



Inamari Souza de Almeida Amorim

**Saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico:  
em busca da integralidade do cuidado.**

Santo Antônio de Jesus

2022

Inamari Souza de Almeida Amorim

**Saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico:**  
em busca da integralidade do cuidado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica

Santo Antônio de Jesus

2022

## Oral health of users in psychological distress: in search of comprehensive care

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFRB

A524 Amorim, Inamari Souza de Almeida

Saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico: em busca da integralidade do cuidado / Inamari Souza de Almeida Amorim. - Santo Antônio de Jesus, BA, 2022.

165 f.; il.

Orientadora: Prof. Dra Paula Hayasi Pinho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2022.

1. Saúde bucal - Salvador (BA) 2. Serviços de saúde mental - Salvador (BA). 3. Pacientes psiquiátricos - Tratamento odontológico - Salvador (BA). 4. Pacientes psiquiátricos - Saúde e higiene - Salvador (BA). 5. Saúde pública. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Pinho, Paula Hayasi. III. Título.

CDD: 362.1

Inamari Souza de Almeida Amorim

**Saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico:**  
em busca da integralidade do cuidado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 28 de novembro 2022

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Rocío Elizabeth Chávez Alvarez  
Universidade Federal do Sul da Bahia

Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho (Orientadora)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Santo Antônio de Jesus

2022

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me conceder o dom da vida e pelas bênçãos alcançadas;

Aos meus pais, meus irmãos e minha sogra por toda paciência, apoio, amor e compreensão em todos os momentos da minha vida;

Ao meu marido, Bruno Dias, meu companheiro, que me dá força para seguir em frente, pelo apoio todos esses anos;

Ao meu amado filho Enzo Almeida de Amorim, por ser minha fonte de inspiração diária e por quem eu tenho amor incondicional;

A minha orientadora, pela paciência e por poder dividi comigo o seu conhecimento, acreditando sempre no meu potencial e me conduzindo de forma acolhedora;

Aos meus colegas do mestrado, por dividirem as alegrias, tristezas, angústias, cansaços, conhecimentos e por se tornarem fundamentais nessa jornada;

Aos meus colegas do trabalho, pelo apoio durante esses anos e por acreditarem em meu potencial;

Aos docentes do mestrado por todos ensinamentos, apoio e paciência;

Aos participantes do estudo, pela confiança e por todo o aprendizado nessa caminhada;

Ao SUS, por ser uma grande escola, por possibilitar experiências valiosa a todos que nele caminha, mostrando que todos, usuários e profissionais, devem ter resiliência e empatia.

*É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.*

*O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a falta de preconceito.*

NISE DA SILVEIRA

## RESUMO

O Política Nacional de Saúde Bucal reorientou o modelo assistencial por meio da implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Com a expansão dos serviços odontológicos e o foi possível aumentar o acesso da população, como também a de grupos vulneráveis, a exemplo das Pessoas com Necessidades Especiais, estando os usuários em sofrimento psíquico incluídos neste grupo. Todavia, os serviços de saúde bucal devem estar aptos em prestar cuidado aos usuários em sofrimento psíquico e contar com o apoio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse contexto, foi relevante indagar como se dá o cuidado em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico de um Distrito Sanitário do município de Salvador-Ba. Dessa maneira, considerando a necessidade de promover a articulação entre a RASB e RAPS com vista a efetivação do cuidado integral, o objetivo da dissertação foi construir um fluxograma de articulação dos serviços da Atenção Primária à Saúde e da rede especializada (Centro de Especialidades Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial) do Distrito Sanitário Cabula Beiru do município de Salvador-Ba. O presente trabalho utilizou como referencial teórico a Integralidade do cuidado e como abordagem metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial. Os dados foram coletados através de entrevistas conversação, observação participante e grupo de convergência. Para análise foi utilizado a Classificação Hierárquica Descendente através dos processamentos dos dados pelo software IRAMUTEQ. A partir dos relatos das vivências dos participantes do grupo foi possível compreender os fatores que interferem na garantia do cuidado integral, como se dá os fluxos entre a RASB e a RAPS bem como a articulação entre as redes. Desta forma, diante das observações sobre o contexto e reflexões sobre o processo de trabalho foi construído um fluxograma de atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico. A articulação entre as duas Redes de Atenção pode proporcionar uma melhor comunicação entre os profissionais e serviços, favorecendo a construção de uma prática de cuidado colaborativo e por conseguinte pode promover a segurança dos profissionais de saúde nas boas práticas de cuidado e manejo dos casos. Neste sentido, o fluxograma estabelecido de forma institucional e desenhado pelos profissionais que pensam e executam o cuidado nas redes de atenção do DSCB favorece sobremaneira a efetivação da integralidade do cuidado, pois o processo de alinhar as duas redes possibilita uma articulação que assegura que os cuidados orais se tornem reais e não somente uma possibilidade.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Saúde mental, Serviços de saúde, Atenção à Saúde, Acesso aos serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

The National Oral Health Policy reoriented the care model through the implementation of the Oral Health Care Network (OHCN). With the expansion of dental services, it was possible to increase the access of the population, as well as that of vulnerable groups, such as People with Special Needs, with users in psychological distress included in this group. However, oral health services must be able to provide care to users in psychological distress and rely on the support of the services of the Psychosocial Care Network (PCN). In this context, it was relevant to ask how oral health care is given to individuals in psychological distress in a Health District in the city of Salvador-Ba. Thus, considering the need to promote the articulation of the OHCN and PCN with a view to the realization of comprehensive care, the objective of the dissertation was to build a flowchart of articulation of the Primary Health Care services and the specialized network (Center for Dental Specialties and of Psychosocial Care) of the Cabula Beiru Sanitary District in the city of Salvador-Ba. The present work used the Integrality of Care as a theoretical framework and the Convergent Healthcare Research as a methodological approach. Data were collected through conversational interviews, participant observation and convergence group. For analysis, the Descending Hierarchical Classification was used through data processing by the IRAMUTEQ software. From the reports of the group participants' experiences, it was possible to understand the factors that interfere in the guarantee of comprehensive care, how the flows between the RASB and the RAPS take place, as well as the articulation between the networks. In this way, in view of the observations on the context and reflections on the work process, a flowchart of dental care for users in psychological distress was built. The articulation between the two Care Networks can provide better communication between professionals and services, favoring the construction of a collaborative care practice and therefore can promote the safety of health professionals in good care practices and case management. In this sense, the flowchart established institutionally and designed by professionals who think and perform care in the DSCB care networks greatly favors the effectiveness of comprehensive care, as the process of lining up the two networks enables an articulation that ensures that care is provided. oral conversations become real for these users and not just a possibility.

**Keywords:** Oral Health, Mental Health, Health Services, Health Care, Health Services Accessibility.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição desta atividade.....	35
Quadro 1- Atributos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e conceitos .....	35
Figura 2 - Ilustração gráfica da quantidade e tipos de equipamentos de saúde na APS e atenção especializada que compõe a RASB e RAPS do DSCB.....	38
Quadro 2- Atividades realizadas nos encontros do grupo convergente .....	44
Quadro 3- Caracterização dos participantes do estudo, Salvador-Ba 2022.....	48
Figura 3 - Diagrama de Zipf com o comportamento das palavras no corpus textual.....	51
Figura 4 - Nuvem de palavras das palavras do corpus textual.....	53
Figura 5 - Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos segmentos de texto do corpus textual.....	54
Quadro 4- Fatores que interferem o processo de trabalho trazidos pelos participantes do Grupo Convergente.....	56
Figura 6 - Demonstração Gráfica da Dinâmica “Árvore de Solução” construída no Grupo Grupo Convergente.....	73
Figura 7 - Ilustração do Fluxograma referente a entrada do usuário no serviço na APS, Salvador-Ba.....	88
Figura 8 - Ilustração do Fluxograma referente ao caminho e formas de encaminhamentos internos do usuário na APS, Salvador-Ba.....	90
Figura 9 - Ilustração do Fluxograma referente ao caminho a formas de encaminhamentos internos do usuário no CAPS/CAPS AD, Salvador-Ba.....	92
Figura 10 - Ilustração do Fluxograma referente ao caminho e formas de encaminhamentos do usuário no CEO, Salavador-Ba.....	93
Figura 11- Fluxograma Atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico do DSCB, Salvador-Ba (frente).....	95
Figura 12- Fluxograma Atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico do DSCB, Salvador-Ba (verso).....	96

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAD	Centros de Apoio Diagnóstico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Cariado, extração indicada, obturado, na dentição decídua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPOD	Cariado, Perdido e Obturado na dentição permanente
DS	Distrito Sanitário
DSCB	Distrito Sanitário Cabula Beiru
DP	Doença Periodontal
DTM	Disfunção Têmporo Mandibular
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
FOUFBA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
NAPES	Núcleo de Apoio a Pacientes Especiais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNE	Pessoas com Necessidades Especiais

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCR	Referência e Contra referência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêutico
ST	Segmento de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Tempo de permanência
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTF-8	Unicode Transformation Format 8 bit codeunits

## APRESENTAÇÃO

Sou Inamari Souza de Almeida Amorim, natural de Salvador, Cirurgiã Dentista Sanitarista e especialista em Ortodontia. Minha aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange o entendimento dos seus conceitos e prática, ocorreu durante minha formação acadêmica na Faculdade de Odontologia na Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) quando cursei as disciplinas de Odontologia e Saúde Coletiva. Assim, comecei a mergulhar nos conhecimentos da Saúde Pública e percebi sua importância para a minha formação profissional.

Em 2008, fui convidada a ser pesquisadora voluntária de um projeto de pesquisa onde eram coletados dados epidemiológicos de condições de Saúde Bucal de vários grupos em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em Salvador- BA. Essa pesquisa foi a primeira vez em que tive contato com a equipe do PSF em campo. No início do ano de 2009, ingressei no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), hoje fico feliz em dizer que participei da primeira turma desse programa na minha universidade e que sem dúvida foi de suma importância para o meu crescimento e influência na decisão dos meus projetos futuros. O programa me possibilitou experienciar o grande desafio dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na prática e na busca da melhoria constante do nosso sistema de saúde o que me instigou ainda mais na busca do conhecimento nessa área.

Logo após a minha formatura eu já ansiava trabalhar em uma Unidade de Saúde da Família, assim, pouco depois da minha formatura tive a experiência profissional em Unidade Básica de Saúde de dois municípios do interior da Bahia. Essas vivências me mostraram o quanto uma gestão e as influências políticas afetam direta e/ou indiretamente a execução de projetos do SUS.

A intenção de dar continuidade a minha formação profissional me impulsionou a ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e posso afirmar que essa formação foi um divisor de águas na minha vida profissional, pois possibilitou um mergulho no SUS. Com essa vivência pude refletir e pôr em prática vários conceitos que muitas vezes só são lidos nos livros e a partir dele foi possível confrontar as variadas realidades que o SUS apresenta. Durante essa formação e convivências com outras categorias profissionais passei a refletir mais sobre o sujeito de modo mais subjetivo e não da forma tão pragmática e dura que a

formação odontológica traz e percebi que o fazer saúde e o conceito de cuidado vai além de fechar um diagnóstico e seguir um protocolo clínico.

Admito que foi muito duro tentar me deslocar para subjetividade vindo de uma formação tão objetiva, mas a convivência com meus colegas e usuários possibilitaram a “quebra” desse cegamento. Sim! Eu estava cega em alguns pontos de vista do cuidado, não conseguia considerar outros aspectos do usuário além do processo saúde e doença. Uma experiência que destaco dessa formação foi a minha atuação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), acredito que foi a primeira vez que aquele serviço havia recebido uma dentista, lembro que na época eu havia solicitado a minha coordenadora acadêmica a liberação para estagiar nesse serviço, algo que para minha categoria era incomum, mas que lugar melhor para trabalhar o sujeito e suas subjetividades? Lembro que fiz esse pedido porque queria sair da zona de conforto e sem dúvida nessa experiência eu cresci não somente como profissional, mas também como ser humano.

Após a residência Multiprofissional continuei minha atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no serviço público no interior da Bahia como profissional assistente e logo em seguida atuei como preceptora em um programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família na região metropolitana de Salvador o que possibilitou um salto na minha experiência profissional.

Em 2019, iniciei um trabalho como cirurgiã dentista do município do Salvador de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e até 2020 atuei em uma região que não possuía nenhum equipamento de saúde. Nesse contexto, foi possível perceber durante o processo inicial da territorialização e mapeamento a dificuldade de captar nesse território os usuários com demandas de saúde mental, sobretudo no que concerne a captação e adesão dos mesmos nos cuidados da saúde bucal. Para além das demandas locais e também por já atuar anteriormente em outra unidade do Distrito Sanitário do Cabula Beiru (DSCB), ficou evidente a pouca articulação entre os equipamentos de saúde que prestam o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico, seja nos cuidados de saúde mental, seja nos cuidados de saúde bucal mais especificamente.

Desde março de 2020 me encontro atuando na Coordenadoria de Saúde Bucal do município de Salvador. Nesse espaço de gestão é notório as dificuldades enfrentadas pela própria Secretaria de Saúde Municipal na comunicação e garantias

de ofertas de cuidado em saúde bucal à usuários com sofrimento psíquico, muito por conta da ausência de fluxos definidos e pouca articulação da Coordenadoria de Saúde Bucal e Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde Psicossocial, o que de fato é refletido nas ações realizadas pelas unidades assistenciais da Atenção Primária à Saúde e rede especializada que prestam atendimento a usuários sofrimento psíquico.

Deste modo, entendendo o meu papel, sobretudo na atuação e direcionamento da rede de saúde bucal do município de Salvador/BA, busco entender como se dá o cuidado em saúde bucal dos indivíduos em sofrimento psíquico.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	21
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
3.1	A SAÚDE BUCAL E O TRANSTORNO MENTAL.....	23
3.2	FATORES RELACIONADOS A CONDIÇÕES BUCAIS.....	27
3.2.1	<b>Abordagem Clínica Odontológica</b> .....	27
3.2.2	<b>Acesso à serviços de saúde bucal</b> .....	29
4	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	31
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	33
5.1	GERAL.....	33
5.2	ESPECÍFICOS.....	33
6	<b>MÉTODO</b> .....	34
6.1	CONCEPÇÃO .....	37
6.2	INSTRUMENTAÇÃO.....	37
6.2.1	<b>Cenário do Estudo</b> .....	37
6.2.2	<b>Participantes do Estudo</b> .....	38
6.2.3	<b>Produção dos Dados / Coleta de dados</b> .....	40
6.3	PERSCRUTAÇÃO.....	41
6.3.1	<b>Entrevista Semiestruturada</b> .....	41
6.3.2	<b>Observação Participante</b> .....	42
6.3.3	<b>Grupo de Convergência</b> .....	42
6.3.4	<b>Análise dos dados</b> .....	44
7	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	46
8	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	47
8.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
8.2	ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA....	49
8.3	APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	55
8.3.1	<b>Fatores que interferem no processo de trabalho</b> .....	55
8.3.2	<b>Construção do cuidado colaborativo</b> .....	72
8.3.4	<b>(In) Segurança do Profissional</b> .....	78
8.3.4	<b>Acesso aos serviços de saúde bucal</b> .....	82

9	<b>CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ARTICULAÇÃO ENTRE A RASB E A RAPS.....</b>	85
10	<b>CONCLUSÃO.....</b>	97
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	101
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	113
	<b>APÊNDICE B – Roteiro do Grupo de Convergência.....</b>	115
	<b>APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista-Conversaço.....</b>	120
	<b>APÊNDICE D– Registros dos Encontros do Grupo Convergente.....</b>	121
	<b>APÊNDICE E – Produto Técnico Fluxograma do atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico.....</b>	123
	<b>ANEXO A – Carta de Anuência Institucional SMS SALVADOR/BA.....</b>	147
	<b>ANEXO B – Carta de Anuência da Instituição executora – UFRB.....</b>	148
	<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	149
	<b>ANEXO D – Projeto educacional DAS/CSB/CRASP/CGPS/SMS.....</b>	154
	<b>ANEXO E - Capacitação sobre atendimento odontológico aos usuários em sofrimento psíquico .....</b>	158

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. O Estado tem o papel de garantir o direito à saúde por meios da incorporação, em sua estrutura político-institucional, de espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA et al., 2012).

