo Aguiar

\* André Pereira de Lima

\* Valdirene Parente Sousa

\* Ana Tereza de Sousa

Patrícia Barros de Araújo

Fra Maria Fátima Almeida

Eleonora Lúcia

Gasília Monteiro Oliveira

### APÊNDICE E –Tabela de Estratificações de Risco

Tabela 5 – Resultados das estratificações de risco.

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
1	11	1	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
2	17	1	5	1.5	6	4	1	3	3	10	1	Baixo Risco
3	14	2	2	2.5	7	2.5	2	3	3	12	1	Médio Risco
4	10	2	1	5	4	4	1	3	3	8	1	Baixo Risco
5	53	2	3	4	3	1.4.11.12	9	3	3	15	2	Médio Risco
6	80	2	4	1	2	4.11.12	7	3	3	12	2	Médio Risco
7	31	1	3			4.15	32	3	3	35	3	Alto Risco
8	47	1	3			5.15	33	3	3	36	3	Alto Risco
9	48	1	3			6.8.11.12	11	2.3.5	8	19	2	Médio Risco
10	30	1	5	1	2	5	3	3	3	8	1	Baixo Risco
11	36	1	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
12	43	1	3			2.6.11.12.15	40	1.3.5	8	48	3	Alto Risco
13	11	1	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
14	43	1	3			5.11.12	8	3	3	11	2	Médio Risco
15	9	2	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
16	29	1	3			5.11	4	3	3	7	1	Baixo Risco
17	69	1	4	1	2			3	3	5	1	Baixo Risco
18	32	1	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
19	39	1	3			1.2.5.8.11.12	15	2.3	3	18	2	Médio Risco
20	27	2	3			5	3	3	3	6	1	Baixo Risco
21	30	1	3			5.11	4	3	3	7	1	Baixo Risco
22	76	2	4	1	2	5.9.10.12	12	3	3	17	2	Médio Risco
23	61	1	4	1	2	4.10.11	5	1	3	10	2	Baixo Risco
24	22	2	3			5	5	3	3	8	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
25	24	1	3			4	4	3	3	7	1	Baixo Risco
26	30	1	3			5.12	7	3	3	10	1	Baixo Risco
27	17	1	2	5	4	2.6.8	7	3	3	14	2	Médio Risco
28	14	1	2	5	4	2.5	4	3	3	11	1	Médio Risco
29	14	2	2	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
30	13	2	2	5	4	1.4.12	8	3	3	15	2	Médio Risco
31	40	2	3	1	2	5.11.12	8	3	3	13	1	Médio Risco
32	19	1	2	5	4	5.12	7	3	3	14	2	Médio Risco
33	13	1	2	5	4	4	4	3	3	11	1	Médio Risco
34	6	1	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
35	47	1	3			1.5.11.12	10	3	3	13	1	Médio Risco
36	26	2	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
37	51	1	3			4.10.11.12	9	3	3	12	1	Médio Risco
38	23	1	5	1	2	6.8.12	10	3	3	15	2	Médio Risco
39	10	1	1	5	4	5	3	3	3	10	1	Baixo Risco
40	9	1	1	5	4	5	3	3	3	10	1	Baixo Risco
41	28	1	3			1.6.12	10	3	3	13	1	Médio Risco
42	35	1	3			5.12	7	3	3	10	1	Baixo Risco
43	16	1	2	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
44	6	2	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
45	7	2	1	5	4	1.6	6	3	3	13	1	Médio Risco
46	11	2	1	5	4	4.8	4	3	3	11	1	Médio Risco
47	19	2	2	5	4	1.5	5	3	3	12	1	Médio Risco
48	16	2	2	5	4	8	2	3	3	9	1	Baixo Risco
49	6	1	1	5	4	1.5	5	3	3	12	1	Médio Risco
50	20	1	3			6	4	3	3	7	1	Baixo Risco
51	21	1	3			6.11.12	9	3	3	12	1	Médio Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
52	40	1	3			5.11.12	8	1	3	11	2	Médio Risco
53	53	1	3			1.6.11.12	11	1	3	14	2	Médio Risco
54	40	1	3			6	4	3	3	7	1	Baixo Risco
55	16	2	5					3	3	3	1	Baixo Risco
56	24	2	3			6.8	6	3	3	9	1	Baixo Risco
57	26	1	5	1	2	5.8.12	9	3	3	14	2	Médio Risco
58	51	1	3	1	2	1.59.11.12	13	1.3.6	9	24	2	Médio Risco
59	33	1	3			4.11	3	1.3.6	9	12	2	Médio Risco
60	17	2	2	5	4	6.11.12.13	39	3.6	6	49	3	Alto Risco
61	16	2	2	5	4	1.4.12	8	1.2.3.5.6	14	26	2	Médio Risco
62	64	1	4	1	2	1.4.9.11.12	12	3.6	6	20	2	Médio Risco
63	23	2	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
64	54	2	3	4	3	1.5.9.11.12	13	1.3.6	9	25	2	Médio Risco
65	6	1	1	5	4	4	2	3.6	6	12	2	Médio Risco
66	30	1	3			4.9.11.12	10	2.3.6	8	18	2	Médio Risco
67	16	1	2	5	4			2.3	5	9	1	Baixo Risco
68	27	2	3			1.6.9.11.12	14	1.3.5.6	12	26	2	Médio Risco
69	11	1	1	5	4	1.4	4	1.2.3.5.6	14	22	2	Médio Risco
70	46	2	3	1	2	9.10.12	9	1.2.3.5	11	22	2	Médio Risco
71	55	2	3			1.4.9.11.12	12	1.3.5.6	12	24	2	Médio Risco
72	38	1	3			1.4.11.12	9	6	3	12	2	Médio Risco
73	14	1	2	5	4	1.4	4	1.3	6	14	2	Médio Risco
74	12	2	2	5	4	1.4	4	3	3	11	2	Médio Risco
75	8	1	1	5	4	1.4	4	2.3.6	8	16	2	Médio Risco
76	6	1	1	5	4	5	3	1.2.3.5.6	14	21	2	Médio Risco
77	15	2	2	5	4	1.4	4	1.3.6	9	17	2	Médio Risco
78	50	1	3			1.4.9.10.12	13	2	2	15	2	Médio Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
79	53	2	3	1	2	1.9.11.12	9	1.3	6	17	2	Médio Risco
80	37	2	3			4.11.12	7	1.2.3.6	11	18	2	Médio Risco
81	64	1	4	1	2	1.4.9.11.12	9	1.3.6	9	20	2	Médio Risco
82	37	2	3	1	2	9	3	2.3.6	8	13	2	Médio Risco
83	15	2	2	5	4	1	2	1.2.3.5.6	14	20	2	Médio Risco
84	37	1	3			9	3	3.6	6	9	2	Baixo Risco
85	29	1	3					3.4.6	9	9	1	Baixo Risco
86	46	2	3			5.9.12	10	2.3.4.6	11	21	2	Médio Risco
87	25	1	3			1.5.11.12	10	1.2.3.5.6	14	24	2	Médio Risco
88	45	2	3	4	3	8.9.11.12.14	40	1.2.3.6	11	54	3	Alto Risco
89	7	2	1	5	4	1.6	6	1.2.3.6	11	21	2	Médio Risco
90	69	2	4	1	2	4.9.12	9	1.3	6	17	2	Médio Risco
91	65	1	4	1	2	9.12	7	1.3	6	15	2	Médio Risco
92	35	1	3			1	2	1.2.3	8	10	1	Baixo Risco
93	41	1	3	4	3	1	2	1.2.3.6	11	16	2	Médio Risco
94	7	1	1	5	4	1.5	5	2.3.6	8	17	2	Médio Risco
95	9	1	1	5	4			1.3.6	9	13	2	Médio Risco
96	12	2	2	5	4			2.3	5	9	1	Baixo Risco
97	13	1	2	5	4	1.4.13	34	1.2.3	8	46	3	Alto Risco
98	10	1	1	5	4			2.3	5	9	1	Baixo Risco
99	45	1	3	1	2	1.4.9.11.12	9	2.3	5	16	2	Médio Risco
100	39	1	3	1	2	4.9.11.12	10	1.3	6	18	2	Médio Risco
101	40	1	3			1	2	1.3.6	9	11	2	Médio Risco
102	8	1	1	5	4	1.2.6	7	1.2.3.5.6	14	25	2	Médio Risco
103	30	1	3			4	2	2.3.6	8	10	1	Baixo Risco
104	54	1	3			2.5.8.11	7	3	3	10	1	Baixo Risco
105	9	2	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Crítérios Biológicos Categorias	Crítérios Biológicos Escores	Crítérios Odontológicos Categorias	Crítérios Odontológicos Escores	Crítérios de autocuidado Categorias	Crítérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
106	26	2	3			2.5.11	5	2	2	7	1	Baixo Risco
107	27	2	3			1.4.12	8	2.4	5	13	2	Médio Risco
108	28	1	3	4	3	1.4.8	6	2.4	5	14	2	Médio Risco
109	16	2	2	4.5	7	1.2.4.8.11	8	3	3	18	2	Médio Risco
110	66	2	4	1.4	5	1.4.8.9.10.12	12	1.3.6	9	26	2	Médio Risco
111	22	1	3			1.2.5.8.11.12	13	3.6	6	19	2	Médio Risco
112	21	1	3			2.5.8.11	7	2.3	5	12	2	Médio Risco
113	48	2	3	4	3	1.10.12	8	1.3.6	9	20	2	Médio Risco
114	33	1	3			2.8.11.12	9	3	3	12	2	Médio Risco
115	14	2	2	5	4	6.8	6	3	3	13	2	Médio Risco
116	19	1	2	1.5	6	5.11	4	2.3	5	15	2	Médio Risco
117	60	2	4	1.4	5	1.8.9.10.12	13	1.6	6	24	2	Médio Risco
118	18	2	2	5	4	1.5	5	2.3	5	14	2	Médio Risco
119	33	2	3			1	2	3.6	6	8	1	Baixo Risco
120	37	2	3			5	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
121	16	1	2	5	4	2.6	5	3	3	12	2	Médio Risco
122	33	2	3			1.2.5.8	8	3	3	11	2	Médio Risco
123	6	1	1	5	4	2.4	3	3	3	10	1	Baixo Risco
124	13	1	2	5	4	1.12	6	2	2	12	1	Baixo Risco
125	10	1	1	5	4	2.4.8	5	2.4	5	14	2	Médio Risco
126	18	2	2	5	4					4	1	Baixo Risco
127	22	2	3	4	3	5	3			6	2	Médio Risco
128	49	1	3	4	3	1.5.8.12	11	3	3	17	2	Médio Risco
129	54	2	3			1.5.8.11	8	3.6	6	14	2	Médio Risco
130	28	1	3			1.2.6.8	9	3	3	12	2	Médio Risco
131	4	1	1	5	4	2.5	4	3	3	11	2	Médio Risco
132	10	1	1	5	4	2.6.8	7	3	3	14	2	Médio Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
133	35	2	3	4	3	5.11	4	3	3	10	1	Baixo Risco
134	37	2	3			4.11	3	3	3	6	1	Baixo Risco
135	22	2	3			2.6.13	35	3	3	38	3	Alto Risco
136	30	1	3			1.5.11	6	3	3	9	1	Baixo Risco
137	8	1	1	5	4			2.3	5	9	1	Baixo Risco
138	7	2	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
139	5	1	1	5	4	1.2.5	6	2.3.6	8	18	2	Médio Risco
140	15	2	2	5	4	2.5.11	5	3	3	12	2	Médio Risco
141	6	2	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
142	16	2	2	5	4	1.2.5	6	3.6	6	16	2	Médio Risco
143	29	1	5	1	2	2.5.8	6	3	3	11	2	Médio Risco
144	7	1	1	5	4	1.2.5	6	2.3	5	15	2	Médio Risco
145	57	2	3	4	3	1.2.4.8.11	8	1.3.6	9	20	2	Médio Risco
146	7	1	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
147	55	2	3			4.11.12	7	3	3	10	1	Baixo Risco
148	67	2	4	1.4	5	1.2.4.11	6	3.6	6	17	2	Médio Risco
149	25	2	3	4	3	1.5.8.11.12	12	3	3	18	2	Médio Risco