Por conseguinte, a Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios e diretrizes que visam nortear as ações e serviços do sistema, amparando o seu funcionamento. Dentre os princípios trazidos, pode-se destacar: a universalidade no acesso e igualdade na assistência, que estabelece igualdade a todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde; a integralidade na assistência, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, assim todas as pessoas devem ter acesso a todos os serviços e ações exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema; participação da comunidade, que tem como finalidade participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas públicas de saúde; e a descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990; PAIM, 2009; NORONHA et al., 2012).

O SUS é organizado em níveis de atenção à saúde que permeiam a gestão desse sistema tão complexo. Os níveis de atenção à saúde se estruturam por arranjos produtivos constituídos de acordo com densidades tecnológicas, que podem variar do nível de menor densidade, à exemplo da Atenção Primária à Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde. Estes níveis, por sua vez, são fundamentais para o uso racional dos recursos e estabelecem o foco gerencial da Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES,2011).

A RAS deve se estruturar para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007 *apud* MENDES, 2011), que resulta na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e na 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). Desta maneira, a RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adscrita que por sua vez está a ela vinculada através da APS (MENDES,2011).

A APS é orientada por uma Política Nacional que a descreve como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. As atividades da APS compõem um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Com base nessas premissas, o PSF surgiu como escopo à reordenação das práticas de saúde, tendo como foco a família a partir do seu ambiente físico e social. Posteriormente o programa foi definido como ESF onde reafirmou e incorporou os princípios básicos do SUS (GROISMAN; MORAES; CHAGAS; 2005). Centrado no território, para ESF este é definido em si pela adscrição dos usuários/família/comunidade, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Diante dessa realidade tão complexa, a ESF conta com profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (eSF), sendo esta composta por: Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro, técnico de enfermagem e o profissional médico. No entanto, de modo a atender às diversas necessidades advindas do território, se faz necessário um olhar multifacetado de forma que garanta a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção. Em razão disso foram criados os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as eSF (BRASIL, 2011).

Quando se trata dos cuidados em saúde bucal, na APS esta é proporcionada pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB), sendo sua composição definida de acordo com a modalidade. A eSB modalidade I é composta por: Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e a eSB Modalidade II é composta por: CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB). As eSB operam juntos às eSF, possuindo também território e clientela adscritos, às ações da saúde bucal se orientam pelos mesmos princípios que regem a APS (BRASIL, 2006).

Por muitos anos a atenção odontológica no serviço público brasileiro se deu por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas

voltados para as doenças da cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

No Brasil, a população adquiriu o direito à assistência odontológica nos serviços públicos de saúde por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente que se apresenta como a maior política pública de saúde bucal do mundo. A PNSB, a partir de 2004, reorientou o modelo assistencial por meio da implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção, além de ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018).

Com o intuito de superar as desigualdades, em 2004, foram estabelecidas as diretrizes da PNSB – Brasil Sorridente. Essas diretrizes têm por objetivo garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2004a).

Em 2006, o Caderno de Atenção Básica 17 evidenciou, em seu texto, a necessidade de reorganização da atenção básica em saúde bucal e propôs um processo de trabalho integrado por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos nessa área (GODOI et al., 2014).

O Brasil Sorridente foi instituído e articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS e apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio eSB na USF), da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas -CEO - e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias -LRPD), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2004a; PUCCA et al., 2009).

Considerando as características da RAS, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional, por conseguinte a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), CEO, Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), LRPD, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca (BRASIL, 2018), dessa maneira, a Saúde bucal está contemplada nos três níveis de atenção no SUS.

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta da diversidade de procedimentos, são necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, de maneira, que auxilie a ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados (BRASIL, 2004),

especialmente quando falamos de acesso e da oferta de cuidado a grupos vulneráveis, a exemplo das Pessoas com Necessidades Especiais (PNE).

Na odontologia é considerado PNE todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Os pontos de atenção em saúde bucal devem estar preparados para prestação do cuidado a esse grupo, estando os usuários em sofrimento psíquico incluídos (BRASIL, 2006).

Os indivíduos com transtornos mentais encontram dificuldades para o autocuidado em saúde bucal e, geralmente, apresentam: más práticas de higiene oral, maior prevalência de doença periodontal, maior experiência de cárie e maior prevalência de leucoplasias. Esses usuários, quando controlados com medicação e sem crises agudas, devem ser atendidos na APS, e a eSB deve estar apta para oferecer este cuidado e contar com o apoio do NASF e dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo desta forma recomendável o trabalho multidisciplinar e o contato com os demais terapeutas (BRASIL, 2018).

Ressaltamos que o tema relacionado aos cuidados orais voltados a este público é pouco abordado na literatura, evidenciando uma carência de estudos que abordem as condições da saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico. Tal cenário pode ser justificado por conta do contexto histórico-cultural da sociedade sobre esses sujeitos, que repercute até os dias atuais em preconceito e estigmatização que, por conseguinte, reflete na ausência de cuidados em saúde, tanto na saúde bucal, quanto na saúde geral desses usuários.

Os pontos de atenção para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico são estabelecidos na RAPS, integrada ao SUS, e uma das propostas é garantir a livre circulação das pessoas pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, buscando consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária conforme é estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os CAPS; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UA), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

As ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento (SOUSA et al.,2011). De acordo com Campos et al. (2007), o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas

práticas assistenciais para assegurar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

O funcionamento das redes de cuidado do SUS, trabalham comunicando-se mutuamente, o cuidado se produz sempre em rede e poderíamos dizer de início que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente e são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula (FRANCO, 2006).

Destarte, as RASs apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiam constantemente seus recursos, são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, implica um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestam atenção oportuna, focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população, geram valor para a sua população e funcionam sob coordenação da APS (MENDES, 2011).

Considerando o exposto, é possível formular o seguinte questionamento: Como ocorre a articulação da RASB e RAPS, nos serviços da APS e atenção especializada quanto ao cuidado em saúde bucal à usuários com transtornos mentais em um distrito sanitário no município de Salvador/Ba sob a ótica da integralidade do cuidado?

De forma a prestar assistência na busca da integralidade se faz necessário que a atenção básica, em especial as eSB, realizem a gestão do cuidado desses usuários atuando enquanto coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde, estabelecendo e consolidando os cuidados destes usuários.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os usuários com transtornos mentais têm seus cuidados em saúde bucal muitas vezes negligenciados e quando têm acesso a esses serviços o demandam de forma de urgência acarretando muitas vezes procedimentos mais invasivos e mutiladores. Em geral, são acometidos por várias alterações bucais, sendo que a gravidade com que tais alterações estão presentes deve-se a uma associação de fatores que podem levar a lesões tanto nos tecidos moles quanto nos tecidos duros da cavidade oral (HERNÁNDEZ et al., 2004).

No que se refere ao acesso a serviços odontológicos por pessoas em sofrimento psíquico, esses indivíduos além de enfrentarem diversas barreiras de acesso não são priorizados pelos serviços públicos de saúde bucal, especialmente aquelas que viveram em hospitais de longa permanência (Jamelli et al., 2010).

Embora tenha ocorrido uma grande expansão, avanço e melhoria nos serviços odontológicos no Brasil, é possível observar barreiras de acesso de aspectos geográficos, organizacional e cultural/pessoal, ainda muito presentes (DAMASCENO; CRUZ; BARROS, 2021). Segundo Carreiro et al. (2019), a falta de acesso a serviços odontológicos aumenta a cada ano de idade e é mais observada em indivíduos com menor renda per capita.

Outro fato a ser considerado é que muitos indivíduos em sofrimento psíquico não conseguem executar de forma satisfatória sua higiene oral, devido às limitações motoras, que acarretam em baixo desempenho na execução da escovação dentária, como também dificuldade na concentração (SACCHETTO, et al., 2013). Este fato é agravado pelo uso prolongado de medicamentos que causam boca seca, bem como pelo uso excessivo de tabaco e álcool, que contribuem para a saúde bucal precária (HAAS et al., 2009).

Nesta perspectiva, esses indivíduos podem ser mais vulneráveis a desenvolver doenças bucais devido à sua instabilidade sistêmica e influência emocional que interfere na execução de higiene bucal adequada, associando isso aos efeitos colaterais que algumas drogas podem causar no ambiente local promovendo a instalação de doenças bucais (HERNÁNDEZ et al., 2004).

Jamelli e colaboradores (2010) evidenciaram em seu estudo um alto índice de cárie em usuários com transtornos mentais, especialmente devido ao número de dentes perdidos. Em relação à necessidade de uso de prótese dentária, apenas 27% dos usuários estudados não necessitavam de prótese, sendo que a maior necessidade estava relacionada à prótese total, evidenciando o alto índice de desdentados totais.

Sacchetto e colaboradores (2013) apontaram que a avaliação de saúde bucal em portadores de transtorno mental mostrou uma alta prevalência de doença periodontal, cáries e perdas dentárias. Apesar do grande risco de desenvolver desordens orais, poucos usuários visitam o cirurgião dentista com regularidade e a procura tardia e falta de preparo dos profissionais levam a soluções muitas vezes mutiladoras, assim concluem que mesmo com todo avanço científico na área da odontologia, essa população apresenta grandes necessidades de tratamento odontológico.

Carvalhoes (2014) em seu estudo com usuários do CAPS, observou uma alta incidência de xerostomia relacionada ao uso da associação de diversos medicamentos e ainda percebeu um impacto alto na rotina desses usuários que por sua vez tinham uma percepção real desta alteração salivar. Não obstante, os usuários apresentaram condições bucais insatisfatórias com presença de sangramento gengival e alto índice de cárie. Apesar da necessidade de tratamento evidente, não havia nenhum acompanhamento dos usuários por profissional de odontologia e muito menos encaminhamentos dos profissionais do CAPS para o dentista na UBS. Este estudo evidenciou a problemática em saúde bucal que esses sujeitos enfrentam com impacto na qualidade de vida e reforça que o CAPS não consegue atender todas as demandas desses usuários, sendo necessário a articulação com outras redes de cuidado.

Em face ao exposto e das informações trazidas nos estudos quanto condições bucais que os usuários com transtornos mentais apresentam e a necessidade de acompanhamento por parte, também, do profissional de odontologia; é preciso entender como se dá ou como deveria se dar a oferta de cuidado a esses usuários e como a rede de atenção à saúde está articulada de modo a garantir a integralidade do cuidado.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA<sup>1</sup>

#### 3.1 SAÚDE BUCAL E TRANSTORNO MENTAL

A saúde-doença na boca envolve aspectos objetivos e subjetivos que são decorrentes de variados processos causais nos quais estão envolvidas muitas variáveis. Os problemas orais persistentes, cuja classificação se dá por estarem presentes em grande parte dos grupos populacionais são: a cárie dentária, as doenças periodontais, as más oclusões dentárias, as fissuras labiopalatais e o câncer de boca (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A população em geral demanda cuidados em saúde bucal em virtudes das mais variadas condições que podem acometer a cavidade oral. Os indivíduos em sofrimento psíquico apresentam condições orais que requerem atenção odontológica, visto que essas condições estão, muitas vezes, relacionadas às questões sistêmicas inerentes ao processo de morbidade e dos efeitos colaterais das terapêuticas direcionadas a esse grupo populacional. Dentre as condições de saúde bucal mais encontradas nos indivíduos com transtorno mental, a cárie dentária se apresenta com alta prevalência (ALKHABULI et al., 2020; BERTAUD-GOUNOT et al., 2013; BRIZUELA-BOGADO et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; MOURA et al., 2019; NGO et al., 2018; PATEL; GAMBOA, 2012).

A cárie dentária é uma doença infecciosa que produz uma desmineralização na estrutura dentária e progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, evolui até destruir totalmente a estrutura dentária (FEJERSKOV; KIDD, 2005).

A experiência de cárie retrata as sequelas decorrentes da doença cárie e pode ser expressada através do Índice de cárie CPOD<sup>2</sup>, que se apresenta como instrumento aplicado em pesquisas epidemiológicas, que por sua vez possibilita avaliar as condições orais, bem como as necessidades de tratamento da população estudada. Patel e Gamboa (2012) observaram em um estudo que a elevada necessidade de tratamento odontológico nos usuários com transtornos mentais estava refletida na alta prevalência de dentes cariados.

---

<sup>1</sup> Revisão submetida à Editora Universitária da UFRB pelo Colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Saúde FIOCRUZ/ UFRB para publicação no ebook “Saúde da Família em Terras Baianas: Novas Perspectivas”, cujo capítulo foi denominado “**Saúde bucal e sofrimento psíquico**”.

<sup>2</sup> Na avaliação de cárie, o índice preconizado pela OMS é o CPO-D (Cariados, Perdido e Obturados na dentição permanente) médio e o ceo-d (Cariados, extração indicada e restaurados na dentição decídua). O valor desse índice expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um determinado grupo populacional. De acordo com a recomendação da OMS o menor o valor do índice expressa melhores condições de saúde bucal (AGNELLI, 2015).

De acordo com Ngo et al. (2018), em um estudo que teve por objetivo descrever a experiência de cárie, a necessidade de tratamento e a xerostomia dos indivíduos internados em um Hospital psiquiátrico em Singapura, os autores observaram que os indivíduos de maior idade apresentaram maior experiência de cárie dentária, principalmente por meio da ausência de vários dentes. O predomínio de unidades dentárias deterioradas e perdidas por cárie em pessoas com transtorno mental internadas em um Hospital Psiquiátrico na cidade de Assunção no Paraguai foi também relatado por Brizuela-Bogado et al. (2020).

No entanto, Bertaud-Gounout et al. (2013), em um estudo conduzido em um Hospital psiquiátrico em Rennes na França, observaram que o índice de cárie dos indivíduos com transtorno mental foi menor do que aqueles encontrados na literatura, em países como Sérvia, Turquia e Israel. Tais resultados apontaram que os indivíduos participantes do estudo tiveram acesso a cuidados orais e ainda que o atendimento odontológico era acessível e gratuito. Contudo, observaram que a necessidade de tratamento dos pacientes psiquiátricos ainda supera a da população em geral.

Os estudos referiram que é frequente encontrar a presença de cálculo dentário e sangramentos gengivais visíveis, sintomas relacionados com as doenças periodontais, em indivíduos com transtornos mentais (ALKHABULI et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; MOURA, 2019; NGO et al., 2018; PATEL; GAMBOA, 2012).

A Doença Periodontal (DP) é uma infecção crônica, produzida por bactérias que destroem progressivamente os tecidos de suporte dentário, sendo a segunda maior causa de patologia dentária na população humana de todo o mundo (ALMEIDA et al., 2006). A DP é um problema de saúde bucal muito presente em indivíduos com transtornos mentais, sendo apontada como a condição de saúde bucal mais observada nesses indivíduos, após a cárie dentária (ALKHABULI et al., 2020; MORAIS JUNIOR; RANGEL; CARVALHO; et al., 2019; MOURA, 2019; NGO; et al., 2018; PATEL; GAMBOA, 2012).

Outro achado comum trazido nos estudos é a sensação de boca seca, que se apresenta como uma queixa frequente em pessoas com transtornos psiquiátricos, muito proveniente do uso de medicações psicotrópicas (ALJABRI et al., 2018; NGO et al., 2018).

Ao avaliar os efeitos de diferentes agentes psicotrópicos sobre o fluxo salivar e a capacidade tampão da saliva de pacientes psiquiátricos, em tratamento no Hospital Universitário em uma capital do nordeste brasileiro, Odilon et al. (2017) concluíram que os medicamentos psiquiátricos, em especial os ansiolíticos e os antipsicóticos, apresentam como efeito adverso a xerostomia e a redução do fluxo salivar na amostra estudada.

A sensação subjetiva de boca seca, podendo, ou não, ser resultado da alteração do fluxo e composição da saliva é considerada xerostomia. A alteração e/ou diminuição do fluxo salivar traz prejuízos para a saúde bucal pois a saliva possui variadas funções na cavidade oral e ainda age como uma barreira protetora da mucosa oral e dos dentes, impedindo ações nocivas das atividades microbianas e ainda de traumas menores (ODILON et al., 2017).

Observa-se, que ruídos articulares, deflexão mandibular e bruxismo são sinais frequentemente em indivíduos em sofrimento psíquico, estes sinais alinhados a outros fatores podem levar a Disfunção Temporomandibular (DTM) (ALKHABULI et al., 2020; BRIZUELA-BOGADO et al., 2020; MOURA et al., 2019). A DTM se caracteriza por um conjunto de distúrbios musculoesquelético relacionados ao sistema mastigatório que causam dor nos músculos mastigatórios e/ou na região da articulação temporomandibular (FURQUIM; FLAMENGUI; CONTI, 2015), essa condição vem sendo observada com alta frequência em pessoas com transtornos mentais (BRIZUELA-BOGADO et al., 2020).

Os problemas orais que mais acometem os indivíduos com transtorno mental, trazidas na literatura, são: a cárie dentária, a doença periodontal, a xerostomia e a DTM. Tais condições podem advir tanto de fatores intrínsecos ao próprio transtorno, quanto aos efeitos adversos das terapêuticas adotadas.

Em relação ao cuidado em saúde bucal, foi possível perceber nos trabalhos que as pessoas com transtorno mental em sua grande maioria estão em situação de vulnerabilidade social. Os variados fatores relacionados à vulnerabilidade social estão associados a aspectos demográficos e socioeconômicos da população, como também são considerados na definição, as condições socioeconômicas, os acessos aos serviços, a cultura prevalente, as relações sociais e a subjetividade (SCOTT et al., 2018).

Os indivíduos com transtornos mentais por vezes apresentam baixa ou nenhuma escolaridade, o que pode interferir na compreensão das instruções de higiene que se apresentam como uma importante ferramenta para manutenção da saúde bucal (ALJABRI et al., 2018; ALKHABULI et al., 2020; BRIZUELA-BOGADO et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; NGO; et al., 2018).

Os hábitos de higiene oral se configuram como um importante fator de proteção ao desenvolvimento de doenças bucais. Indivíduos em sofrimento psíquico, no entanto, podem apresentar dificuldades em manter tais hábitos. Dentre os motivos observados nos estudos que afetam a eficácia de uma prevenção adequada, estão o baixo acesso à escovação, pouca motivação, ausência de autocuidado, capacidade intelectual abaixo da média, além das

dificuldades motoras e cognitiva para execução da escovação (ALJABRI et al., 2018; ALKHABULI et al., 2020; BRIZUELA-BOGADO et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; NGO et al., 2018)

Além da pobre higiene bucal, outro comportamento percebido entre os indivíduos em sofrimento psíquico, que os caracterizam enquanto grupo de risco para o desenvolvimento de doenças, é o alto consumo de doces e carboidratos, tabagismo e os efeitos adversos provocados pelos medicamentos de uso contínuo. Em decorrência desses hábitos, eles são mais susceptíveis a apresentar cáries, doenças periodontais e lesões na mucosa bucal de forma mais severa que a população em geral (VELASCO-ORTEGA et al., 2017).

Os resultados encontrados por Morais Junior e colaboradores (2019) nas análises realizadas em prontuários de usuários com necessidade especiais atendidos no CEO, apontam que os usuários que dispõem de bons hábitos de higiene são aqueles que não apresentam limitações motoras ou psicológicas que impossibilitem a realização da higiene bucal, como também aqueles que têm acesso a profissionais da odontologia. Assim, é possível a obtenção de condições orais favoráveis nesta população por meio do acesso a serviços odontológicos e quando estes possuem poucas limitações físicas e cognitivas (ALKHABULI et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019).

Outro hábito que está associado a alguns problemas orais e sistêmicos, é o tabagismo. Os estudos apontaram que a maioria dos indivíduos em sofrimento psíquico apresentam algum histórico em fumar tabaco, e, aqueles que ainda mantêm o hábito de fumar, consomem em torno de 10 ou mais cigarros por dia (BERTAUD-GOUNOT et al., 2013; MORAIS JUNIOR et al., 2019; PATEL; GAMBOA, 2012). O tabagismo pode assumir papel significativo na vida de pessoas com transtornos mentais, pois o uso de cigarros pode trazer a sensação de alívio dos efeitos colaterais de certas medicações, e até mesmo de alguns sintomas da doença (SCHERER et al., 2012).

Ademais, ao considerarmos indivíduos portadores de transtornos psíquicos que fazem uso de substâncias psicoativas, os estudos referiram que a baixa qualidade de vida desses sujeitos pode também estar relacionada ao alto índice de cárie. Ainda apontaram que aquelas pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, podem não sentir dor relacionada ao problema dentário e, portanto, não realizam visita ao dentista, o que de sobremaneira repercute em condições de saúde bucal menos favoráveis (ALKHABULI et al., 2020; MARQUES et al., 2015; MEJIA-LANCHEROS et al., 2020; TENG; LIN; YEH, 2016).

Vale destacar que alguns problemas sistêmicos apresentam relação com a saúde oral e geram repercussões. Mejia-Lancheros et al. (2020) observaram, em um estudo com indivíduos com transtornos mentais graves em situação de rua, que a falta de cuidado na saúde geral associada a condições sanitárias precárias está correlacionada ao desenvolvimento de doenças bucais.

Assim, é possível inferir que as condições de saúde bucal dos indivíduos em sofrimento psíquico resultam das práticas de hábitos danosos bem como das vulnerabilidades sociais pelo qual esses sujeitos são submetidos.

## 3.2 FATORES RELACIONADOS A CONDIÇÕES BUCAIS

### 3.2.1 Abordagem clínica odontológica

Pessoas portadoras de transtornos psíquicos estão suscetíveis a numerosos fatores de risco para doenças bucais. Estes fatores podem estar relacionados com a dificuldade de cooperação dos pacientes nos tratamentos odontológicos, como também a inexperiência dos profissionais odontólogos no manejo terapêutico desses indivíduos (BRIZUELA-BOGADO et al., 2020).

A Cirurgiã Dentista, Mariana Galottini, relatou em sua experiência no atendimento odontológico à pessoa em grave sofrimento psíquico, que existem muitas particularidades na condução clínica desses pacientes, que englobam desde o aceite em sentar numa cadeira odontológica, o consentimento em ser manipulado pelo profissional, até a colaboração com o profissional. A profissional também cita o fato de alguns cirurgiões dentistas não se sentirem confortáveis ou preparados para atender esses pacientes (Canal Profissional, 2013).

Em virtude do medo, do pouco conhecimento quanto aos transtornos mentais e formas de manejo clínico, muitos profissionais da odontologia podem estar relutantes e/ou hesitantes em tratar os indivíduos em sofrimento psíquico. Além disso, fatores relacionados à formação profissional inadequada foram relatados nos estudos (ALKHABULI et al., 2020; GARROCHO-RANGEL, 2019; MEJIA-LANCHEROS et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; TENG; LIN; YEH, 2016).

Nesta perspectiva, alguns outros fatores estão associados à baixa eficácia do tratamento odontológico, dentre eles: pouco conhecimento dos profissionais de saúde bucal quanto às formas de contenção adequada dos indivíduos em crise, dificuldade das equipes de saúde bucal no manejo clínico odontológico das pessoas em sofrimento psíquico, além de problemas de comunicação e comportamento não colaborativos de alguns indivíduos com

transtornos mentais. (ALKHABULI et al., 2020; GARROCHO-RANGEL, 2019; MEJIA-LANCHEROS et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; TENG; LIN; YEH, 2016).

Além disso, na maioria das vezes, as pessoas em sofrimento psíquico dependem de cuidadores ou ainda de prestadores de cuidados para realização de atividades cotidianas e de ações de autocuidado, a exemplo da higiene bucal. Em muitas situações, os responsáveis pelo cuidado priorizam outros problemas médicos em detrimento da saúde bucal. Tal fato pode estar relacionado à falta de conscientização sobre a importância desses cuidados, como também ao pouco entendimento sobre a necessidade de tratamento odontológico pelo próprio cuidador (ALKHABULI et al., 2019; TENG; LIN; YEH, 2016).

Ademais, a ansiedade e a não-cooperação dos indivíduos com transtornos mentais em relação ao tratamento odontológico é outra dificuldade enfrentada pelos profissionais e cuidadores. Dado que os pacientes podem ser incapazes de expressar seu desconforto dentário, e é preciso que os cuidadores sejam orientados sobre os benefícios do acompanhamento odontológico regular para uma adequada manutenção da saúde bucal (ALKHABULI et al., 2019; TENG; LIN; YEH, 2016).

Por conseguinte, percebeu-se que a realização do manejo clínico odontológico em pacientes com transtornos mentais se apresenta como um desafio particular para o cirurgião dentista. Dessa maneira, é necessário que o profissional de odontologia compreenda as singularidades apresentadas por esses indivíduos como também a necessidade da realização de uma avaliação clínica e do plano terapêutico.

É preciso ainda que o profissional tenha amplo conhecimento quanto às possíveis limitações que pessoas com transtorno mental podem apresentar, como: problemas de coordenação motora, de comunicação e comportamentais. Não obstante, se faz necessário fomentar capacitações sobre manejo clínico voltado a esse público bem como é preciso que o odontólogo discuta com seus pares e equipes multiprofissionais a respeito da discriminação e do estigma dirigidos a portadores de transtornos psíquicos

Para tal fim, entendemos que é primordial que os profissionais odontólogos tenham em sua formação algum módulo que trata acerca das necessidades apresentadas pelos indivíduos com transtornos mentais, assim como também, é necessário que as pessoas em sofrimento psíquico e seus cuidadores sejam orientados pelos profissionais de saúde quanto à importância dos cuidados em saúde bucal.

### 3.2.2 Acesso à serviços de saúde bucal

Pessoas com transtornos mentais graves podem não acessar os serviços odontológicos rotineiramente e são mais propensas a comparecer para atendimento de urgência (TENG et al., 2011). As dificuldades de acesso ao cuidado em saúde bucal são relatadas em alguns estudos, assim como carência de profissionais e serviços com experiência quanto ao manejo clínico dos indivíduos com transtornos mentais (BERTAUD-GOUNOT, et al., 2013; TENG; LIN; YEH, 2016; ALJABRI, et al., 2018; NGO, et al., 2018; ALKHABILI, et al., 2019; MORAIS JUNIOR, et al., 2019; BRIZUELO-BOGADO et al., 2020; MEJIA-LANCHEROS, et al., 2020).

O conceito de acesso varia entre os autores e muda de acordo com o contexto em que é empregado. Travassos e Martins (2004) relatam o pensamento de Donabedian (1998) que utiliza o termo acessibilidade como qualidade do que é acessível, ou seja, a facilidade ou dificuldade de utilizar o serviço pelos usuários, apresentando como barreiras de acesso os aspectos geográficos e a sócio organizacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ante o exposto, a análise dos estudos apontou que os indivíduos em sofrimento psíquico enfrentam vários tipos de barreiras de acesso, e as mais comumente abordadas, são: a falta preparo dos serviços odontológicos na condução clínica; a ansiedade e atitudes negativas da equipe odontológica na prestação do cuidado; condição social desfavorável, visto que a limitação financeira interfere na priorização do tratamento pois nem sempre os cuidados são ofertados de maneira gratuita; ansiedade ou fobias dentárias pelos usuários; e acesso limitado aos serviços de saúde odontológico (ALJABRI et al., 2018; BERTAUD-GOUNOT et al., 2013; BRIZUELA-BOGADO et al., 2020; MARQUES et al., 2015; MEJIA-LANCHEROS et al., 2020; MORAIS JUNIOR; RANGEL; CARVALHO; et al., 2019; NGO; THOMSON; SUBRAMANIAM; ABDIN; ANG, K. Y., 2018; PATEL; GAMBOA, 2012; TENG; LIN; YEH, 2016).

Outro fator que se apresenta como barreira de acesso é o custo financeiro dos serviços de odontologia, Alkabuli et al., 2019 discorrem que as questões de financiamento podem afetar o acesso à saúde bucal. Embora o Brasil, a França e o Canadá apresentem políticas públicas voltadas aos cuidados em saúde bucal para a população em geral e com acesso aos serviços de forma gratuita, os estudos indicam que as necessidades de tratamento odontológico para os portadores de transtornos psíquicos, nesses países, ainda se apresentam superior quando comparada com a população em geral também assistida. Tal fato sugere que independente das

formas de acesso, gratuito ou privado, as pessoas em sofrimento psíquico têm limitações em acessar os serviços de saúde bucal (BERTAUD-GOUNOT et al., 2013; MEJIA-LANCHEROS et al., 2020; MORAIS JUNIOR et al., 2019; PATEL; GAMBOA, 2012).

Dessa maneira, portanto, entende-se que a ausência de oferta de cuidados preventivos gera tratamentos mais invasivos e mutiladores, e, por consequência, maior nível de perda dentária. As dificuldades em acessar os serviços de saúde, bem como a falta de preparo e disponibilidade dos serviços de saúde em receber esses indivíduos, se apresentam como principais obstáculos enfrentados pelos portadores de transtorno psíquico, promovendo, desta forma, condições orais precárias. Por conseguinte, os apontamentos trazidos nos estudos inferem que os sujeitos em sofrimento psíquico quando direcionados a cuidados orais e ainda quando os cuidados são acessíveis e gratuitos, apresentam problemas orais em menor escala.

#### 4 MARCO TEÓRICO

O SUS é a conquista política e social do povo brasileiro, garantido na Constituição Federal em seu artigo 196. Em 1990 a Lei orgânica 8.080 regulamenta a saúde e aborda em seu texto os princípios e diretrizes do SUS. Diante das diretrizes trazidas na Lei, a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade do cuidado é um fato político onde se exterioriza através das ideias de reconhecimento, dignidade e reciprocidade onde em condição do direito busca-se segurança para sua concretização. Tal pressuposto impõe como base que a tomada decisão está entre os sujeitos do cuidado de modo a garantir visibilidade de suas ações ao mesmo tempo em que incentiva o cultivo de sentimentos de pertença pública (PINHEIRO, 2011).

Ainda é possível compreender a integralidade na base prática da saúde através da análise de três dimensões: uma relacionada aos serviços e suas organizações, através da garantia do acesso dos usuários em todos os níveis de assistência de acordo com suas necessidades; outra dimensão a ser considerada diz respeito ao conhecimento e prática dos profissionais que concerne na concepção do acolhimento e integração do serviço de saúde em uma perspectiva de processo de construção social; e ainda pode ser considerada a dimensão das políticas governamentais que está relacionada à capacidade política governamental de organizar o sistema de saúde (PINHEIRO et al., 2007).