150	33	2	3	4	3	2.5.8	6	2.3.6	8	17	2	Médio Risco
151	40	1	3	4	3	1.11.12	7	3	3	13	2	Médio Risco
152	10	2	1	5	4	6	4	2.3.6	8	16	2	Médio Risco
153	16	2	2	5	4	2.5	4	3	3	11	2	Médio Risco
154	13	2	2	5	4	5.8	5	3	3	12	2	Médio Risco
155	14	2	2	5	4	5.12	7	3	3	14	2	Médio Risco
156	18	2	2	5	4			2.3	5	9	1	Baixo Risco
157	30	1	3			11.12	5	3	3	8	1	Baixo Risco
158	14	1	2	5	4	1.2.5	6	3	3	13	2	Médio Risco
159	20	1	3			1.5.8	7	3	3	10	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Crêterios Biológicos Categorias	Crêterios Biológicos Escores	Crêterios Odontológicos Categorias	Crêterios Odontológicos Escores	Crêterios de autocuidado Categorias	Crêterios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classifica�o
160	5	1	1	5	4	2.5	4	2.3	5	13	2	Médio Risco
161	49	1	3			1.8.10.11.12	15	3.6	6	21	2	Médio Risco
162	7	1	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
163	6	2	1	5	4	6.8	6	3.6	6	16	2	Médio Risco
164	6	1	1	5	4	2.5.8	6	3	3	13	2	Médio Risco
165	16	2	2	5	4	1.2.6.11.12	12	3.6	6	22	2	Médio Risco
166	17	1	2	5	4	1.2.4	5	3	3	12	2	Médio Risco
167	41	1	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
168	15	1	2	5	4	1.5	5	2.3	5	14	2	Médio Risco
169	25	1	3			1.2.5.8.12	12	3.6	6	18	2	Médio Risco
170	56	2	3			5.12	7	3	3	10	1	Baixo Risco
171	27	1	3			2.12	6	3	3	9	1	Baixo Risco
172	36	1	3			5.11.12	8			8	1	Baixo Risco
173	3	1	1	5	4	5	3			7	1	Baixo Risco
174	29	2	3			5.11.12	8	2	2	10	1	Baixo Risco
175	21	2	3			5	3	2.5	5	8	1	Baixo Risco
176	46	2	3			1.3.5.11.12.13	42	2	2	44	3	Alto Risco
177	58	2	3			1.11.12.13	37			37	3	Alto Risco
178	2	2	1	5	4	1.4.13	33	2.6	5	42	3	Alto Risco
179	53	2	3			4.11.12	7			7	1	Baixo Risco
180	24	2	3			4.11.12	7			7	1	Baixo Risco
181	10	2	1	5	4	4	2	2	2	8	1	Baixo Risco
182	46	1	3			1.9.10.12.14	41			41	3	Alto Risco
183	38	2	3			5.11.12	8			8	1	Baixo Risco
184	13	2	2	5	4	3.4	4	2	2	10	1	Baixo Risco
185	37	1	3			1.5.11.12	10	1.3	6	16	2	Médio Risco
186	74	1	4	1	2	1.4.9.10.12	11			13	2	Médio Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
187	18	2	2	5	4	6	4			8	1	Baixo Risco
188	56	2	3			5.11.12	8			8	1	Baixo Risco
189	20	2	3			1.4.11.12.13	39	1.2	5	44	3	Alto Risco
190	59	1	3	1	2	4.11.12	7	3	3	12	2	Médio Risco
191	31	2	3			4.11.12	7	3	3	10	1	Baixo Risco
192	44	1	3			1.4.11.12.13	39	3	3	42	3	Alto Risco
193	24	1	3	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
194	44	1	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
195	22	1	3	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
196	32	2	3					3	3	3	1	Baixo Risco
197	39	2	3			12	4	3	3	7	1	Baixo Risco
198	41	2	3			11.12	5	3	3	8	1	Baixo Risco
199	35	1	3			12	4	3	3	7	1	Baixo Risco
200	15	1	2	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
201	1	1	1					3	3	3	1	Baixo Risco
202	32	1	3	1	2	1.5.11.12.13	40	3	3	45	3	Alto Risco
203	57	2	3	1	2	4.11.12	7	3	3	12	2	Médio Risco
204	7	2	1	5	4	1.5	5	3	3	12	2	Médio Risco
205	16	2	2	1.5	6	5.12	7	3	3	16	2	Médio Risco
206	34	2	3			4	2	3	3	5	1	Baixo Risco
207	35	1	3			5.11	4	3	3	7	1	Baixo Risco
208	12	1	2	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
209	76	2	4	1	2	1.9.11.12	10	1.3.4	9	21	2	Médio Risco
210	6	2	1	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
211	22	2	3	2	3	1.2.4.12.13	39	1.3	6	48	3	Alto Risco
212	7	1	1	5	4	1.2.5	6	1.3	6	16	2	Médio Risco
213	9	2	2	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
214	19	1	2	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
215	51	1	3			4.11.12	7	1.3.6	9	16	2	Médio Risco
216	10	1	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
217	54	2	3			4.11.12	7	1.3	6	13	2	Médio Risco
218	6	1	1	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
219	52	1	3			1.4.9.11.12	12	1.3.6	9	21	2	Médio Risco
220	11	2	1	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
221	31	1	3					3	3	3	1	Baixo Risco
222	18	2	2	5	4	1.4.13	34	1.3	6	44	3	Alto Risco
223	18	1	2	5	4	1.4	4	1.3	6	14	2	Médio Risco
224	24	2	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
225	12	1	2	5	4	12	4			8	1	Baixo Risco
226	35	1	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
227	12	1	2	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
228	6	1	1	5	4	1.5	5	1.3	6	15	2	Médio Risco
229	23	2	3			12	4	1.3	6	10	1	Baixo Risco
230	17	2	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
231	67	1	4	1	2	9.11.12	8	1.3	6	16	2	Médio Risco
232	16	2	2	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
233	16	1	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
234	25	1	3			1.4	4	1.3	6	10	1	Baixo Risco
235	29	2	3			1.5.11.12	10	1.3	6	16	2	Médio Risco
236	32	2	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
237	47	2	3			1.4.11.12.13	39	1.3	6	45	3	Alto Risco
238	31	1	3			4.11.12	7	1.3	6	13	2	Médio Risco
239	43	1	3			11.12	5	1	3	8	1	Baixo Risco
240	33	1	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Crítérios Biológicos Categorias	Crítérios Biológicos Escores	Crítérios Odontológicos Categorias	Crítérios Odontológicos Escores	Crítérios de autocuidado Categorias	Crítérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
241	34	1	3			1.2.4.11.12	10	1.2.3	8	18	2	Médio Risco
242	16	1	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
243	43	1	3	1	2	1.2.4.11.12	10	1.3.6	9	21	2	Médio Risco
244	28	1	3			1.5.13	33	1.3	6	39	3	Alto Risco
245	18	2	2	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
246	22	2	3			1.4.10.12	10	1.3	6	16	2	Médio Risco
247	27	2	3			1.2.5	6	1.3.6	9	15	2	Médio Risco
248	33	1	3			1.4.12	8	1.3	6	14	2	Médio Risco
249	13	2	2	5	4	1.5.13	35	1.3	6	45	3	Alto Risco
250	26	1	3			1.4	4	1.3	6	10	1	Baixo Risco
251	30	1	3			1.4.11.12.13	39	1.3	6	45	3	Alto Risco
252	32	2	3			1.5.11.12	10	1.3.5.6	12	22	2	Médio Risco
253	48	1	3	1	2	9	3	1.3	6	11	2	Médio Risco
254	67	1	4	1	2	9.11.12	8	1.3	6	16	2	Médio Risco
255	17	2	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
256	15	1	2	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
257	17	2	2	5	4	1.4	4	1.3	6	14	2	Médio Risco
258	38	1	3	1	2	1.4.9.11.12	12	1.3	6	20	2	Médio Risco
259	23	1	3			1.4.12	8	1.3	6	14	2	Médio Risco
260	60	2	4	1	2	1.5.9.11.12	13	1.3.5.6	12	27	2	Médio Risco
261	26	1	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
262	16	1	2	5	4	1.4	4	1.3	6	14	2	Médio Risco
263	14	2	2	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
264	21	2	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
265	41	1	3			9	3	1.3.6	9	12	2	Médio Risco
266	19	1	2	5	4			1.3	6	10	1	Baixo Risco
267	22	1	3			1	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
268	51	2	3			1.4.9.11.12	12	1.3	6	18	2	Médio Risco
269	11	2	2	5	4	1	2	3	3	9	1	Baixo Risco
270	26	1	3			4.11.12	7	1.3	6	13	2	Médio Risco
271	20	1	3			1.4	4	3.6	6	10	1	Baixo Risco
272	38	1	3			1.4.13	33	13	6	39	3	Alto Risco
273	14	2	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
274	10	1	1	5	4	2.4	3	1.3	6	13	2	Médio Risco
275	22	2	3	2	3	12	4	1.3	6	13	2	Médio Risco
276	49	2	3	1	2	11.12	5	1.3	6	13	2	Médio Risco
277	33	1	3			9	3	1.3.6	9	12	2	Médio Risco
278	4	1	1	5	4	1.4	4	3	3	11	2	Médio Risco
279	38	2	3	2	3	1.5.9.11.12	13	1.3.5.6	12	28	2	Médio Risco
280	37	2	3			1.4.11.12.13	39	1.3.5	9	48	3	Alto Risco
281	19	2	2	5	4	5.11.12	8	1.3	6	18	2	Médio Risco
282	5	1	1	5	4			3	3	7	1	Baixo Risco
283	15	2	2	5	4	1.4.13	34	1.3	6	44	3	Alto Risco
284	48	2	3	4	3	11.12	5	1.3	6	14	2	Médio Risco
285	58	1	3	1	2	1.5.11.12	10	1.3.5	9	21	2	Médio Risco
286	33	1	3	4	3	1.6.11.12	11	1.3	6	20	2	Médio Risco
287	11	2	2	5	4			13	6	10	1	Baixo Risco
288	68	2	4	1	2	1.9.11.12	9	1.3	6	17	2	Médio Risco
289	42	1	3	1	2	1.3.11.12	9	1.3	6	17	2	Médio Risco
290	24	2	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
291	40	1	3			1.5.11.12	10	1.3	6	16	2	Médio Risco
292	32	1	3			12	4	1.3	6	10	1	Baixo Risco
293	24	2	3			1	2	3	3	5	1	Baixo Risco
294	46	1	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco

ID	Idade	Sexo	Ciclo de vida	Critérios Biológicos Categorias	Critérios Biológicos Escores	Critérios Odontológicos Categorias	Critérios Odontológicos Escores	Critérios de autocuidado Categorias	Critérios de autocuidado Escores	Escore total do usuário	Risco	Risco Classificação
295	35	1	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
296	40	1	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
297	5	1	1	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
298	12	1	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
299	6	2	1	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
300	15	2	2	5	4	4	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
301	29	2	3			1.5.11.12	10	1.3	6	16	2	Médio Risco
302	45	1	3	1	2	4.11.12	7	1.3	6	15	2	Médio Risco
303	16	2	2	5	4	8	2	1.3	6	12	2	Médio Risco
304	55	1	3			11.12	5	1.3	6	11	2	Médio Risco
305	59	2	3	1	2	9	3	1.3	6	11	2	Médio Risco
306	56	2	3			9	3	1.3	6	9	1	Baixo Risco
307	24	1	3					1.3	6	6	1	Baixo Risco
308	31	1	3					1.3	6	6	1	Baixo Risco
309	41	2	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
310	14	1	2	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
311	9	1	1	5	4	4	2	3	3	9	1	Baixo Risco
312	30	1	3			4.13	32	1.3	6	38	3	Alto Risco
313	53	1	3	1	2	5.11.12	8	1.3	6	16	2	Médio Risco
314	32	1	3			4	2	1.3	6	8	1	Baixo Risco
315	23	1	3	1	2	11.12	5	1.3	6	13	2	Médio Risco
316	35	1	3	1	2	9	3	1.3	6	11	2	Médio Risco

**Quadro 8 – Critérios para codificação das estratificações de risco e preparo para análise estatística.**

nome	idade	Sexo	ciclo de vida	Critérios Biológicos	Critérios Odontológicos	Critérios de Autocuidado	Risco
texto	em anos (número)	1 – Feminino 2 -Masculino	1-Criança (0 a 9 anos) 2 - Adolescente (10 e 19 anos) 3 - Adulto 4 - Idoso (60 anos +) 5 - Gestante	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O usuário apresenta condição crônica: diabetes, gestante ou idoso</li> <li>2. Usuário com deficiência intelectual</li> <li>3. Usuário Acamado</li> <li>4. Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas</li> <li>5. Criança de 6-11 anos ou adolescentes de 12-19 anos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses</li> <li>2. O usuário apresenta mancha branca ativa</li> <li>3. O usuário apresenta boca seca</li> <li>4. O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes</li> <li>5. O usuário apresenta lesão de cárie em 4 a 7 dentes</li> <li>6. O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes</li> <li>7. O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias</li> <li>8. O usuário está com sangramento na boca</li> <li>9. O usuário está com algum dente permanente mole</li> <li>10. O usuário precisa de prótese total</li> <li>11. O usuário precisa de prótese parcial</li> <li>12. O usuário tem perda de 1 ou mais dentes</li> <li>13. O usuário necessita de endodontia</li> <li>14. O usuário necessita de periodontia</li> <li>15. O usuário necessita de cirurgia complexa conforme</li> <li>16. O Usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme</li> <li>17. O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)</li> <li>2. O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente</li> <li>3. O usuário não tem consumo regular de água fluoretada</li> <li>4. O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado</li> <li>5. O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente</li> <li>6. O usuário só procura o serviço quando tem dor</li> <li>7. Critérios para crianças de 0-5 anos</li> <li>8. A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior</li> <li>9. A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel</li> <li>10. A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene</li> <li>11. A criança faz sua higiene com a supervisão/complementação de um adulto</li> <li>12. A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Baixo Risco</li> <li>2- Médio Risco</li> <li>3 - Alto Risco</li> </ol>

## APÊNDICE F – Relatório da Análise Estatística

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,749	,118		6,362	,000		
	Idade	,004	,002	,103	1,784	,076	,396	2,526
	Sexo	-,069	,044	-,058	-1,555	,121	,949	1,054
	Ciclo de vida	,025	,040	,039	,627	,531	,345	2,901
	Crítérios Biológicos Escores	,082	,014	,278	5,801	,000	,570	1,755
	Crítérios Odontológicos Escores	,050	,003	,697	18,398	,000	,913	1,095
	Crítérios de autocuidado Escores	,058	,008	,263	7,001	,000	,927	1,079

Dependent Variable: Risco

Pressuposto de não multicolinearidade atendido VIF dos preditores < 10

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	,000			
General	<sup>b</sup>	,000	9	1,000

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.