Pinheiro (2011) deduz de acordo com suas produções acerca do tema que a busca por cuidado em saúde é estabelecida através do dia a dia da vida das pessoas, sendo as redes de serviços de saúde concebidas como uma rede social, cujas demandas por saúde são expressas por outras redes sociais, sejam elas de natureza comunitária ou identitária. Isto implica perceber a existência de uma dependência recíproca entre política e direito na saúde.

A integralidade do cuidado é proposta em uma perspectiva interdisciplinar que demanda a discussão de variados saberes e conteúdo da filosofia, sociologia, direito e saúde, tangendo a integralidade do cuidado como categoria central para estudos sobre o cuidado como direito humano à saúde. Neste sentido, as perspectivas analíticas, não pragmáticas, permite auxiliar na realização de estudos sobre as ações dos usuários na efetivação de seus direitos (PINHEIRO, 2011).

É possível ainda considerar o aspecto intersubjetivo das relações entre os sujeitos nos encontros de cuidado, ainda mais quando o cuidado é observado sobretudo no comportamento futuro do sujeito perante o outro. Por este ângulo, pensar a integralidade do cuidado numa perspectiva de confiança no direito à saúde, requer o exercício de práticas cuidadoras, capaz de considerar a ação como fonte de teoria viva, recriadora de experiências capazes de renovar as realidades e romper com processos históricos de fragmentação e reducionismos tão marcadamente presentes nas políticas públicas de saúde (PINHEIRO, 2011).

Em síntese, a integralidade do cuidado não pode apenas se abster das competências e ações técnicas, em razão de que o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes a sua constituição. Logo, a integralidade do cuidado enquanto relação intersubjetiva se apresenta concomitantemente através do saber e tecnologia dos profissionais como também na interface relacional do encontro com os usuários e das necessidades que os mesmos apresentam. A interdisciplinaridade e a articulação dos saberes profissionais, dos gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, possibilitam ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social. Ainda assim, vale ressaltar que a integralidade ainda precisa ser pensada mais profundamente sob o eixo da atenção primária, identificando as necessidades, articulações e interações dos sujeitos no seu cotidiano (PINHEIRO, 2011).

Em face ao exposto, a integralidade só pode ser concretizada através da interação democrática entre os sujeitos envolvidos em sua constituição – usuários, profissionais e gestores; e desta forma pode-se então ser obtidas respostas às demandas de saúde (PINHEIRO et al., 2007).

Em suma, pensar em integralidade, sobretudo para os indivíduos com transtornos mentais, requer compreender que estes são sujeitos de direitos e necessitam que toda rede, ações e atores do cuidado os enxerguem para além do seu sofrimento psíquico, e somente assim, decerto, seja possível alcançarmos a integralidade do cuidado.

## **5 OBJETIVO**

### **5.1 GERAL**

Construir um fluxograma de articulação dos serviços da APS e da rede especializada (CEO e CAPS) do Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) do município de Salvador-Ba.

### **5.2 ESPECÍFICO**

- Compreender como ocorre a articulação da Rede de Atenção à Saúde Bucal situado no DSCB com a Rede de Atenção Psicossocial;
- Compreender como acontece os fluxos e formas de encaminhamentos dos usuários em sofrimento psíquicos aos serviços de saúde bucal no DSCB;
- Identificar os fatores que interferem na comunicação e encaminhamentos, bem como as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde bucal e saúde mental do DSCB.

## 6 MÉTODO

A presente pesquisa foi desenvolvida através de um estudo qualitativo, que se constitui uma metodologia de pensamento e prática exercida na abordagem da realidade, que inclui concepções teóricas de abordagem e conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002). Nesse contexto, a proposta é desenvolver a pesquisa através da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (PAIM e TRENTINI, 2014; TRENTINI et al., 2017).

A PCA é uma abordagem de pesquisa que foi formulada a partir de ideias do corpo docente do programa de pós graduação, de Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, entre os anos de 1980 e 1990, esse método possui uma perspectiva metodológica orientada para o compromisso humano do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial a saúde a partir do ponto de vista dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto pesquisado (TRENTINI et al, 2017).

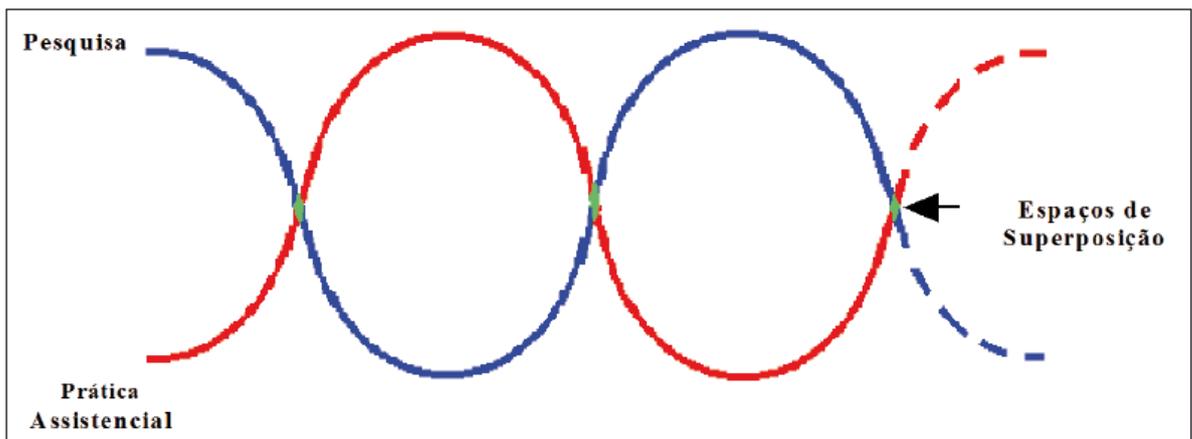
É um tipo de pesquisa que se caracteriza pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde. A especificidade da PCA consiste em manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. Assim, esse método é desenvolvido no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática onde os pesquisadores desenvolvem simultaneamente pesquisa e práticas de saúde com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência (PAIM & TRENTINI, 2014).

O emprego da PCA como método, foi pertinente pelo fato de a mestranda atuar no território da pesquisa. Enquanto profissional técnica Coordenação de Saúde Bucal, esteve envolvida na pesquisa enquanto participante fomentando a discussão das práticas de cuidado dos usuários em sofrimento psíquico e participando ativamente na construção e elaboração de mudanças nos processos de cuidado.

Sendo assim, a PCA propõe a melhoria das práticas com a introdução de inovações na prática assistencial e para alcance desses resultados reunindo um conjunto articulado de atributos que precisaram ser rigorosamente seguidos ao longo da pesquisa (TRENTINI et al.,2017).

O conceito de convergência assemelha-se a uma hélice que tem a propriedade de fazer uma junção das ações de assistência com a da pesquisa no mesmo espaço físico e temporal (PAIM e TRENTINI, 2014). A PCA se caracteriza pelo movimento de aproximação, afastamento e convergência com a prática assistencial, assim, são criados espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência (Figura 01) (TRENTINI,2014).

Figura 01. Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades.



Fonte: TRENTINI e PAIM, 2004 *apud* TRENTINI, 2014

A PCA é regida por atributos essenciais que fundamentam a metodologia, que são: a imersibilidade; a simultaneidade; a expansibilidade e a dialogicidade (Quadro 01) (PAIM e TRENTINI, 2014; TRENTINI et al., 2017).

O caminhar investigativo na PCA se propõe a seguir quatro diferentes fases: de concepção, de investigação, de perscrutação e de análise. A fase de concepção se constitui pela definição do problema na qual se procede ao estabelecimento da área de interesse onde deve ser considerado o desejo dos profissionais envolvidos, resultando no tema de pesquisa, a partir do qual devem ser estabelecidos a questão norteadora, os objetivos e elaboradas a sustentação teórica, introdução e justificativa do estudo (TRENTINI, 2014).

Quadro 1. Atributos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e conceitos.

ATRIBUTO	CONCEITO
<b>Imersibilidade</b>	Representa a imersão na assistência durante todo o processo investigativo, ou seja, no espaço físico e temporal do contexto do estudo, trata-se, sim, do compromisso do pesquisador presencialmente como um profissional da saúde assistencial, onde vivência e atua na situação onde a informação é buscada
<b>Simultaneidade</b>	Implica na junção do investigador enquanto se pratica assistência e, mais detidamente, é o praticar assistência enquanto se desenvolve a investigação.
<b>Expansibilidade</b>	O propósito inicial do pesquisador vai sendo ampliado durante o processo dialógico entre a prática assistencial e a investigação.
<b>Dialogicidade</b>	Implica em tornar compreensível a existência da uniduidade (assistência e pesquisa); isto é, as relações das duas instâncias em torno de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade, em cada uma delas, se fundamenta no diálogo como parte integrante do ser e o modo de chegar ao conhecimento é pela troca de ideias.

Fonte: PAIM e TRENTINI, 2014; TRENTINI et al., 2017

Na fase de instrumentação, são adotadas as decisões metodológicas referentes ao espaço de pesquisa, os participantes, que devem ser os profissionais que atuam no contexto dos estudos e/ou as pessoas que estão sendo cuidadas no espaço de pesquisa, e em seguida os métodos de coletas dos dados cujos instrumentos e técnicas mais indicados na PCA são: entrevistas, observação e discussão em grupo (TRENTINI, 2014).

Na fase de perscrutação, são estabelecidas e adotadas as estratégias de obtenção de dados, assim busca-se examinar, investigar rigorosamente e procurar entrar no segredo da situação (TRENTINI, 2014).

Segue-se então a fase de análise e interpretação que leva em conta a apreensão, os processos de síntese, a análise subjetiva das associações, variações dos dados, a teorização que confere fundamentação teórica à interpretação das informações relacionadas a síntese e a transferência que atribui significação aos resultados, com a explicitação de seus reflexos na assistência (TRENTINI, 2014).

## 6.1 CONCEPÇÃO

Neste estudo, a fase da concepção abarcou a percepção da pesquisadora sobre a dificuldade de acesso à cuidados orais dos usuários em sofrimento psíquico na rede de Salvador, sobretudo no Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB), e a pouca articulação dos setores envolvidos no cuidado desses usuários nos serviços, enquanto técnica da Coordenação de Saúde Bucal. Na análise situacional realizada pela pesquisadora no território sanitário da USF Padre Maurício Abel – São Gonçalo, quando atuava como Cirurgiã Dentista assistente, foi observado a ausência de demanda de usuários em sofrimento psíquico nos atendimentos odontológicos. Em discussões com colegas de trabalho, da USF e da Secretaria Municipal de Saúde, foi identificada a necessidade de pensar estratégias para articular a RASB e a RAPS.

De acordo com estas observações, este estudo possibilitou a discussão entre os trabalhadores da gestão e da assistência, estratégias de articulação dos serviços que prestam cuidados ao usuário em sofrimento psíquico no DSCB, levando em conta as evidências existentes. Para isso, a pesquisadora realizou revisão sistemática de literatura considerando como descritores: “Mental Health”, “Oral Health” e “Health Services” com o operador booleano “AND”. No entanto, em virtude da baixa quantidade de artigos que retornaram na busca, acrescentou-se uma nova combinação de descritores: “Diagnosis, Oral” AND “Mental Disorders” AND “Health Services” (APENDICE D).

Deste modo, os resultados subsidiaram o desenvolvimento do projeto de pesquisa e as discussões realizadas com os profissionais do estudo durante os encontros do Grupo Convergente.

## 6.2 INSTRUMENTAÇÃO

### 6.2.1 Cenário do Estudo

O município do Salvador/Ba é a capital do Estado da Bahia e ocupa uma extensão territorial de 692,8 km<sup>2</sup> (IBGE, 2015), possui uma população estimada em torno de 2.938.092 habitantes (IBGE, 2016) com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010) sendo a quarta capital do país mais populosa. (SALVADOR, 2019a).

O território da saúde do município do Salvador é dividido por Distritos Sanitários (DS), esse modelo de atenção de base epidemiológica, deve ser entendido como unidade operacional e administrativas mínima do sistema de saúde, sendo seus territórios definidos por critérios populacionais, geográficos, epidemiológicos administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados a partir de um conjunto de

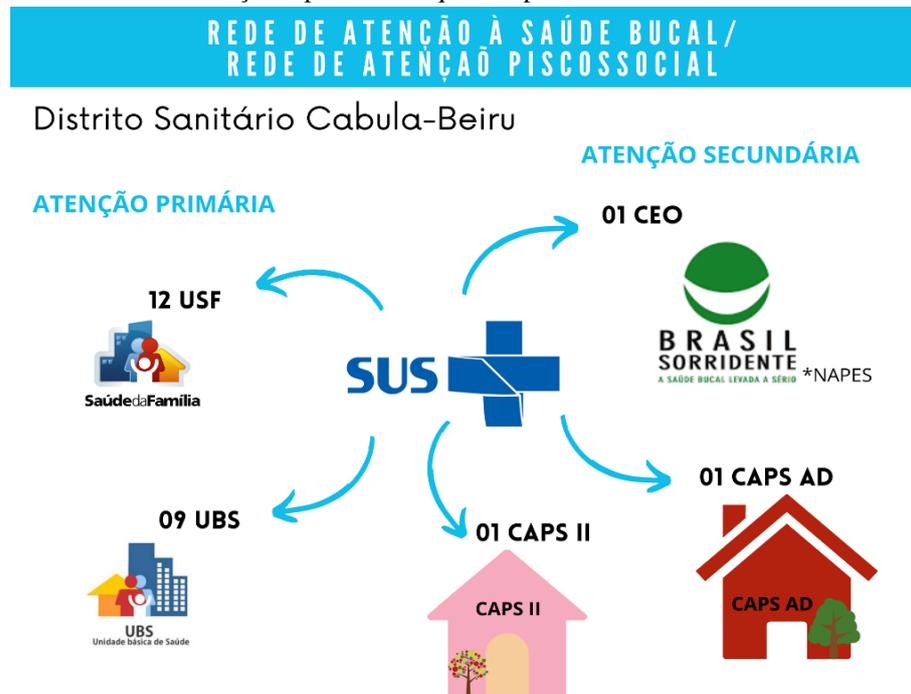
mecanismos políticos institucionais e com a participação da sociedade, para a promoção de mudança das práticas sanitárias (PAIM, 1995).

O presente estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB), que possui uma área de 25.89 km<sup>2</sup> com uma população estimada de 392.542 habitantes, na qual possui um IDH de 0,730, o que é considerado de alto desenvolvimento (SALVADOR, 2019b).

O DSCB totaliza 21 bairros em sua abrangência, ressaltando que até o ano de 2019 alguns desses bairros não possuíam equipamentos de saúde, a exemplo do bairro de São Gonçalo e Arraial do Retiro, que por sua vez apresentam áreas com baixos níveis socioeconômicos (SALVADOR, 2019b). A rede própria do DSCB é constituída, na APS, por nove UBSs e doze USF, todas com eSB Modalidade I; na rede especializada, por um CAPS II, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), quatro unidades de Pronto Atendimento (PA), e um CEO que possui em seu serviço um Núcleo de Apoio a Pacientes Especiais - NAPES implantado (Figura 2).

O espaço físico da pesquisa foi, especificamente, os equipamentos de saúde onde são ofertados assistência aos usuários com transtornos mentais do respectivo DS, que compreende as UBS e USF, na atenção primária à saúde, e os CAPS's e CEO na atenção especializada.