Link function: Logit.

The log-likelihood value is practically zero. There may be a complete separation in the data. The maximum likelihood estimates do not exist.

O pressuposto de chances proporcionais (proportional odds), também foi atendido ( $p > 0,05$ ).

### Omnibus Test<sup>a</sup>

Likelihood Ratio	Df	Sig.
Chi-Square		
381,384	9	,000

Dependent Variable: Risco

Model: (Threshold), Sexo, Ciclo de vida, Idade, Crítérios Biológicos Escores, Crítérios Odontológicos Escores, Crítérios de autocuidado Escores

a. Compares the fitted model against the thresholds-only model.

O Teste de Omnibus, nos informa sobre a validade do modelo, ou seja, se a variável dependente pode ser prevista pelas variáveis independentes. Nesse caso, o modelo foi significativo  $p < 0,001$ .

Parameter Estimates

Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test			Exp(B)	95% Wald Confidence Interval for Exp(B)	
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.		Lower	Upper
Threshold [Risco=1]	16,338	3,0899	10,262	22,394	27,959	1	,000		29208,809	
[Risco=2]	46,914	7,3224	32,562	61,265	41,048	1	,000			
Idade	,017	,0334	-,049	,082	,252	1	,616	1,017	,952	1,086
[Sexo=1]	,054	,5761	-1,075	1,183	,009	1	,926	1,055	,341	3,264
[Sexo=2]	<sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	1	-	-
[Ciclodevida=1]	-1,521	1,6922	-4,838	1,795	,808	1	,369	,218	,008	6,020
[Ciclodevida=2]	-1,262	1,5857	-4,370	1,846	,633	1	,426	,263	,013	6,334
[Ciclodevida=3]	-1,188	1,9874	-5,063	2,727	,345	1	,557	,311	,008	15,289
[Ciclodevida=4]	2,319	3,2192	-3,990	8,829	,519	1	,471	10,169	,018	5580,592
[Ciclodevida=5]	<sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Cr1teriosBiol1gicosEscores	1,479	,3788	,741	2,218	15,414	1	,000	4,391	2,098	9,190
Cr1teriosOdontol1gicosEscores	1,394	,2021	,998	1,791	47,592	1	,000	4,033	2,713	5,993
Cr1teriosdeautocuidadoEscores (Scale)	1,686	,2802	1,139	2,237	36,297	1	,000	5,409	3,124	9,368

Dependent Variable: Risco

Model: (Threshold), Idade, Sexo, Ciclodevida, Cr1teriosBiol1gicosEscores, Cr1teriosOdontol1gicosEscores, Cr1teriosdeautocuidadoEscores

Set to zero because this parameter is redundant.

Fixed at the displayed value.

## APÊNDICE G – Transcrição Grupo Focal

### O instrumento é compreensível e de fácil aplicação?

**(CD1):** Foi tranquilo porque já conhecia essa ficha. Quando iniciei o trabalho aqui, em 2019, nós já éramos cobrados para usar ela. Porém, quando entrou a nova gestão, não nos foi mais pedido para usar essa estratificação. Mas é algo que ajuda demais a ver como está a situação da população. É muito benéfico pensando nessa realidade de enxergar a população. Eu o acompanhei desde o final do Qualifica, então para mim não foi difícil. Se fôssemos usar no dia a dia facilitaria muito essa questão dos indicadores, o cumprimento deles.

**(CD2):** Eu não acho difícil utilizar esse instrumento. Eu já tinha utilizado ele desde que me formei, quando trabalhava em outro município, mas dependendo do paciente dá para preencher fazendo uma avaliação rápida, sem preencher o odontograma, mas tem pacientes que não dá. Então dependendo do caso demora mais o preenchimento da ficha de estratificação. O bom é que dá para ter uma noção geral do risco da população. Mas eu não achei difícil não, é simples, só que demanda muito tempo. E as pessoas não têm paciência de esperar, porque as consultas ficam mais demoradas e o pessoal fica fora da sala reclamando. Eu também me questionava o fato de o paciente precisar de encaminhamento, já ser score 30 e já ser de alto risco. Às vezes a pessoa só tem um dente cariado com necessidade de canal e já é considerada alto risco e às vezes a pessoa tem mais cáries e dá médio risco. Em outros casos a pessoa tem muitas cáries, mas são cáries pequenas. Então eu acho que isso era algo que também teria que ser visto, o nível da cárie, porque uma cárie pequena é classificada igual a uma cárie grande, então acho que isso atrapalha na estratificação.

**(CD3):** Com relação ao instrumento eu participei da capacitação do Qualifica APSUS, que propunha a planificação da Atenção Primária em função do modelo de atenção às condições crônicas. Essa estratificação nasce justamente das condições crônicas, é tanto que a proposta inicial era realizar estratificação de grupos específicos como hipertensos, diabéticos e crianças. Em relação à aplicabilidade do instrumento é muito simples, as dificuldades que temos hoje talvez seja da velha e conhecida demanda,

em função do tempo que leva para estratificar, porque você precisa realmente fazer uma primeira consulta, um procedimento para fazer odontograma, como a profilaxia, para ver a quantidade de cárie. Mas, a gente sabe o valor que o instrumento tem, porque onde a gente lê na literatura se fala da questão do levantamento das necessidades em saúde bucal para ofertar um serviço que contemple a equidade, para contemplar quem necessita de um atendimento mais prioritário ou não. Algumas coisas a gente questiona em relação ao risco. Em alguns casos a gente jura que vai dar alto risco e não dá, então a gente se pergunta se é uma falha do instrumento em si, teria que avaliar mais especificamente cada item do instrumento. No geral, é mais a questão do tempo que leva para preencher o instrumento, tempo de espera do usuário fora da sala e a continuidade do tratamento desse paciente. Em relação ao encaminhamento, que a Verônica questionou eu entendo que é porque o instrumento ele entende a necessidade do encaminhamento como indicativo de urgência na tentativa de salvar aquele dente ou de garantir aquele atendimento especializado para o paciente. Outro fator que eu acho muito importante no instrumento é considerar os critérios de autocuidado, porque às vezes a pessoa está estratificada com mesmo score de outra, mas não tem bons critérios de autocuidado, o que é preocupante, porque não ter bons hábitos pode tornar o risco daquela pessoa maior, então é uma dimensão para ser trabalhada e precisa ter uma atenção maior, até para despertar o paciente para mudanças no estilo de vida.

**(CD4):** O que achei mais difícil foi a questão do tempo, mas eu acho muito essencial a aplicação dele. Uma coisa que sempre achava estranho era o fato de que alguns pacientes não davam alto risco, mesmo percebendo clinicamente que aquele paciente ia precisar de uma quantidade maior de consultas. Não estou lembrando especificamente, mas eu ficava sentindo falta de algum quesito no instrumento, eu via o paciente numa situação clínica bem difícil, mas se ele não precisasse de encaminhamento pro CEO ele dava risco médio, mesmo clinicamente sendo bem precária a situação de saúde bucal, talvez porque não contemple muito a questão periodontal.

**(CD5):** No meu caso o fator tempo tornou o processo difícil, devido a minha demanda muito grande.

**(CD6):** Para mim foi um instrumento bem tranquilo de ser aplicado. Mas uma falha que eu considero nesse instrumento é a questão do estrato que leva a considerar baixo, médio e alto risco, porque se um dos objetivos do instrumento é guiar a quantidade de consultas para cada paciente de acordo com o risco, um paciente que precisaria só de um canal já em um único dente já se enquadra em alto risco, mas só precisaria de umas duas consultas comigo, em detrimento do que o instrumento preconiza, que alto risco indica necessidade de mais consultas. E tinham pacientes que eram de baixo ou médio risco, que tinham vários dentes para resolver e acabavam precisando da mesma quantidade de consultas preconizada para os pacientes de alto risco. Essa foi uma das falhas que eu encontrei neste instrumento. Às vezes tinham pacientes que só pela questão da idade, da escolaridade da mãe, ou pelo não acesso à água fluoretada, já ficavam com o escore lá em cima mesmo tendo poucos problemas de saúde bucal para resolver.

**(CD7):** O instrumento é de fácil aplicação e compreensão, não tive dúvidas no preenchimento, na hora da leitura a gente já consegue entender o que ele busca entender a partir daqueles questionamentos. Então ao fazer a anamnese e o odontograma a gente já consegue preencher e a partir dele já pensar no plano de tratamento. Na minha opinião ele é um pouco falho, porque quando o paciente precisa de um encaminhamento para atenção secundária ele já automaticamente é considerado de alto risco, mesmo se tiver apenas uma cárie em um único dente, mas que já necessita de tratamento endodôntico. Enquanto tem pacientes que têm vários dentes com indicação de exodontia ou cariados e se classifica como baixo ou médio risco. É como se a necessidade de tratamento na atenção secundária já tornasse maior o risco do paciente e não é bem isso que vemos na prática.

**Realizar a estratificação de risco contribuiu nas suas práticas e no cumprimento do princípio da equidade, ou seja na priorização do acesso aos pacientes que mais necessitam?**

**(CD4):** Eu acho muito essencial, inclusive continuo utilizando o instrumento para ver as necessidades dos pacientes, para termos uma maior quantidade de tratamentos concluídos.