Figura 2. Ilustração gráfica da quantidade e tipos de equipamentos de saúde na APS e Atenção especializada que compõe a RASB e RAPS do DSCB



Fonte: Elaboração própria, 2021

### 6.2.2 Participantes do Estudo

Participaram do estudo um total de 12 profissionais que atuam na assistência, da APS e da atenção especializada (CAPS Ad, CAPS II e CEO), e profissionais que atuam na gestão. Os critérios para inclusão dos participantes, foram: ser cirurgião dentista lotado em USF, UBS e CEO do DSCB; profissionais de saúde lotados no CAPS AD e CAPS II do DSCB, técnico de referência da gestão, lotados na sede do DSCB; técnicos de referência lotados na Coordenação de Saúde Bucal e Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); ser, preferencialmente, servidor municipal com vínculo estatutário, por possuírem vínculos permanentes com serviços; e ter participado da entrevista e dos encontros do grupo de convergência. Foram excluídos os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão.

Dentre os profissionais da assistência, na APS, foram eleitos os cirurgiões dentistas que atuam em quatro (04) USF e os cirurgiões dentistas que atuam em 04 (quatro) UBS. As unidades da APS escolhidas seriam definidas, inicialmente, por meio das informações que seriam coletadas no CEO, CAPS AD e CAPS II sobre as unidades da APS que mais encaminham usuários para o respectivo serviço e os que menos encaminham. Posteriormente, as informações dos três serviços seriam consolidadas e se estabeleceria quatro listas ranqueada dos serviços, gerando duas listas de USF e duas listas de UBS. Dessas, para duas unidades de cada lista, seria enviado o convite para participação do estudo.

No entanto, devido a mudança do processo de trabalho nos serviços especializados em decorrência da Pandemia provocada pelo coronavírus, nas unidades especializadas, os gerentes e profissionais do CEO, CAPS AD e CAPS II informaram que não estavam mais registrando a informação sobre o serviço de encaminhamento do usuário. Deste modo, a mestranda enviou o convite, por meio do e-mail institucional, para a chefia imediata das 12 USF e das 09 UBSs do DSCB, separadamente, explicitando o objetivo da pesquisa e solicitando informação acerca de algum profissional da unidade com interesse em participar do estudo.

Na atenção especializada, os participantes convidados, foram: os dois (02) cirurgiões dentistas que atuam no serviço do NAPES implantados no CEO; um (01) profissional que atua no CAPS AD e 01 (um) profissional que atua no CAPS II. Os participantes do nível da gestão foram: 01 (um) profissional de referência da sede do DSCB, um (01) profissional de referência da Coordenação de Saúde Bucal e 01 (um) profissional de referência da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Após o retorno das chefias imediatas com a confirmação dos profissionais que explanaram interesse em participar do estudo, foram enviados convites individuais, através do e-mail dos profissionais, informado pelas chefias imediatas, bem como mensagem pelo aplicativo *Whatsapp*, para os profissionais dos serviços, com uma breve explicação da proposta do estudo e do cronograma dos encontros.

### **6.2.3 Produção dos dados / Coleta de dados**

Para a coleta de dados foram utilizadas: entrevistas semiestruturadas, observação participante e grupos de convergência. O emprego desses métodos está fundamentado nos pressupostos da PCA, pois permitem a imersibilidade do pesquisador no campo da pesquisa (TRENTINI,2014).

Em conformidade com os instrumentos definidos no estudo, a coleta de dados da pesquisa estava consoante ao cenário sanitário decorrente da pandemia do SARS-CoV-2 e foram seguidas as recomendações dos Órgãos Sanitários. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do coronavírus. No Brasil, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a) em maio de 2022 foi suspensa através da Portaria GM/MS nº 913 /2022 (BRASIL, 2022).

Diante deste cenário, foram seguidos todos os protocolos e recomendações dos órgãos competentes (SALVADOR,2021), bem como as orientações para condução de pesquisa durante a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020b), tanto durante as entrevistas individuais quanto nas reuniões do grupo convergente.

Dessa forma, para produção e coleta dos dados, foram realizados encontros presenciais, com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Inicialmente, foram enviados convites por e-mail para os serviços que estavam caracterizados no estudo pertencentes ao DSCB como também para os profissionais que atuam nos serviços de gestão.

A pesquisadora entrou em contato com as unidades e profissionais da gestão através do e-mail (com um único remetente e único destinatário ou envio na forma de lista oculta) e mensagem *Whatsapp* disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde em seus canais de comunicação oficial, de acordo com o disposto em Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro 2021 (BRASIL, 2021).

Após o contato com os serviços e a identificação dos profissionais interessados em participar do estudo, foram agendados horários individuais para entrevista presencial na

unidade de atuação do profissional. No dia e local agendado, antes de iniciar a entrevista, foi disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Conforme aceite, o participante rubricou todas as páginas e ao término do documento foi registrado a assinatura do participante e foi disponibilizado ao participante uma via do TCLE assinado, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Durante as entrevistas presenciais foram seguidos os protocolos de distanciamento, uso de máscaras bem como todas as orientações contida no Protocolo geral do município de Salvador/BA (SALVADOR,2021). As entrevistas foram gravadas com a autorização do participante, antes de iniciar as perguntas. As gravações e as informações coletadas são de uso exclusivo da pesquisa, garantido o sigilo dos participantes. Os dados gerados por meio das coletas de dados foram armazenados em um disco rígido e estará em posse da mestrandia e ficará arquivada por cinco anos, e logo após esse período serão destruídos.

### 6.3 PERSCRUTAÇÃO

A perscrutação se estabelece por meio da adoção de estratégia de obtenção dos dados para pesquisa (TRENTINI, 2014). O presente estudo utilizou como coletas de dados a entrevistas semiestruturada, a observação participante e os encontros no grupo de convergência. Deste modo, durante a imersão da pesquisadora na prática e captação das informações na coleta de dados possibilitou a superposição da investigação com a prática que resultou em um montante de informações para análise do objeto estudado.

#### 6.3.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada pode ser entendida como uma entrevista guiada, pois permite uma maior interação entre entrevistador e entrevistado. Embora seja elaborado um esquema programado, este modelo ainda permite o surgimento de perguntas durante a interação entre os interlocutores (GLESNE, 2015). A interação, desencadeada por meio da entrevista, é um processo dialógico em que tanto os entrevistadores quanto os entrevistados são protagonistas. (SILVA & RUSSO, 2019).

Deste modo, foi realizado uma entrevista individual com cada participante, seguindo um roteiro semiestruturado previamente elaborado (APÊNDICE C), durante a entrevista foram questionados dados sociodemográficos, seguido de perguntas sobre as

experiências dos profissionais quanto à temática em discussão e o roteiro serviu como um instrumento disparador permitindo um processo reflexivo durante a entrevista conversação.

As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e de forma presencial, no local de atuação do entrevistado. A duração média das entrevistas foi de 18 minutos e ocorreram no período de janeiro de 2022 a fevereiro de 2022.

### **6.3.2 Observação Participante**

A observação participante é um método qualitativo com raízes na pesquisa etnográfica tradicional que consiste na inserção do pesquisador no interior de um determinado grupo a ser observado, possibilitando-o a sua imersão e interação com os sujeitos na busca de compreender a suas rotinas e o significado dos sentidos em uma determinada situação. Deste modo, durante a coleta de dados, o pesquisador por meio da participação do cotidiano estudado e da interação com os sujeitos, se envolvendo nas conversas com intuito de descobrir as interpretações dos participantes nas situações em que estão envolvidos (MARIETO, 2018).

As informações foram anotadas em diários de campo, que se caracteriza por um dispositivo de registro das temporalidades vivenciadas ao potencializar a compreensão dos movimentos da/na pesquisa e dos diversos comportamentos dos participantes no contexto do estudo (OLIVEIRA, 2014), assim é necessário a atenção cuidadosa e atenta do pesquisador para captar e anotar todos fatos observados.

Desta forma, a mestranda realizou anotações durante as entrevistas conversação e dos encontros do Grupo Convergente e posteriormente foi realizado a análise dos conteúdos e percepções vivenciadas no campo. Os registros dessas observações possibilitaram à mestranda uma reflexão sobre contexto permitindo uma melhor compreensão da realidade estudada através do movimento de distanciamento e aproximação, estabelecendo desta maneira a proposta da pesquisa.

### **6.3.3 Grupo de Convergência**

O grupo de convergência também foi um instrumento de coleta de dados, este se apresenta com um método utilizado através da formação de pequenos grupos de discussão com o intuito de desenvolver a pesquisa simultaneamente com a prática assistencial em educação para saúde ou nas atividades clínicas, o pesquisador tem permissão para acompanhar as

atividades como membro do grupo participando ativamente da discussão em todo o processo de construção (TRENTINI,2014).

Os encontros do Grupo Convergente ocorreram nos dias: 12/04/2022; 28/04/2022; 05/05/2022 e 26/05/202; com duração média de duas horas e vinte minutos, no auditório da USF Carlos Santana – Doron do território do DSCB.

Devido a demandas pessoais, dois participantes do estudo não puderam participar de nenhum encontro do grupo convergente, desta forma houve participação de 12 participantes nesta fase da coleta de dados.

Na primeira reunião do grupo convergente, ocorreu a apresentação das propostas e objetivos dos encontros. A temática abordada foi “O Diagnóstico Situacional de Saúde Bucal” e “Caracterização da rede” do DSCB. A atividade consistiu em apresentar a análise situacional de saúde do município e do DSCB que apontaram nas conferências distritais problemas relacionados a sofrimento psíquico e saúde bucais dos usuários do território. Logo após ocorreu uma oficina sobre a função dos serviços com o objetivo de discutir os tipos de serviços da RAS que prestam cuidado aos usuários em sofrimento psíquico bem como o papel e ações de cuidados oferecidos por cada um deles.

No segundo encontro, a discussão foi iniciada com o tema “Conhecendo as condições de saúde bucal dos indivíduos em sofrimento psíquico”. Durante o encontro foi apresentado e discutido com os profissionais as doenças bucais que mais acometem pessoas com transtornos mentais abordados na literatura, tais como cárie dentária e doença periodontal. Neste interim, os participantes compartilharam suas vivências e percepções das suas práticas clínicas. No final do encontro o grupo iniciou a discussão do tema “Matriciamento” e foi encaminhado aos participantes um texto para leitura que abordava tal temática.

No terceiro encontro houve a continuação da discussão do tema “Matriciamento” e em seguida foi realizada uma dinâmica, intitulada: “Árvore de soluções”, com o objetivo de conhecer os principais entraves elencados na assistência dos indivíduos em sofrimento psíquico na RAS do DSCB, com enfoque na saúde bucal. Assim, foram discutidas as causas dessas dificuldades, compartilhamentos de experiência e busca de soluções. Logo em seguida foi iniciada a oficina para construção do fluxograma/protocolo para articulação da RASB e RAPS.

Para finalizar, foi proposto um quarto encontro onde os participantes finalizaram a construção gráfica do fluxograma com base em toda discussão e contribuições dos encontros anteriores e encerrando com a validação do produto construído pelo grupo. As atividades

realizadas pelo grupo estão resumidas na tabela abaixo e o roteiro com a descrição das atividades encontra-se no Apêndice B.

Quadro 2. Atividades realizada nos encontros do Grupo Convergente

	TEMA	ATIVIDADE REALIZADA
<b>PRIMEIRO</b>	Diagnóstico Situacional de Saúde Bucal; Conhecendo a Rede de Atenção do DSCB	Apresentação dos participantes Conhecendo a Rede de Atenção do DSCB Oficina sobre a função dos serviços Avaliação do encontro
<b>SEGUNDO</b>	Condições de Saúde Bucal Matriciamento	Conhecendo as condições de saúde bucal dos indivíduos em sofrimento psíquico; Discussão sobre Matriciamento Avaliação do encontro
<b>TERCEIRO</b>	Matriciamento Construindo o fluxograma de articulação da rede atenção	Discussão sobre Matriciamento Elencados as dificuldades e causas - e em seguida Dinâmica da árvore de soluções; Construção do fluxograma de articulação dos serviços da APS com a rede especializada (CEO e CAPS) do DSCB; Avaliação do encontro
<b>QUARTO</b>	Construção e Validação do Fluxograma	Finalização da Construção do Fluxograma Construção e Validação Gráfica do modelo gráfico do Fluxograma proposto; Discussão sobre aplicação na prática assistencial com enfoque nos ajustes necessários e validação; Avaliação do encontro

Fonte: Elaboração própria, 2022.

### 6.3.4 Análise dos dados

A análise de dados na PCA segue processos distintos que a fundamentam. Dentre as etapas, o processo de apreensão dos dados se apresenta como primeiro estágio, e este foi obtido através da aplicação dos instrumentos – entrevista conversação, observação participante e grupo de convergência - e assim os conteúdos apreendidos foram organizados para a conversão das informações em unidades menores (TRENTINI, 2014; TRENTINI et al., 2017).

A análise textual foi realizada com auxílio do *software* livre *IRAMUTEQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) que foi desenvolvido sob a lógica *open source*, licenciado por GNU GPL (v2). Ele ancora-se no ambiente estatístico do software R e na linguagem *python* ([www.python.org](http://www.python.org)). Este programa informático viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, até análises multivariadas. Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara. Na análise de especificidades, é possível associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis

descritoras dos seus produtores; é possível analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização (CAMARGO e JUSTO, 2013; SOUZA et. al, 2018; CAMARGO & JUSTO, 2018).

Os encontros do grupo convergente foram ouvidos e transcritos para um arquivo no programa LibreOffice Writer, versão 7.2, sendo codificados conforme a sequência numérica dos encontros do grupo (\*\*\*\* \*enc\_1 até \*\*\*\* \*enc\_4), constituindo o banco de dados do estudo (corpus textual). Posteriormente, esse arquivo único foi armazenado como documento de texto sem formatação (.txt) com a codificação de caracteres do tipo UTF-8 (Unicode Transformation Format 8 bit codeunits) e logo após submetido ao *IRAUMUTEQ*, versão 0.7 alpha 2 ligado ao pacote R versão 4.0.3.

Em seguida, após o processamento do conteúdo no software, os achados foram analisados à luz do referencial teórico da Integralidade do Cuidado, sob a ótica da autora Roseni Pinheiro, tais interpretações subsidiaram a classificação das categorias temáticas. Logo após, as categorias temáticas foram confrontadas com bases e conceitos discorridos na literatura e, mediante o caminho percorrido na análise dos dados, foi construído um protocolo articulação da RASB e RAPS no DSCB. Desta forma, a pesquisa estava introduzida em simultaneidade com a prática assistencial, alcançando deste modo o propósito da PCA (TRENTINI, 2014).

## 7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo cumpriu os preceitos éticos requeridos para estudos científicos realizados com seres humanos, desta forma a pesquisa foi submetida à avaliação do CEP em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, a coleta de dados só ocorreu após a aprovação do CEP, através do Parecer N<sup>o</sup>: 5.185.928 - CAAE: 52365421.1.0000.0056 (ANEXO 03). Por se tratar de estudo que envolveu os profissionais que atuam em serviços de saúde e da gestão do Município de Salvador/Ba foi solicitado a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que emitiu autorização através do Parecer n<sup>o</sup> 53/2021(ANEXO 01).

A pesquisa respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 (dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) e Resolução 510/16 (dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais). Os participantes receberam por e-mail e impresso o TCLE e nele foi explicitado os riscos e benefícios da pesquisa, garantindo o anonimato através da utilização de nomes fictícios na redação dos resultados, permitindo deste modo a participação de forma livre e voluntária. Após declaração de concordância do participante, foi entregue uma cópia do TCLE, assinada pela mestrandia, para cada um dos participantes.