**(CD2):** Eu consegui dar um número muito maior de tratamentos concluídos, porque priorizei os retornos mais rapidamente pros pacientes que mais precisavam, que tinham risco maior.

**(CD3):** Independente do instrumento ter algum tipo de falha ou não, ele ajuda no serviço, na organização da agenda programada. O difícil não é utilizar o instrumento, é fazer todos entenderem a importância do mesmo, porque ele qualifica a consulta, o paciente fica ciente do seu risco, entende a importância do retorno, do tratamento concluído.

**Quais as dificuldades encontradas durante a realização da estratificação de risco?**

**(CD3):** Um fator que foi complicado foi a quantidade de pessoas atendidas por dia. Não é nem pelo momento, é na verdade pelo pós, porque você aplica o instrumento, chega a determinado estrato para aquela pessoa, mas vai demandar toda uma agenda programada para aquela pessoa, aí você ocupa a cadeira por um determinado tempo e a população fica querendo vaga e não tem. Mas isso tem que ver a qualidade do atendimento, porque o problema da demanda é crônico, então se sempre formos deixar de utilizar ferramentas que melhoram o atendimento porque levam tempo e a demanda é grande, a gente nunca vai conseguir avançar. Isso é um ponto. Não podemos nos prender a isso, quando formos colocar em prática essas novas atitudes. Então reconheço que isso é o correto, que o caminho é esse. Não sei se com esse instrumento ou outro, mas a estratificação tem que ser feita. O problema é que somos

consumidos por essa realidade política também, que só entendem a quantidade de pessoas que foram atendidas. Há também uma dificuldade de a Equipe compreender o porquê de priorizar determinado paciente que tem um risco maior, porque há uma resistência em relação ao contexto político, que sempre quer que a gente encaixe alguém naquele momento. As dificuldades da micropolítica existente no território precisam ser registradas, porque quando a gente age de acordo com essas necessidades da política a gente acaba desvalorizando a intenção do instrumento, que orienta a nossa tomada de atitude a partir dos estratos de cada paciente e não por outros fatores. Outra dificuldade é que o restante da Equipe não realiza estratificação, seria mais fácil se todos os profissionais seguissem a mesma linha de atendimento, porque o que acontece é que fica uma parte da Equipe levando em consideração um modelo de atenção às condições crônicas e realizando demanda programada de acordo com a necessidade e a outra atendendo apenas demanda espontânea. Isso dificulta o nosso trabalho, porque o paciente se pergunta o porquê de quando procura o médico ou enfermeiro é atendido logo e o atendimento do dentista é diferente. Se todos desenvolvessem a estratificação no território seria melhor para todos reconhecerem a importância e para pactuar estratégias para melhoria das ações. Porque são dois modelos completamente diferentes, um focado na oferta dos serviços e o outro na identificação das necessidades do usuário. Afinal, é isso que deve guiar o serviço: a necessidade do paciente. Às vezes parece que os outros profissionais estão parados no tempo e nos falta força para dialogar com os gestores sobre isso, porque só visam quantidade de atendimentos. Outro ponto é a questão dos próprios pacientes, que viciados em práticas antigas de saúde não entendem o porquê de o outro ter mais prioridade que ele, são acostumados a chegar e ter sua demanda resolvida. Então, educar essa população sobre essas novas práticas é um caminho, ou nunca diminuiremos essas filas enormes de espera.

**(CD1):** As pessoas já procuram a unidade para resolver um determinado problema. Vão só para resolver algo específico. É tanto que nos nossos indicadores as exodontias são em maior número que os outros procedimentos, mas essa é a realidade da população, que já chegam querendo extrair, por mais que a gente converse, então não entendem em relação a esses recursos que são para melhoria do acesso, do atendimento.

**(CD2):** Eu tive alguns problemas pessoais neste período que me impediram de bem realizar as estratificações. A sobrecarga de trabalho lá no meu território gerou um estresse tão grande que estou tendo crises de ansiedade, teve dias que tive quase um choque nervoso, fora isso no período da pesquisa tirei férias, depois minha auxiliar tirou também e depois adoeceu, então tudo isso foi atrasando tudo e me impedindo de estratificar os pacientes. Algumas coisas que soube que pacientes falaram de mim também me deixaram muito desestimulada.

**(CD5):** Eu acho que é um consenso que a maior dificuldade é a questão do tempo para realizar a estratificação, porque a demanda é grande e as pessoas não entendem.

**(CD7):** A questão do risco alto para pacientes que necessitam de encaminhamento para atenção secundária é algo que poderia ser revisto, para que o instrumento fosse mais fiel à realidade de saúde bucal dos pacientes. Além disso, uma dificuldade encontrada foi a continuidade do tratamento, porque muitas vezes os pacientes não retornam, querem apenas resolver problemas pontuais, aquela queixa específica daquele momento, e não querem dar continuidade ao tratamento, uma realidade bem presente na minha área, que é localizada na zona rural.

## APÊNDICE H – Relatório de Análise do Grupo Focal

Projeto: Análise Grupo Focal

Software: ATLAS.ti. - Relatório da Análise da transcrição do Grupo Focal

Data: 27/10/2022 - 16:50:50

### Relatório de Códigos

Todos (10) códigos

#### ○ **Aplicabilidade do instrumento**

**Criado** por Pollyanna Martins em 26/10/2022 ○ **Aplicabilidade do instrumento:**

**Facilidade de aplicação do instrumento**

#### **3 Citações:**

**1:29 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

O instrumento é de fácil aplicação e compreensão, não tive dúvidas no preenchimento, na hora da leitura a gente já consegue entender o que ele busca

**1:52 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu não acho difícil utilizar esse instrumento. Eu já tinha utilizado ele desde que me formei, quando trabalhava em outro município.

**1:55 ¶ 15 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Para mim foi um instrumento bem tranquilo de ser aplicado.

#### ○ **Aplicabilidade do instrumento: Cirurgiões-Dentistas conheciam o instrumento**

#### **3 Citações:**

**1:2 ¶ 5 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

(CD1): Foi tranquilo porque já conhecia essa ficha.

**1:14 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Com relação ao instrumento eu participei da capacitação do Qualifica APSUS, que propunha a planificação da Atenção Primária em função do modelo de atenção às condições crônicas. Essa estratificação nasce justamente das condições crônicas, é tanto que a proposta inicial era realizar estratificação de grupos específicos como hipertensos, diabéticos e crianças.

**1:52 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu não acho difícil utilizar esse instrumento. Eu já tinha utilizado ele desde que me formei, quando trabalhava em outro município.

#### ○ **Aplicabilidade do instrumento: Estratificação de risco no instrumento**

**16 Citações:****1:10 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu também me questionava o fato de o paciente precisar de encaminhamento, já ser escore 30 e já ser de alto risco. Às vezes a pessoa só tem um dente cariado com necessidade de canal e já é considerada alto risco e às vezes a pessoa tem mais cáries e dá médio risco.

**1:13 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Em outros casos a pessoa tem muitas cáries, mas são cáries pequenas. Então eu acho que isso era algo que também teria que ser visto, o nível da cárie, porque uma cárie pequena é classificada igual a uma cárie grande, então acho que isso atrapalha na estratificação.

**1:17 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Algumas coisas a gente questiona em relação ao risco. Em alguns casos a gente jura que vai dar alto risco e não dá, então a gente se pergunta se é uma falha do instrumento em si, teria que avaliar mais especificamente cada item do instrumento.

**1:19 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

eu entendo que é porque o instrumento ele entende a necessidade do encaminhamento como indicativo de urgência na tentativa de salvar aquele dente ou de garantir aquele atendimento especializado para o paciente.

**1:20 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outro fator que eu acho muito importante no instrumento é considerar os critérios de autocuidado, porque às vezes a pessoa está estratificada com mesmo escore de outra, mas não tem bons critérios de autocuidado,

**1:21 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

o que é preocupante, porque não ter bons hábitos pode tornar o risco daquela pessoa maior, então é uma dimensão para ser trabalhada e precisa ter uma atenção maior, até para despertar o paciente para mudanças no estilo de vida.

**1:23 ¶ 11 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Uma coisa que sempre achava estranho era o fato de que alguns pacientes não davam alto risco, mesmo percebendo clinicamente que aquele paciente ia precisar de uma quantidade maior de consultas.

**1:24 ¶ 11 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Não estou lembrando especificamente, mas eu ficava sentindo falta de algum quesito no instrumento, eu via o paciente numa situação clínica bem difícil, mas se ele não

precisasse de encaminhamento pro CEO ele dava risco médio, mesmo clinicamente sendo bem precária a situação de saúde bucal, talvez porque não contemple muito a questão periodontal.

**1:26 ¶ 15 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Mas uma falha que eu considero nesse instrumento é a questão do estrato que leva a considerar baixo, médio e alto risco, porque se um dos objetivos do instrumento é guiar a quantidade de consultas para cada paciente de acordo com o risco, um paciente que precisaria só de um canal já em um único dente já se enquadra em alto risco, mas só precisaria de umas duas consultas comigo, em detrimento do que o instrumento preconiza, que alto risco indica necessidade de mais consultas.