Cada participante foi informado que poderia interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os benefícios diretos e indiretos se deram ao refletir sobre o processo de trabalho e ainda a participação contribuiu na construção do protocolo de articulação de redes do DSCB. Os voluntários para o estudo não receberam nenhuma ajuda de custo e o custeio das despesas foi arcado pela pesquisadora principal, evitando conflitos de interesses financeiros. Contudo, os participantes a qualquer momento que se sentir prejudicado, por qualquer tipo de complicações e/ou danos, terá o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas, diretamente decorrentes de sua participação, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## 8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram das atividades da pesquisa doze profissionais de saúde que atuam na APS e atenção especializada (CAPS AD/CAPS II e CEO) do DSCB e profissionais que atuam no âmbito da gestão. Todavia, durante os encontros do Grupo Convergente somente doze profissionais participaram efetivamente, pois três profissionais, devido a questões pessoais, não puderam comparecer nos dias agendados. Vale ressaltar que os agendamentos dos encontros foram previamente confirmados com cada participante, individualmente, no intuito garantir a participação de todos.

Em relação ao perfil sócio demográfico dos profissionais, 92% (11) eram do gênero feminino, enquanto 8% (1) do gênero masculino. Sobre a etnia, 58% (7) profissionais se declararam pardos, 25% (3) se declararam brancos e 17% (2) se declararam pretos. Sobre nível de escolaridade, 50% (6) dos profissionais possuem pós-graduação em nível de especialização, 25% (3) relataram possuir mestrado completo, 17% (2) possui nível de Doutorado, ao passo de 8% (1) só possui graduação (Quadro 3).

Quanto a categoria profissional, o grupo foi composto por: 9 cirurgiões dentistas, 1 assistente social, 1 enfermeira e 1 psicóloga. Assim, a amostra possui 76% de Cirurgiões Dentista, fato que se justifica diante dos critérios de inclusão estabelecidos no estudo sobre os profissionais com atuação na APS e CEO. As demais participantes da amostra são de categorias profissionais distintas que atuam em espaços de gestão (enfermeira e psicóloga) e na assistência do CAPSAD (Assistente Social) da RAPS do DSCB (Quadro 03).

O profissional de odontologia, não diferentemente dos demais profissionais atuantes na área de saúde, devem obter durante sua formação acadêmica, conhecimentos e práticas que sejam integrativas e que assistam ao indivíduo como um todo. No contexto da atenção à saúde dos usuários com transtornos psiquiátricos, estes usuários necessitam de atendimentos multiprofissionais, e o cirurgião dentista tem seu papel definido no mesmo patamar de importância das demais áreas da saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019; ROCHA et. al, 2020), podendo sobremaneira requerer atendimentos básicos, bem como especializados na área odontológica e que deve ser compartilhado e discutido com as equipes multiprofissionais. Assim, o atendimento odontológico desses usuários não impõe, automaticamente, a necessidade de atendimento especializado em odontologia, devendo ser considerados o tipo e o grau de limitações vivenciados (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, relaciona os recursos humanos de atuação no CAPS/CAPSAD que podem ser constituídos dos seguintes profissionais de nível superior: médico com formação em saúde mental, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

A importância e eficácia da equipe multiprofissional no CAPS busca encontrar ferramenta e mecanismos que fortaleça a saúde mental. Cada categoria profissional atua com um saber limitado e o olhar plural de cada membro da equipe por meio de cada competência profissional estabelece a atuação somadas de modo a propiciar para o paciente a melhor forma de tratamento. Desta forma, o cuidado através da equipe multiprofissional no CAPS oportuniza que o usuário da saúde mental possa pensar, agir, interagir de modo diferenciado e assim, haja um empoderamento de suas emoções e ações cotidianas (ROCHA e SILVA,2018).

Quadro 3. Caracterização dos participantes do estudo, Salvador-Ba 2022.

Part.	Gênero	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Profissão	Serviço	CH	Tempo de atuação no serviço
P1	F	37	branca	Doutorado	dentista	CEO	20h	9 anos
P2	F	39	parda	especialização	dentista	CEO	20h	9 anos
P3	F	30	parda	Mestrado	dentista	SMS	40	06 meses
P4	F	39	parda	especialização	psicóloga	SMS	40h	01 ano e 03 meses
P5	F	50	preta	Graduação	assistente social	CAPS AD	20h	11 anos
P6	F	36	preta	Mestrado	enfermeira	DSCB	20h	07 anos
P7	F	53	branca	especialização	dentista	UBS	20h	12 anos
P8	F	40	parda	Doutorado	dentista	USF	40h	9 anos
P9	F	56	parda	especialização	dentista	UBS	20h	7 anos
P10	F	48	parda	especialização	dentista	UBS	20h	22 anos
P11	M	32	branco	Mestrado	dentista	USF	40h	5 anos
P12	F	39	parda	especialização	dentista	UBS	20h	6 anos

Legenda: Part. – Participante, CH – Carga Horária, F- feminino, M- masculino.

Fonte: Elaboração própria, 2022

No que se refere ao tempo de serviço no equipamento de atuação, a maioria dos profissionais 68% (8) atuam há mais de cinco anos (entre 6 e 22 anos) nos serviços onde estão

alocados atualmente, enquanto os outros 32% (4) declararam que o tempo de atuação do serviço atual estava entre 06 meses a 5 anos.

Tonelli et al (2018) observaram em seu estudo que os cirurgiões dentistas, comparado com outras categorias profissionais de nível superior, se apresentam como a categoria que permanece por mais tempo no serviço público de saúde. Por outro lado, embora seja uma categoria que possui um TP superior comparada com as demais, ainda apresenta um TP baixo. Tal fato é considerado um fator limitante para o trabalho das eSB, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade do vínculo entre profissionais e população.

Isto posto, os participantes desta pesquisa conformam um grupo de profissionais da saúde da APS, Atenção Especializada e gestão municipal que executam a atenção à saúde dos usuários em sofrimento psíquico do DSCB. O grupo é constituído em grande parte por mulheres, pardas, maioria cirurgião dentista, com escolaridade em nível de pós graduação *lato sensu* na área da saúde e atuando em média 7 anos no serviço em que trabalham atualmente.

## 8.2 ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA

As análises no software IRAMUTEQ podem ser realizadas tanto a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática, denominado corpus textual, reunidos em um único arquivo de texto; como a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como é o caso dos bancos de dados construídos a partir de testes de evocações livres (CAMARGO e JUSTOS,2018). No presente estudo, foi utilizado o grupo de textos referente a transcrição dos encontros do grupo convergente e ficou denominado “corpus textual da articulação da RASB e RAPS”.

O *corpus* é construído pelo pesquisador e se apresenta como um conjunto de textos que se pretende analisar. O texto é a unidade representado pela transcrição de cada encontro do Grupo Convergente, assim o conjunto de unidade de texto constitui um corpus de análise, desta forma o corpus textual do presente estudo foi constituído de quatro unidade de texto que representou cada encontro do Grupo Convergente (CAMARGO e JUSTOS,2018).

A análise inicial do corpus, apresenta a relação entre a frequência e a quantidade de unidades léxicas no texto (CAMARGO e JUSTOS,2018; GOES et al, 2021). O corpus textual gerado no presente estudo apresentou uma totalidade de 30.870 ocorrências, sendo 2.138 vocábulos distintos, dos quais 44,15% de única ocorrência (hápx), com média de ocorrência por texto de 7.717,50 vocábulos.

O Diagrama de Zipf (Figura 03), demonstra de forma visual como as palavras se apresentam no corpus textual. O eixo vertical demonstra a frequência de ocorrência das palavras ao longo do texto e, no eixo horizontal, o número de ordem/ranqueamento das palavras, ou seja, no eixo Y apresenta o logaritmo das frequências, ou quantas vezes uma palavra está presente no corpus textual, e no eixo X mostra-se a quantidade de palavras (CAMARGO e JUSTOS,2018; GOES et al, 2021). Assim, foi possível observar uma curva decrescente no diagrama, no qual os pontos localizados no limite superior do gráfico, mais próximos ao Eixo Y, representam as palavras com uma alta frequência de repetição, porém menos recorrentes no material analisado, conforme indica o Eixo X.

Portanto, para o lado esquerdo da curva verifica-se que há poucas palavras que se repetem muitas vezes e do lado direito há muitas que se repetem poucas vezes. Desta forma, reforça-se que palavras com frequência 1 (hápx) foram recorrentes no texto (f=944), como é visível ao final do Eixo X (linha horizontal). Por outro lado, apenas três formas ativas, após a lematização, apareceram mais de cento e noventa vezes nas dinâmicas transcritas, compondo o grupo das mais recorrentes, no topo do Eixo Y (linha vertical). Por ordem de ranqueamento essas formas ativas foram: gente (f=526), paciente (f=259) e achar (193).

Na interpretação dos resultados verificou-se que a palavra “gente” que geralmente vem acompanhada do artigo “a” decorre da gramaticalização do substantivo “gente” para o pronome “a gente”. A forma pronominal “a gente” tem um uso bastante expressivo na fala dos brasileiros. A frequência de uso do pronome “a gente” é maior do que a frequência de uso do pronome “nós” no português brasileiro (RUBIO, 2019). Desta forma, a referida palavra se apresenta como uma variação linguística praticada em regiões brasileira.

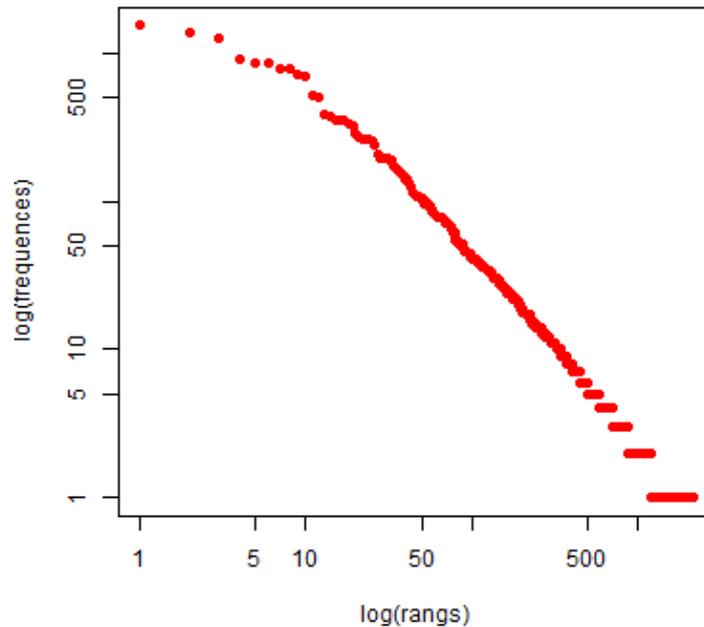
*“quando **a gente** está falando, por exemplo, tanto a questão dos materiais quanto a conversa com os profissionais, são doze Distritos Sanitários o Cabula Beiru tem trinta unidades, quatrocentos mil habitantes, **a gente** tem vários problemas aqui se eu falar de saúde mental vocês vão sair daqui chorando.”(P6)*

*“Desculpe, mas aqui eu não tenho condições, não me sinto segura, não tenho prática, sou de outra área e às vezes no CEO Federação **a gente**, muitas vezes, não atende o paciente, porque **a gente** é pressionado para entregar meta.”(P11)*

*“é necessário também **a gente** ter o entendimento do serviço, o empurrão de alguém, pra tentar resolver essas coisas, porque se não fica um jogando por outro e no fim não resolve nada”(P11)*

*“se **a gente** for conversar com a psicóloga que trabalha com saúde mental e eu como enfermeira da saúde básica **a gente** vai se entender melhor.”(P12)*

Figura 03. Diagrama de Zipf que apresenta o comportamento das palavras no corpus textual.



Fonte: Elaboração própria, 2022

No que se refere a palavra “paciente” é a forma como os profissionais se referem aos usuários do sistema. O termo “paciente” é a denominação convencional mais comum para designar as pessoas que recorrem à serviços de saúde, é o mais lembrado no contexto hospitalar e se apresenta como um termo mais antigo e que foi descredibilizada por hoje dar o sentido de espera e de passividade (GUEDES, 2020).

*“Que bom que está existindo uma discussão referente ao cuidado do **paciente** em sofrimento psíquico” (P5)*

*“à própria dificuldade clínica desse **paciente** com o problema mental, eu acho tudo válido. Você falando aí me deu uma ideia, dos usuários lá do CAPS eu pensei justamente em pegar e fazer uma ação depois do almoço”. (P6)*

*“eu estou com um **paciente** aqui, eu não tenho muita prática de fazer isso, você poderia me ajudar?” (P11)*

O uso do termo “paciente” como forma de designar os sujeitos que buscam atendimento para suas demandas de saúde se estabelece pela predominância do modelo biomédico, que até os dias atuais, influencia nas intervenções em saúde, na formação de profissionais, na organização dos dispositivos e na forma de conceber o conceito do que é saúde. Logo, a relação dos sujeitos que prestam o atendimento e aquele que necessita do cuidado são estabelecidas pelos lugares sociais que estes ocupam, sendo o profissional de saúde aquele que detém o saber

e a pessoa que precisa de cuidados de saúde aquele que espera, pacientemente, a cura, determinando desta forma uma relação verticalizada e hierárquica (RAIMUNDO e SILVA, 2020).

Guedes (2020) em sua revisão de literatura infere que o termo usuário, também usualmente utilizado, se conceitua na pessoa que usufrui de um serviço prestado, público e gratuito e já cliente, outro termo também utilizado, é a pessoa que determina o que quer, quando e onde, em que nível de qualidade, em qual quantidade e tudo isso a um preço que ele possa ou esteja disposto a pagar. Desta maneira, os termos usuário, cliente ou paciente, são designações que trazem em seu bojo uma expectativa: obter um serviço, independente da forma de pagamento, se antecipado (SUS), se a vista ou a prazo. No entanto, o usuário é um termo de maior abertura, que confere mais autonomia, e, portanto, mais adequado aos que usam os serviços públicos.

A ocorrência da palavra “achar” possivelmente está relacionada à característica dos encontros dos participantes da pesquisa diante do processo argumentativo para a construção do fluxograma proposto. Durante o processo de comunicação é possível ocorrer falhas na estruturação do argumento, muitas vezes é uma ação inconsciente e pode estar associado, inclusive, a fatores sociais e culturais. Neste interim, o verbo “achar” transmite um afastamento parcial do locutor do seu próprio argumento, desta forma insinua aos ouvintes uma compreensão do que está sendo abordado e que está considerando o pensamento contrário, mas apresenta uma opinião distinta (HECK e GOLDMEYER, 2020).

No entanto, diante da dicotomia do “achar” e “ter certeza” é preciso remeter a uma análise que busque valorizar o modo como as pessoas conversam, e não apenas o conteúdo das colocações. Assim, a depender do gesto, entonação e interação, as respostas podem transmitir uma ideia de “talvez” que introduz a possibilidade de um outro modo de construir uma resposta (FRANCO e MUNFORD, 2018). Deste modo, considerando a análise dos segmentos de texto (ST) e a observação participante é possível inferir que o emprego do verbo “achar” pelos participantes do grupo se apresentou ora como afastamento do locutor em expressar o seu pensamento contrário, ora como uma tentativa de trazer para o grupo uma incerteza.