**1:27 ¶ 15 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

tinham pacientes que eram de baixo ou médio risco, que tinham vários dentes para resolver e acabavam precisando da mesma quantidade de consultas preconizada para os pacientes de alto risco. Essa foi uma das falhas que eu encontrei neste instrumento.

**1:28 ¶ 15 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Às vezes tinham pacientes que só pela questão da idade, da escolaridade da mãe, ou pelo não acesso à água fluoretada, já ficavam com o score lá em cima mesmo tendo poucos problemas de saúde bucal para resolver.

**1:31 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

quando o paciente precisa de um encaminhamento para atenção secundária ele já automaticamente é considerado de alto risco, mesmo se tiver apenas uma cárie em um único dente, mas que já necessita de tratamento endodôntico.

**1:33 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Enquanto tem pacientes que têm vários dentes com indicação de exodontia ou cariados e se classifica como baixo ou médio risco.

**1:34 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

É como se a necessidade de tratamento na atenção secundária já tornasse maior o risco do paciente e não é bem isso que vemos na prática.

**1:37 ¶ 30 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Independente do instrumento ter algum tipo de falha ou não, ele ajuda no serviço, na organização da agenda programada. O difícil não é utilizar o instrumento, é fazer todos entenderem a importância do mesmo, porque ele qualifica a consulta, o paciente fica ciente do seu risco, entende a importância do retorno, do tratamento concluído.

**1:50 ¶ 43 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

A questão do risco alto para pacientes que necessitam de encaminhamento para atenção secundária é algo que poderia ser revisto, para que o instrumento fosse mais fiel à realidade de saúde bucal dos pacientes.

- **Aplicabilidade do instrumento: Tempo de aplicação**

**6 Citações:****1:18 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

No geral, é mais a questão do tempo que leva para preencher o instrumento, tempo de espera do usuário fora da sala e a continuidade do tratamento desse paciente.

**1:22 ¶ 11 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

O que achei mais difícil foi a questão do tempo, mas eu acho muito essencial a aplicação dele.

**1:25 ¶ 13 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

No meu caso o fator tempo tornou o processo difícil, devido a minha demanda muito grande.

**1:49 ¶ 41 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu acho que é um consenso que a maior dificuldade é a questão do tempo para realizar a estratificação, porque a demanda é grande e as pessoas não entendem.

**1:53 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

mas dependendo do paciente dá para preencher fazendo uma avaliação rápida, sem preencher o odontograma, mas tem pacientes que não dá. Então dependendo do caso demora mais o preenchimento da ficha de estratificação.

**1:54 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Em relação à aplicabilidade do instrumento é muito simples, as dificuldades que temos hoje talvez seja da velha e conhecida demanda, em função do tempo que leva para estratificar,

- **Estratificação de Risco**

**Criado** por Pollyanna Martins em 26/10/2022

- **Estratificação de Risco: Utilização no processo de trabalho**

**8 Citações:****1:3 ¶ 5 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Quando iniciei o trabalho aqui, em 2019, nós já éramos cobrados para usar ela. Porém, quando entrou a nova gestão, não nos foi mais pedido para usar essa estratificação.

**1:4 ¶ 5 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Mas é algo que ajuda demais a ver como está a situação da população. É muito benéfico pensando nessa realidade de enxergar a população.

**1:5 ¶ 5 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu o acompanhei desde o final do Qualifica, então para mim não foi difícil. Se fôssemos usar no dia a dia facilitaria muito essa questão dos indicadores, o cumprimento deles.

**1:35 ¶ 26 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu acho muito essencial, inclusive continuo utilizando o instrumento para ver as necessidades dos pacientes, para termos uma maior quantidade de tratamentos concluídos.

**1:38 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Um fator que foi complicado foi a quantidade de pessoas atendidas por dia. Não é nem pelo momento, é na verdade pelo pós, porque você aplica o instrumento, chega a determinado estrato para aquela pessoa, mas vai demandar toda uma agenda programada para aquela pessoa, aí você ocupa a cadeira por um determinado tempo e a população fica querendo vaga e não tem.

**1:40 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Então reconheço que isso é o correto, que o caminho é esse. Não sei se com esse instrumento ou outro, mas a estratificação tem que ser feita. O problema é que somos consumidos por essa realidade política também, que só entendem a quantidade de pessoas que foram atendidas.

**1:43 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outra dificuldade é que o restante da Equipe não realiza estratificação, seria mais fácil se todos os profissionais seguissem a mesma linha de atendimento, porque o que acontece é que fica uma parte da Equipe levando em consideração um modelo de atenção às condições crônicas e realizando demanda programada de acordo com a necessidade e a outra atendendo apenas demanda espontânea.

**1:56 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

orienta a nossa tomada de atitude a partir dos estratos de cada paciente e não por outros fatores.

## ○ Estratificação de Risco - Limites

### 10 Citações:

#### 1:7 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

Então dependendo do caso demora mais o preenchimento da ficha de estratificação.

#### 1:9 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

eu não achei difícil não, é simples, só que demanda muito tempo. E as pessoas não têm paciência de esperar, porque as consultas ficam mais demoradas e o pessoal fica fora da sala reclamando

#### 1:15 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

as dificuldades que temos hoje talvez seja da velha e conhecida demanda, em função do tempo que leva para estratificar, porque você precisa realmente fazer uma primeira consulta, um procedimento para fazer odontograma, como a profilaxia, para ver a quantidade de cárie

#### 1:25 ¶ 13 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

No meu caso o fator tempo tornou o processo difícil, devido a minha demanda muito grande.

#### 1:32 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

Na minha opinião ele é um pouco falho, porque quando o paciente precisa de um encaminhamento para atenção secundária ele já automaticamente é considerado de alto risco, mesmo se tiver apenas uma cárie em um único dente, mas que já necessita de tratamento endodôntico.

#### 1:41 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

Há também uma dificuldade de a Equipe compreender o porquê de priorizar determinado paciente que tem um risco maior, porque há uma resistência em relação ao contexto político, que sempre quer que a gente encaixe alguém naquele momento.

#### 1:42 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

As dificuldades da micropolítica existente no território precisam ser registradas, porque quando a gente age de acordo com essas necessidades da política a gente acaba desvalorizando a intenção do instrumento, que orienta a nossa tomada de atitude a partir dos estratos de cada paciente e não por outros fatores.

#### 1:45 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22

Afinal, é isso que deve guiar o serviço: a necessidade do paciente. Às vezes parece que os outros profissionais estão parados no tempo e nos falta força para dialogar com os gestores sobre isso, porque só visam quantidade de atendimentos.

**1:46 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outro ponto é a questão dos próprios pacientes, que viciados em práticas antigas de saúde não entendem o porquê de o outro ter mais prioridade que ele, são acostumados a chegar e ter sua demanda resolvida. Então, educar essa população sobre essas novas práticas é um caminho, ou nunca diminuiremos essas filas enormes de espera.

**1:48 ¶ 39 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu tive alguns problemas pessoais neste período que me impediram de bem realizar as estratificações. A sobrecarga de trabalho lá no meu território gerou um estresse tão grande que estou tendo crises de ansiedade, teve dias que tive quase um choque nervoso,

- **Estratificação de Risco - potencialidades**

**11 Citações:****1:4 ¶ 5 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Mas é algo que ajuda demais a ver como está a situação da população. É muito benéfico pensando nessa realidade de enxergar a população.

**1:8 ¶ 7 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

O bom é que dá para ter uma noção geral do risco da população.

**1:16 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Mas, a gente sabe o valor que o instrumento tem, porque onde a gente lê na literatura se fala da questão do levantamento das necessidades em saúde bucal para ofertar um serviço que contemple a equidade, para contemplar quem necessita de um atendimento mais prioritário ou não.

**1:20 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outro fator que eu acho muito importante no instrumento é considerar os critérios de autocuidado, porque às vezes a pessoa está estratificada com mesmo score de outra, mas não tem bons critérios de autocuidado,

**1:21 ¶ 9 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

o que é preocupante, porque não ter bons hábitos pode tornar o risco daquela pessoa maior, então é uma dimensão para ser trabalhada e precisa ter uma atenção maior, até para despertar o paciente para mudanças no estilo de vida.

**1:22 ¶ 11 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

O que achei mais difícil foi a questão do tempo, mas eu acho muito essencial a aplicação dele.

**1:30 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Então ao fazer a anamnese e o odontograma a gente já consegue preencher e a partir dele já pensar no plano de tratamento.

**1:35 ¶ 26 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu acho muito essencial, inclusive continuo utilizando o instrumento para ver as necessidades dos pacientes, para termos uma maior quantidade de tratamentos concluídos.

**1:36 ¶ 28 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Eu consegui dar um número muito maior de tratamentos concluídos, porque priorizei os retornos mais rapidamente pros pacientes que mais precisavam, que tinham risco maior.