*“Então, eu **acho** que quando você cria um fluxo e estabelece o papel de cada pessoa e de cada unidade daquele fluxo as coisas funcionam” (P3)*

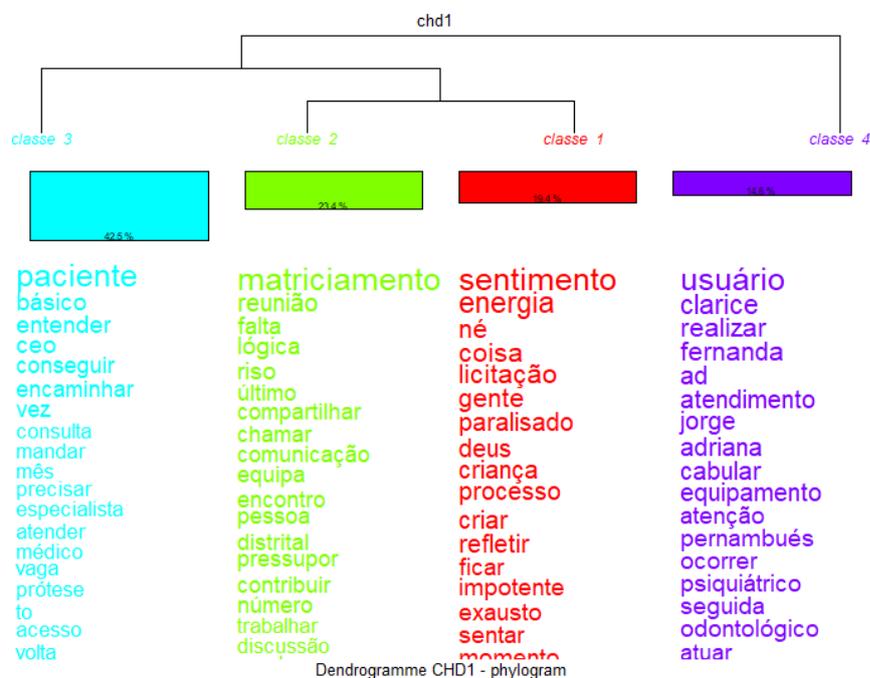
*“Eu **acho** que a falta de comunicação é mais importante até porque, assim, se você não tem comunicação, você não tem como saber quem é o parceiro da rede, qual o serviço que ele faz.” (P8)*



Assim, o IRAMUTEQ organiza a análise dos dados em diferentes layouts de dendrogramas na CHD, que ilustram as relações entre as classes. Por esta análise, foram encontrados 859 segmentos de texto, com classificação de 718 deles, ou seja, houve um aproveitamento de 83,59% apresentando uma retenção satisfatória haja vista que as análises do tipo CHD para serem úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto (CAMARGO e JUSTOS,2018).

No dendrograma, o corpus textual foi particionado em dois blocos (subcorpus) independentes. O primeiro foi composto pela classe 3 (42,5%), e por uma segunda subdivisão incluindo a classe 2 (23,4%) e classe 1 (19,4%), as quais possuem conteúdos semânticos mais próximos, mas, ainda, com certa diferenciação. O outro bloco foi formado pela classe 4 (14,8%), sendo as mais isoladas das demais. A lematização resultou em 2138 lemas e, dentre as formas ativas, 1876 eram analisáveis e 704 apresentaram frequência  $\geq$  três. Na CHD foram geradas quatro classes de segmentos de textos distintas (Figura 05) que demonstra os conteúdos semânticos de cada classe.

Figura 05. Dendrograma na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos segmentos de texto do corpus textual.



Fonte: Elaboração própria, 2022

Na interpretação dos dados, a partir da CHD, foram resgatadas as formas ativas de cada classe de segmentos de texto, que incluiu substantivos, adjetivos, advérbios, verbos e formas não reconhecidas, com destaque para as que obtiveram no teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) um valor  $\geq 3,84$ , logo,  $p < 0,05$ , que revela a força de associação das palavras em uma respectiva classe. Quanto menor for o  $\chi^2$ , menos os termos estão relacionados à classe; por outro lado, quanto menor for o  $p$ -valor, maior essa relação, o que colabora para a validação e confiabilidade dos achados. Assim, os vocábulos cujos valores de  $p$  foram menores que 0,0001 são extremamente significantes em cada classe (CAMARGO e JUSTOS, 2018; GOES et. al., 2021).

Nessa diretiva, após o processamento dos dados pelo software, procedeu-se a leitura das palavras significativas nas classes, ou também chamadas categorias temáticas, e de suas inserções nos segmentos de textos. Portanto, a partir dos conteúdos semânticos, as categorias temáticas foram denominadas: Categoria 1: Fatores que interferem no processo de trabalho; Categoria 2: Construção do cuidado colaborativo; Categoria 3: (In) Segurança do Profissional e Categoria 4: Acesso a serviços de saúde bucal.

### 8.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

#### 8.3.1 Fator que interferem no processo de trabalho

O SUS ao longo dos anos apresentou grandes avanços, por meio da expansão e fortalecimento da APS através da implantação dos serviços básicos, atuação das equipes de saúde nos territórios e na ampliação das RAS. No entanto, é perceptível os diversos entraves na execução das políticas, sobretudo, quando versamos acerca da integralidade do cuidado como um princípio estrutural do sistema.

Considerando que as unidades de saúde básica representam o primeiro contato de acolhimento do usuário e de formação de vínculos, além da responsabilidade de coordenar os fluxos das pessoas pelos serviços na RAS, referendando o usuário para outros níveis de atendimento, os profissionais de saúde se colocam na porta de entrada do sistema, representando desta maneira um lugar exigente neste cenário (MENDES, 2011; ALVES FILHO e BORGES, 2014; ALMEIDA et al., 2018; TOFANI et. al., 2021). Para o alcance de um cuidado integral, a articulação dos serviços e saberes são fundamentais, e sua efetivação depende dos profissionais que atuam na ponta da assistência, pois será por meio desses atores que é operacionalizado a integralidade.

No entanto, se faz necessário executar o processo de trabalho, que se apresenta por ações e articulação da atividade do trabalho, do objeto do trabalho e dos meios e instrumentos

de execução do trabalho. Desse modo, no âmbito do trabalho em saúde, os profissionais atuam em coletivo, embora exercem o trabalho com certo grau de autonomia técnica e, simultaneamente, devem cooperar para executar a prestação de serviços de saúde por meio de atividades especializadas, demarcadas pela divisão técnica e social do trabalho (LEAL e MELLO, 2018).

Neste ínterim, os processos organizacionais da rotina de trabalho das unidades e os recursos materiais e humanos para execução do trabalho são fundamentais para garantia da assistência nos serviços de saúde. Alguns fatores que obstaculizam a garantia de execução do trabalho impactam sobremaneira na assistência e nos cuidados à saúde dos usuários em sofrimento psíquico. É de se esperar que atenção à saúde esteja vinculada a diversos fatores, os quais incluem estruturação e organização dos serviços; definição de processo de trabalho; aderência a novas tecnologias; definição quantitativa e qualitativa de pessoal; disponibilidade de materiais/equipamentos e medicações; e, sobretudo, comprometimento com o desenvolvimento contínuo e permanente de ações educativas que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde (SILVA, 2016; PINHEIRO, 2017; TOFANI et al. 2021).

Durante os encontros do grupo convergente, os participantes refletiram e discutiram sobre os fatores que interferem no processo de trabalho e que potencialmente impactam na assistência, na articulação das redes e na longitudinalidade do cuidado. Assim, foi possível identificar fatores relacionados especificamente com a saúde bucal, fatores relacionados com a saúde mental e fatores de âmbito mais geral, descritos no Quadro 04.

Quadro 04. Fatores que interferem o processo de trabalho trazidos pelos participantes do Grupo Convergente

Geral	Saúde Bucal	Saúde Mental
<p>Entender o papel de cada equipamento de saúde e quais situações devem ser encaminhadas para Atenção Especializada;</p> <p>Comunicação entre os equipamentos dos DS;</p> <p>Compreensão dos fluxos e como a RAS está constituídas;</p> <p>Ações fragmentada e sem diálogo entre os profissionais que atuam nas UBS tradicionais.</p>	<p>Falta de material odontológico e qualidade questionável;</p> <p>Dificuldade do sistema de marcação de alguns serviços para facilitar o agendamento do usuário;</p> <p>Ausência referência distrital em odontologia;</p> <p>Ausência de fluxo para atenção terciária em odontologia;</p> <p>Ausência de ações preventivas em saúde bucal voltada à usuário em sofrimento psíquico.</p>	<p>Falta de profissionais médicos nos serviços de Saúde mental.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dentre as principais dificuldades evidenciadas pelos participantes e que interferem no processo de trabalho das equipes de uma forma geral, foram identificados: entender o papel de cada equipamento de saúde e quais situações devem ser encaminhadas para atenção especializada; comunicação entre os equipamentos; compreensão sobre os fluxos; ações fragmentadas e sem diálogo entre os profissionais que atuam nas UBS tradicionais.

Em relação ao entendimento do papel de cada serviço de saúde na rede, os participantes conhecem os equipamentos e tem um conhecimento genérico do que cada um propõe na RAS. No entanto, foi possível observar que muitas vezes o entendimento estava ligado mais sobre as categorias profissionais que atuam nos equipamentos e sobre o conceito geral da proposta do equipamento. Deste modo, alguns participantes não tinham a compreensão das funções específicas, objetivo e fluxos de encaminhamentos.

Um exemplo que melhor reflete esse cenário é que para os profissionais do CAPS/CAPSAD, o CEO e as eSB da APS atendem as mesmas demandas de saúde bucal, pois ambos são serviços em dentistas atuam, ou seja, não há diferença do tipo de atendimento entre os distintos serviços. Ainda, alguns participantes entendiam que o PNE só poderia ser atendido no CEO ou serviços especializados e não na APS:

*“A unidades básicas de saúde atendem pessoas com necessidades especiais? A USF ao lado faz esse tipo de atendimento? ” (P1)*

*“Eu entendia que era para o CEO ou unidade básica, e pedia para encaminhar para o CEO, mas o necessário eu não sabia, eu ficava na coisa da amizade e da parceria com o CEO” (P4)*

*“Minha dívida é o seguinte, eu já ouvi dizer que nem todos os casos de saúde mental devem ir para o CEO, a gente tem pacientes lá que são do CAPS, mas são pessoas que têm funcionalidade que circulam, que acessam o serviço melhor que a gente, mas que às vezes quando chega a uma unidade do serviço básico a gente orienta, porque até quando eu tenho uma oportunidade, é na unidade básica e lá a unidade básica vai encaminhar para o CEO independente do que for, às vezes é prótese, às vezes extração. Enfim, mas eu vejo que às vezes tem uma barreira de quem faz tratamento no CAPS, aí tem que ter serviços especializados. ” (P6)*

*“Eu vejo que eu conheço superficialmente esses serviços, mas não o que a gente consegue acessar ou não justamente isso, a gente até sabe onde esse serviço faz, o que ele faz, o que ele não faz, por exemplo: qual o hospital que eu posso encaminhar? o que não posso? Qual serviço está na minha atividade? Até mesmo na UPA, por exemplo, tenho lá próximo do meu posto uma PA, aí a gente fica vendo se tem aquele atendimento odontológico. Sim ou não? Quando é que o paciente consegue atendimento? Quando não consegue? ” (P8)*

Por outra perspectiva, o dentista em seu atendimento clínico desconhece quais casos deveriam ser encaminhados para o CAPS, e assim tem a compreensão de que todos os usuários em sofrimento psíquico independentemente do tipo de demanda (eletiva ou urgência) ou severidade devem ser encaminhados para esse serviço.

*“O atendimento com crianças, porque 80% das mães negam a condição da criança e no atendimento você percebe aquela criança que é, mais agitada, hiperativa, não tem diagnóstico. Então eu tenho percebido muito isso de negar, não tem nada e você está ali percebendo que tem, aí como é que encaminha para um psiquiatra? Qual CAPS encaminha?” (P7)*

*“Geralmente não tenho muitos casos de usuários com transtorno mental, mas acredito que todo devem ser encaminhados para o CAPS, eu geralmente não faço encaminhamento lá do posto, é o médico ou enfermeira que faz.” (P12)*

O desconhecimento dos profissionais acerca dos serviços que compõe a RAS bem como as ações e os serviços prestados resultam em um acolhimento pouco resolutivo que acarretam encaminhamentos inadequados, ocasionando uma prestação e continuidade do cuidado ineficiente (SILVA et al., 2020). Entretanto, se faz necessário fomentar práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), pois possibilita que os profissionais façam uma reflexão crítica sobre o cenário das práticas, partindo do seu cotidiano o objeto de transformação e a partir de então será possível buscar soluções em conjunto com a equipes desses problemas encontrados (CRUZ e SANTOS, 2019; FERREIRA et al, 2019).

No caso da APS, a ausência de papéis e fluxos claramente definidos tem caracterizado o modo como os serviços de saúde operam em territórios municipais e regionais, agravando a desarticulação assistencial, produzida pela insuficiente integração entre prestadores, baixa qualidade dos processos de regulação e insuficiente oferta de atenção especializada (ALMEIDA et. al, 2018; TOFANI et al., 2021).

Partindo desse ponto é preciso que a RAS do DSCB tenha conhecimento que a Atenção Especializada Ambulatorial em saúde bucal é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, os CEO são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela APS (BRASIL,2018; BRASIL, 2019; PAULA e MELLO, 2019).

Deste modo a APS assume o papel de comunicação da rede, mas os executa procedimentos básicos em saúde bucal e encaminha o usuário para outro ponto da RAS sem realizar uma coordenação do cuidado. A compreensão da APS, como estratégia de reorganização do sistema de saúde implica reconhecê-la como coordenadora da APS e centro de comunicação da RAS e das redes especializadas. A mudança dos sistemas fragmentados para

RAS só se efetivará se estiver apoiada em uma APS de qualidade com equipes capazes de ampliar a ação interprofissional para além do âmbito da equipe para outras equipes que atuam na RAS e em parceria com usuários e comunidade (MENDES, 2011; PEDUZZI e AGRELI, 2018).

Por sua vez, os CAPS estão destinados a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar os usuários nas iniciativas de busca da autonomia e oferecer o atendimento médico e psicológico (BRAGA e SOARES JÚNIOR, 2019). Desta maneira, o CAPS deve realizar seu trabalho em constante articulação com a APS e essa articulação faz parte da estratégia do SUS de propor um cuidado em saúde que considere o cidadão e seu território em suas peculiaridades, as relações e os significados que as pessoas atribuem ao processo saúde/doença (BRAGA e SOARES JÚNIOR, 2019; CRUZ e SANTOS, 2019).

Nesse sentido, o matriciamento se apresenta como uma estratégia necessária de articulação da APS como o CAPS na tentativa de tanto avançar o processo de desinstitucionalização, quanto no direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e da APS (MATOS et al, 2018).

Goveia e colaboradores (2021) em sua revisão concluíram ser necessário que os profissionais atuantes na RAPS, conheçam as suas funções desempenhadas como matriciadores no processo de saúde mental, contribuindo, por sua vez, com a descentralização dos serviços ao integrar a atenção básica aos serviços especializados. Assim, com o matriciamento implantado, o usuário passa a ter um cuidado holístico e humanizado por toda a equipe da rede de atenção psicossocial.