**1:37 ¶ 30 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Independente do instrumento ter algum tipo de falha ou não, ele ajuda no serviço, na organização da agenda programada. O difícil não é utilizar o instrumento, é fazer todos entenderem a importância do mesmo, porque ele qualifica a consulta, o paciente fica ciente do seu risco, entende a importância do retorno, do tratamento concluído.

**1:57 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Se todos desenvolvessem a estratificação no território seria melhor para todos reconhecerem a importância e para pactuar estratégias para melhoria das ações. Porque são dois modelos completamente diferentes, um focado na oferta dos serviços e o outro na identificação das necessidades do usuário. Afinal, é isso que deve guiar o serviço: a necessidade do paciente.

**○ Organização do processo de trabalho****9 Citações:****1:30 ¶ 17 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Então ao fazer a anamnese e o odontograma a gente já consegue preencher e a partir dele já pensar no plano de tratamento.

**1:37 ¶ 30 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Independente do instrumento ter algum tipo de falha ou não, ele ajuda no serviço, na organização da agenda programada. O difícil não é utilizar o instrumento, é fazer todos entenderem a importância do mesmo, porque ele qualifica a consulta, o paciente fica ciente do seu risco, entende a importância do retorno, do tratamento concluído.

**1:38 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Um fator que foi complicado foi a quantidade de pessoas atendidas por dia. Não é nem pelo momento, é na verdade pelo pós, porque você aplica o instrumento, chega a determinado estrato para aquela pessoa, mas vai demandar toda uma agenda programada para aquela pessoa, aí você ocupa a cadeira por um determinado tempo e a população fica querendo vaga e não tem.

**1:39 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Mas isso tem que ver a qualidade do atendimento, porque o problema da demanda é crônico, então se sempre formos deixar de utilizar ferramentas que melhoram o atendimento porque levam tempo e a demanda é grande, a gente nunca vai conseguir avançar

**1:43 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outra dificuldade é que o restante da Equipe não realiza estratificação, seria mais fácil se todos os profissionais seguissem a mesma linha de atendimento, porque o que acontece é que fica uma parte da Equipe levando em consideração um modelo de atenção às condições crônicas e realizando demanda programada de acordo com a necessidade e a outra atendendo apenas demanda espontânea.

**1:44 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Se todos desenvolvessem a estratificação no território seria melhor para todos reconhecerem a importância e para pactuar estratégias para melhoria das ações. Porque são dois modelos completamente diferentes, um focado na oferta dos serviços e o outro na identificação das necessidades do usuário.

**1:46 ¶ 35 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Outro ponto é a questão dos próprios pacientes, que viciados em práticas antigas de saúde não entendem o porquê de o outro ter mais prioridade que ele, são acostumados a chegar e ter sua demanda resolvida. Então, educar essa população sobre essas novas práticas é um caminho, ou nunca diminuiremos essas filas enormes de espera.

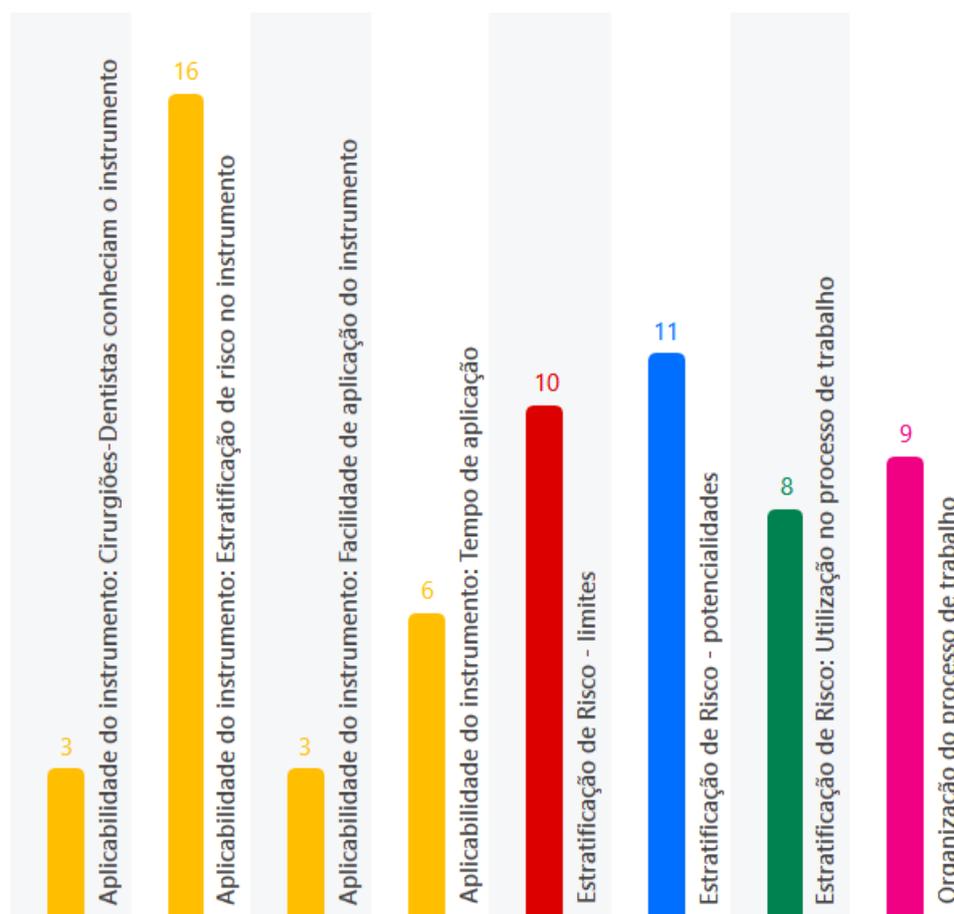
**1:47 ¶ 37 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

As pessoas já procuram a unidade para resolver um determinado problema. Vão só para resolver algo específico. É tanto que nos nossos indicadores as exodontias são em maior número que os outros procedimentos, mas essa é a realidade da população, que já chegam querendo extrair, por mais que a gente converse, então não entendem em relação a esses recursos que são para melhoria do acesso, do atendimento.

**1:51 ¶ 43 in transcrição\_grupo\_focal\_milena\_25\_10\_22**

Uma dificuldade encontrada foi a continuidade do tratamento, porque muitas vezes os pacientes não retornam, querem apenas resolver problemas pontuais, aquela queixa específica daquele momento, e não querem dar continuidade ao tratamento, uma realidade bem presente na minha área, que é localizada na zona rural.

Gráfico 1- Citações por códigos e subcódigos.



FONTE: Elaboração própria. Software: ATLAS.ti - Relatório de Citações por Códigos e Subcódigos. Data:27/10/2022 - 16:50:50

## ANEXOS

**ANEXO A- INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL  
SELECIONADO DO PROJETO QUALIFICA APSUS DO GOVERNO DO ESTADO  
DO CEARÁ**



**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 ESF/ESB: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

**TABELA DE CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL**

ITEM	ESCORES PADRÃO	ESCORE DO USUÁRIO
<b>CRITÉRIOS BIOLÓGICOS</b>		
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2	
Usuários com deficiência intelectual	3	
Usuário acamado	3	
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3	
Criança de 6-11 anos ou Adolescente de 12-19 anos	4	
<b>CRITÉRIOS ODONTOLÓGICOS</b>		
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2	
O usuário apresenta mancha branca ativa	1	
O usuário apresenta boca seca	2	
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2	
O usuário apresenta lesão de cárie de 4 a 7 dentes	3	
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4	
O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias	3	
O usuário está com sangramento na boca	2	

O usuário está com algum dente permanente mole	3	
O usuário precisa de prótese total	2	
O usuário precisa de prótese parcial	1	
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4	
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30	
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30	
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30	
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30	
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30	
<b>CRITÉRIOS DE AUTOCUIDADO</b>		
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3	
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2	
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3	
O usuário não faz consumo de creme dental fluoretado	3	
O usuário não tem hábito de escovar os dentes diariamente	3	
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3	
<b>CRITÉRIOS PARA CRIANÇAS DE 0-5 ANOS</b>		
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3	
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3	
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3	
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3	
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2	

ESCORE TOTAL DO USUÁRIO	
PONTOS	RISCOS
0-10	BAIXO RISCO
11-30	MÉDIO RISCO
Acima de 30	ALTO RISCO

RISCOS	ESCORES TOTAL	RECOMENDAÇÃO	MONITORAMENTO
Baixo risco	0 a 10 pontos	2 consultas	Anual
Médio risco	11 a 30 pontos	3 a 5 consultas	Semestral
Alto risco	Acima de 30 pontos	6 ou + consultas	Trimestral

HISTÓRICO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL								
DATA								
ESCORE								
RISCO								

FONTE: SESA. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal. Ceará, 2017, p.142-144.

**ANEXO B- A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

<b>OBJETIVO:</b>	Implantar a classificação de risco para a atenção à saúde bucal na APS					
<b>RESULTADO ESPERADO:</b>	100% dos usuários em situação de urgência em saúde bucal com classificação de risco, conforme o protocolo clínico padronizado, no tempo e procedimentos adequados					
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>
Cumprimentar cordialmente o usuário						
Realizar a identificação segura do usuário: nome completo e data do nascimento do usuário, nome completo da mãe						
Perguntar qual o problema o usuário apresenta – Caso apresente algum sinal ou sintoma que caracterize situação de urgência, realizar a classificação de risco						
Proceder a classificação de risco, segundo o problema apresentado, no tempo adequado, utilizando o protocolo clínico estabelecido						
Realizar as orientações necessárias ao usuário conforme o grau de risco						

Realizar os procedimentos necessários, no tempo adequado, conforme a classificação de risco, segundo o protocolo clínico estabelecido						
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar						
Preencher o prontuário e os registros necessários						

FONTE: SESA. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal. Ceará, 2017, p.69-70.

## ANEXO C- ORIENTAÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO

- A condição crônica diabetes é pontuada apenas uma vez mesmo que o usuário esteja em controle, e a pessoa é considerada idosa pela lei a partir de 60 anos.
- Deficiência intelectual é considerada quando a pessoa apresenta um atraso no seu desenvolvimento, dificuldade para aprender e realizar tarefas do dia a dia e interagir com o meio em que vive.
- Usuário acamado é aquele paciente que se encontra na cama, esporadicamente por alguma necessidade pode sair com cadeira de rodas.
- Usuário de álcool ou tabaco é quando a pessoa faz uso diário destas substâncias ou drogas ilícitas independentemente da frequência.
- A mancha branca ativa deve ser vista com o dente seco, iluminado e limpo. Independente da quantidade de manchas brancas ativas, apresentou mancha branca o item deve ser marcado.
- O sangramento na boca pode ser quando o paciente escova ou passa fio dental.
- O usuário que precisa de prótese é quando a antiga não está mais em função ou por não ter ainda prótese. Se o usuário necessitar de prótese total e prótese parcial pontua nos dois itens.
- O usuário tem perda de dentes; desconsiderar os dentes do siso, dentes decíduos, extração de dentes para tratamento ortodôntico ou no caso de alguma agenesia.
- As necessidades das especialidades estão descritas nos anexos 3 a 7.
- Baixa escolaridade é considerada estudo até o 4º ano do ensino fundamental.
- O consumo regular de água fluoretada (da rede de abastecimento) pode ser ou no preparo do alimento ou na ingestão frequente.
- Quando o usuário não faz uso de creme dental fluoretado ao menos uma vez ao dia, pontua no critério "não faz uso regular de creme dental fluoretado".
- Uso de mamadeira sem higiene, independente se é noturna ou diurna e se é adoçada ou não.
- A escovação sem supervisão/complementação de um adulto é quando em nenhum momento do dia o adulto ou responsável consegue acompanhar e/ou

complementar a escovação da criança.

- Comportamento não colaborador da criança é quando esta impede que o adulto conclua a higiene dela quando necessário.
- Uso de chupeta adoçada com mel, açúcar ou qualquer outra substância com sacarose em algum momento do dia.



### **ATENÇÃO ÀS ORIENTAÇÕES!**

Orientação 1 - A somatória dos escores dos critérios biológicos, odontológicos de autocuidado e para crianças de 0 a 5 anos define a estratificação.

Orientação 2 - No anexo 2, encontra-se o instrumento de Estratificação de risco da Saúde Bucal (PARANÁ, 2016) para ser usado no seu município.

Orientação 3 - Para se atualizar no manejo clínico das condições crônicas em saúde bucal, leia os textos complementares 4 a 7.

### **IMPORTANTE!**

Na estratificação de risco, os usuários são categorizados como Baixo, Médio e Alto Risco, utilizando escores, cuja somatória definirá o risco individual do paciente. Preconizaremos, no primeiro ano do QualificaAPSUS Ceará, a estratificação dos seguintes grupos: diabéticos, gestantes e crianças de 0 a 5 anos.

FONTE: SESA. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal. Ceará, 2017, p.56-57.

## ANEXO D- TEXTO DE APOIO SOBRE O MANEJO CLÍNICO PÓS-ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL

A estratificação de risco identifica pessoas e grupos com necessidades semelhantes de saúde bucal que devem ser assistidas por recursos específicos. A estratégia se apoia num manejo diferenciado, pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares. Após estratificação dos grupos prioritários, uma série de intervenções clínicas, específicas para grupo, devem ser desenvolvidas. Por exemplo, os portadores de condições crônicas de menores riscos em saúde bucal devem ter sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de médio e alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da APS e, nos casos de alto risco, a atenção especializada. A linha guia do Paraná (2016) propõem uma série de intervenções a partir a identificação dos riscos dos

### **1) Paciente de baixo risco**

São considerados pacientes de baixo risco aqueles sem atividade de doenças, sem problemas estéticos e funcionais que necessitam de um monitoramento de sua saúde bucal. Este terá em média duas consultas para a consecução do seu tratamento e uma consulta anual para o seu monitoramento

### **2) Paciente de risco médio**

São considerados pacientes de risco médio aqueles com atividade de doença presente e/ou com sequelas da doença cárie e da doença periodontal, podendo ou não ter necessidade de prótese dentária, que necessitam de atenção clínica e acompanhamento ao longo do tempo, classificados em:

#### **1) Pacientes com doença ativa:**

- 1.1) Cárie ativa com lesão branca de aspecto opaco e rugoso e presença de cavidade na dentina amolecida;
- 1.2) Gengiva com sangramento evidenciando processo inflamatório gengival;
- 1.3) Presença de cálculo supragengival
- 1.4) Dentes com cavidade que necessitam de tratamento restaurador

#### **2) Paciente com sequelas de doença:**

- 2.1) Dentes com cavidade que necessitam de tratamento restaurados complexo
- 2.2) Dentes com cavidade que necessitam de tratamento endodôntico;
- 2.3) Limitações funcionais e estéticas, prejudicando o relacionamento social e dificuldade de mastigação, deglutição e fala;
- 2.4) Presença de cálculo subgengival;
- 2.5) Necessidade de próteses

O atendimento de médio risco terá 3 a 5 consultas para realização do seu tratamento e o monitoramento deverá ser semestral

### 3) Paciente de alto risco

O atendimento ao paciente de alto risco pouco difere daquele oferecido ao paciente de médio risco, A diferença está no número de consultas necessárias para a consecução do plano de tratamento (em média 6 consultas) e a frequência do monitoramento.

Pensando no aumento da eficiência e eficácia do trabalho clínico recomenda-se que se realize mais procedimentos por paciente, evitando a troca excessiva de equipamentos de proteção individual, de proteção do paciente, aumentando a eficiência e a eficácia do trabalho clínico, diminuindo os custos.

Desta forma sugere-se:

- 1) atendimento de 5 a 7 pacientes por período de 4 horas, sendo 5 consultas programática e duas urgências.;
- 2) priorizar atendimento por quadrante;
- 3) priorizar o controle da doença cárie, com a utilização do ART (Tratamento Restaurador Atraumático).<sup>10</sup>

**QUADRO 5: RESUMO DO MANEJO CLÍNICO EM SAÚDE BUCAL (PARANÁ, 2016)**

Pontos	Riscos	Recomendação	Monitoramento
0 a 10 pontos	Baixo Risco	2 consultas	Anual
11 a 30 pontos	Médio Risco	3 a 5 consultas	Semestral
Acima de 30 pontos	Alto Risco	6 ou + consultas	Trimestral

FONTE: SESA. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal. Ceará, 2017, p.65-67.

## ANEXO E- MATRIZ DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

<b>OBJETIVO:</b>	Implantar a estratificação de risco em saúde bucal os usuários com condições crônicas prioritárias					
<b>RESULTADO ESPERADO:</b>	100% das unidades de APS que apresentam equipes de saúde bucal com a estratificação de risco em saúde bucal implantada para os usuários com condições crônicas prioritárias					
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>
Realizar alinhamento conceitual para a equipe da APS sobre o processo de estratificação de risco do usuário com condição crônica em saúde bucal						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O cuidado das condições crônicas na APS (Mendes, 2012), p. 154</li> <li>▪ Diretrizes clínicas da SESA</li> <li>▪ Instrumentos de estratificação de risco em saúde bucal</li> </ul>
Capacitar os dentistas para a estratificação de risco em saúde bucal						
Organizar o processo de trabalho para a realização da estratificação de risco em saúde bucal iniciando pelas gestantes e crianças menores de 2 anos						
Elaborar a agenda dos usuários para a estratificação de risco, com horário marcado, conforme o bloco de horas						
Organizar a recepção dos usuários agendados para a						

estratificação de risco						
Explicar para os usuários o que é e para que serve a estratificação de risco em saúde bucal						
Realizar a estratificação de risco em saúde bucal dos usuários						
Elaborar plano de cuidados para os usuários de acordo com a estratificação de risco						
Realizar as orientações necessárias, conforme plano de cuidados, para cada usuário						
Perguntar para cada usuário se deseja alguma informação complementar						
Agendar os usuários para realizar os procedimentos necessários, conforme os planos de cuidado						
Realizar os registros necessários nos prontuários de cada usuário e nos sistemas de informações						

FONTE: SESA. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Capacitação complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em Saúde Bucal. Ceará, 2017, p.71-72.