A comunicação entre os trabalhadores dos diversos equipamentos de saúde foi um dos obstáculos relatados pelos profissionais que citam sobre a dificuldade em contatar outros serviços de saúde. Embora os equipamentos possuam aparelho telefônico, os participantes dizem que não conseguem entrar em contato, que não têm resposta sobre os usuários encaminhados no sistema de referência e contra referência (RCR). Ainda relataram que quando conseguem falar com os especialistas não se sentem acolhidos pelos colegas, conforme trechos abaixo:

*“Eles não param para ouvir, nem nada. Aconteceu comigo também uma situação dessa que a dentista do CEO nem se dirigiu a mim, se dirigiu ao distrito. Mandou um áudio para o distrito dizendo desaforo e aí a moça do distrito veio me falar, aí eu mandei um desaforo também. Aí eu falei que na próxima vez quando que ela souber fazer referência e contra referência vai ter uma conversa comigo, por que áudio de WhatsApp eu não aceito.” (P3)*

*“A ficha de referência que geralmente a atenção básica faz, pode ser também na presença, não é? Pode ser da rede, é essencial como a gente faz também, para essa cultura. Então, até para a gente promover um funcionamento, é necessário que exista.” (P4)*

*“A gente fica perdido, assim sem saber, por que às vezes esse local não tem telefone, a gente não consegue falar. Aí é complicado falar na rede do cabula. Não tem telefone, aí a gente fica sabendo como é que encaminha para facilitar as vezes a vida do paciente, para não falar vá lá só para se informar. Já que quer a informação completa e tem esses entraves, então eu acho que a rede precisa ser articulada, mas esse processo de atender às informações” (P8)*

*“Com especialistas na área de odontologia a gente não consegue falar, eu mesmo agora tentando, fui para Ina tentar falar, a gente não tem telefone, não tem e-mail” (P8)*

*“Não tem um canal de comunicação, um telefone ou colegas. Vocês podem me dar uma ajuda? Eu estou com um paciente aqui, eu não tenho muita prática de fazer isso. Você poderia me ajudar? É um fechando a porta para outro.” (P10)*

O processo de comunicação entre diferentes pontos da RAS se apresenta como um processo fundamental para operacionalizar a integralidade do cuidado. Observa-se a dificuldade dos serviços em constituir uma comunicação, que intriga os profissionais e tende a gerar impactos na sua efetivação.

*“Se você não tem comunicação, você não tem como saber quem é o parceiro da rede, qual o serviço que ele faz. Se você tiver comunicação você resolve vários problemas” (P3)*

*“Achei muito importante a questão da falta de comunicação entre as unidades...eu tenho vontade de me aproximar e de acolher mesmo, sabe?” (P12)*

*“Se o dentista mandou não é porque ele é burro e preguiçoso, ele não tem um canal de comunicação, um telefone ou algum colega para dar ajuda” (P10)*

*“Por mais que ele tenha boa vontade de ir estudar, mas chega um momento que você precisa de um apoio. Falta matriciamento, falta recursos humanos, eu acho que na verdade falta é comunicação” (P1)*

No campo da saúde, a comunicação verbal e não verbal é uma das ferramentas principais para o desenvolvimento de uma assistência efetiva. As habilidades de comunicação efetivas entre os profissionais são essenciais para a prestação de um cuidado de qualidade e eficaz, pois possibilita processos de cuidado seguros tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde (WITISKI et al, 2019).

A comunicação entre os serviços pode ser realizada por meio do sistema referência e contrarreferência (RCR), esse método consiste em uma ferramenta de gestão que busca organizar o acesso dos usuários nos níveis de atenção (CUNHA et al, 2016). O RCR é considerado eficaz no seguimento do fluxo do usuário no sistema de saúde e também na vinculação. No entanto, quando este método não funciona gera problema que afeta o cuidado

prestado ao usuário, pois o mesmo fica sem um direcionamento na RAS, o que implica em um acompanhamento de sua condição de saúde de forma integral (PAIXÃO et al 2019).

Decerto, o emprego do sistema RCR não é uma garantia de alcance da integralidade. Os serviços que possui dificuldades em se comunicar, desenvolvem logicas próprias e distintas de atuação. Para evitar este tipo de problema é imprescindível analisar sistematicamente os modelos de gestão propostos para instruir os serviços que compõem a RAS (PAULA e MELLO, 2019; TOFANI et. al., 2021).

Mendes e colaboradores (2021) observaram que os profissionais da mesma RAS não se conhecem pessoalmente, sendo que especialistas não reconhecem o papel de coordenador do colega da APS e muitos não confiam nas suas habilidades clínicas. Como também, a escassez ou a inexistência de mecanismos que favoreçam o contato direto entre os profissionais e a rotatividade podem justificar as dificuldades de comunicação. Assim inferem que a confiança nas habilidades do profissional do outro nível pode contribuir para que haja uma maior receptividade da informação compartilhada.

Neste sentido, os participantes do grupo refletiram que a ausência de uma comunicação fluida entre os serviços da RAS só aumenta o distanciamento entre as equipes de saúde e não permite que os profissionais conheçam a realidade dos demais serviços.

*“Muitas dessas coisas tá relacionada à falta de conhecimento. Quando eu cheguei aqui não sabia nada de CEO, eu estava perguntando uma coisa básica, número de dentistas, que parecia ridículo e eu fiquei assim: gente eu não sei nada, nada! Eu não entendo nada, e eu fiquei assim, da mesma forma vocês podem se sentir quando a gente tá falando das coisas de saúde mental e a gente pontuar algo. Aí você fala pô véi nunca tinha pensando nisso. Então, às vezes com aproximação de profissionais a gente consegue resolver várias questões que não é de encaminhamento para especialista, entendeu?” (P6)*

*“Sempre houve essa uma, entre aspas, rivalidade entre o pessoal do CEO que fala que a gente da saúde básica é preguiçosa, não quer fazer nada, e o pessoal da rede básica acha que o povo do CEO é tudo dentista metido e só anda no ar condicionado (risos). Eu vou para reunião do CEO e para os dentistas lá os daqui é tudo burro (risos). Eu falo: oh a gente tem que ver aí, não tem só que atender 3 pessoas não. Aí eu que vou pra reunião da unidade básica, e o pessoal fala: porque o dentista do CEO falou isso, falou aquilo, aquela idiota, aquela metida, e é isso mesmo!” (P10)*

*“Eu consigo entender, porque o CEO não conhece a estrutura dos serviços, o CEO não conhece a minha rotina, não conhece nada, então ele vai olhar e vai dizer é obrigação dele, aí ele que faça.” (P11)*

No âmbito da unidade, a coordenação do cuidado acontece mais facilmente, pela proximidade dos serviços e profissionais, facilitando a comunicação entre eles para discussão dos casos compartilhados, bem como o ajuste dos fluxos. A comunicação entre profissionais, destes com os usuários, e com outros níveis de atenção, surge como principal desafio da

coordenação do cuidado. Ainda, a ausência de um sistema integrado de registro em prontuário inibe a troca de informações. Os prontuários eletrônicos não possuem comunicação entre APS e serviços da rede. Integrar os registros de prontuário, permitindo acessar as condutas, resultados de exames e diagnósticos traçados em outros serviços, é outro grande desafio (PAULA e MELLO, 2019; RIBEIRO e CAVALCANTE, 2020).

Todavia, para a superação da barreira de comunicação entre a RAPS e RASB é necessário que os profissionais promovam espaços de diálogo através de reunião de equipe e *interequipes*, através da implantação do matriciamento que visa uma ressignificação do processo de trabalho das equipes de saúde. Deste modo, o compartilhamento de saberes possibilita o alinhamento da linguagem técnica bem como o planejamento do manejo dos problemas psicossociais e de acompanhamento (GOVEIA et al, 2021; MATOS et al, 2018; WITISKI et al, 2019;

A compreensão dos fluxos e como a RASB e a RAPS estão constituídas foi outro obstáculo que emergiu nos grupos convergentes de forma geral. Foi abordado pelos participantes que os serviços seguem o fluxo padrão de encaminhamento pelo sistema RCR já instituído, porém os encaminhamentos nem sempre garante que o usuário consiga o atendimento. Outros participantes demonstraram desconhecimento quanto a existência de alguns fluxos e equipamentos de saúde das RASs do DSCB, a exemplo do CAPS no DSCB por parte dos dentistas, ou ainda, nem todos os profissionais do CAPS/CAPSAD tem conhecimento das unidades das UBS/USF em determinado bairro para encaminhar usuários para a APS, ficando a cargo do usuário buscar serviços próximos à sua residência.

*“Não tem fluxo estabelecido, você pode encaminhar para um raio específico, vários locais, contatos e endereços. Então eu acho que às vezes se perde e se você não vai atrás, tipo assim, às vezes a gente tem medo de ir atrás resolver, mas às vezes o profissional lá no meio do atendimento você fala: oh estou precisando aqui desses exames veja aí se você consegue, aonde que você vai fazer. O paciente fica perdido, se a gente não sabe orientar complica, para eles, né? Então a gente tem que deixar tudo arrumadinho para que as coisas fluam melhor, mas rápido.” (P6)*

*“Eu não sei quais são os fluxos dos pacientes, não sei como é que se dá isso, mas se forem dá para tentar construir” (P10)*

*“Na teoria ela deveria primeiro encaminhar o paciente para mim da USF e eu encaminhar para o CEO não fazer isso direto.” (P11)*

A dificuldade para se alcançar melhor coordenação tem sido imputada às dificuldades para garantir a integração entre os níveis assistenciais, seja pela baixa utilização de tecnologias de informação e comunicação, pela falta de definição de fluxos assistenciais na RAS, como também pela insuficiente retaguarda terapêutica especializada, considerada um grande gargalo

do SUS (ALMEIDA et al, 2018). No que diz respeito aos profissionais de saúde, o estabelecimento efetivo das conexões entre os pontos de atenção passa pelo conhecimento da oferta e disponibilidade de serviços para onde encaminhar, o que implica definição clara dos serviços de referência e da existência de fluxos de informação bem instituídos e, sobretudo, suficiência nos recursos para retaguarda terapêutica (ALMEIDA et. al, 2018; CRUZ e SANTOS, 2019; PAULA e MELLO, 2019).

Dessa maneira, é indispensável reconhecer que o compartilhamento cotidiano de informações não faz parte do processo de trabalho dos profissionais da APS e atenção especializada, sendo um campo a ser aprimorado. Ainda, existe indicação na literatura que o espaço ocupado pela APS no SUS ainda não a habilita ao exercício da coordenação do cuidado entre níveis na RAS. Muito em razão dos próprios profissionais não a reconhecer como um espaço de coordenação do cuidado. Assim, promover maior permanência e formação conjunta dos profissionais poderia facilitar o conhecimento dos fluxos assistenciais e especificidades da RAS, favorecendo as relações interprofissionais interníveis e o reconhecimento mútuo dos processos de trabalho (ALMEIDA et. al, 2018; CRUZ e SANTOS,2019; PAULA e MELLO, 2019; MENDES et. al., 2021; TOFANI et al., 2021).

Ainda no âmbito geral, outra dificuldade trazida pelos participantes foram as ações fragmentadas e sem diálogo entre os profissionais que atuam nas UBS sem a estratégia de saúde da família, os participantes relataram maior dificuldade de articular ações com essas unidades que possuem características de atendimento na APS de Salvador de forma fragmentada. Os profissionais atuam sem interação, sem promover a articulação das ações e discussão dos casos.

Talvez, umas das justificativas seja a inserção de profissionais médicos especialistas, ausência de ACS em seu corpo clínico, não ter um território de atuação definido atuando por demanda aberta e ainda por ter um processo de trabalho, ainda nos dias atuais, estabelecidos por atendimentos de programas específicos (pré natal, HIPERDIA, tuberculose), assumindo uma agenda programática. Assim, os profissionais atendem suas demandas de forma individualizada e sem um espaço para discussão de casos de forma interdisciplinar.

*“A gente tem vários profissionais na rede e eu acho que a gente ainda trabalha numa lógica muito do olhar individual e eu acho que principalmente a ESF tem que ter esse olhar mais múltiplo. Acho que a UBS não é tanto, acho que o formato de trabalho é diferente, né? ” (P6)*

*“Eu acho que também as vezes é falta de um espaço garantido ali na rotina dos profissionais para que isso aconteça. Então às vezes a UBS não tem, por exemplo, ali uma reunião de equipe, nem que seja mensal. Então os profissionais mal se encontram e cada um com sua escala de trabalho, entra e sai faz sua parte. Eu acho que o serviço*

*também contribui para isso, a lógica de uma organização do próprio serviço que deveria existir e garantir esse espaço em algum momento da rotina. ” (P8)*

*“Porque assim, por exemplo, eu que estou lotada em um UBS, mas eu não tenho esse conjunto, eu sou muito solta. O paciente vem, e vem muito paciente com transtorno. Eu percebo isso, que a gente não tem esse feedback, porque não tem um bom atendimento, não tem o Agente Comunitário de saúde para sinalizar. ” (P9)*

Carrapato, Castanheira e Placideli (2018) observaram em seu estudo que na UBS tradicional ou também UBS sem estratégia de saúde da família, o trabalho está organizado de um modo que favorece a fragmentação e dificulta a integração desejada. Cada profissional fica em uma sala, atendendo, e quando necessário há encaminhamento para outro profissional. Os casos difíceis são discutidos sem um espaço formal para isso, rapidamente em uma sala e/ou corredor da unidade de saúde. Não são realizadas reuniões periódicas de equipe com a finalidade de discutir casos e elaborar projetos articulados de atuação, ainda que os entrevistados refiram a grande integração da equipe.

O processo de trabalho fragmentado não favorece o diálogo entre as diferentes categorias profissionais da UBS para construção de um plano de cuidado compartilhado para alcance de um cuidado integrado dos usuários que acessam o serviço. Por conseguinte, embora a UBS possua profissionais especializados, a falta de interação não permite uma construção coletiva e resolutiva dos casos (CARRAPATO, CASTANHEIRA e PLACIDELI, 2018).

O trabalho multiprofissional muitas vezes é indicado pela fragmentação do cuidado e caracterizado pela justaposição das diferentes disciplinas, na qual os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional (PREVIATO e BALDISSERA, 2018). Não obstante, a atuação desses profissionais possivelmente se deve a cursos de graduação pautados no modelo médico hegemônico, com forte presença da cultura de uma educação fragmentada no nível da gestão dos serviços nas esferas municipais e estadual, conduzindo uma fragmentação das práticas em saúde (FERREIRA et al, 2018).

Quanto aos fatores relacionados especificamente à saúde bucal foram identificados: Falta de material odontológico e de qualidade questionável; Dificuldade do sistema de marcação de alguns serviços para facilitar o agendamento do usuário; Ausência de profissional de referência em odontologia no DSCB; Ausência de fluxo para atenção terciária em odontologia e Ausência de ações preventivas em saúde bucal voltada ao usuário em sofrimento psíquico.

Durante a discussão, foi possível identificar queixas referentes a insumos e equipamentos disponibilizados. A falta do insumo ou da sua qualidade e até mesmo a ausência

de alguns recursos para a execução dos processos de trabalho, impactam na assistência e causam desmotivação e descrença no SUS pelos atores envolvidos. Os participantes da pesquisa citaram algumas situações do seu processo de trabalho que culminam muitas vezes em descontentamento. Dentre as demandas, os pontos trazidos se referem a questões relacionadas a materiais e insumos insuficientes e de baixa qualidade, conforme trechos abaixo:

*“Na falta de material, por exemplo: Você está ali, sentado com um paciente autista na cadeira, e seu tempo de ação ali é limitado porque tem uma paciência ali, né? Sabe se tem que ir ali. Aí você vai avisar para pegar o micromotor, aí ele trava, aí fala: pega outro! Já pega outro, por que você tá ali lidando com uma criança, vem falha de novo! Pega outro, porque já aconteceu três vezes ter que pegar o micromotor para poder conseguir atender, e outras coisas que a gente sabe que falta.” (P1)*

*“Estou me sentindo um pouco decepcionada em relação às dificuldades que têm surgido, assim como comentei em outras ocasiões, materiais de poucas qualidades e o dentista fica sobrecarregado, para atender. Essa semana mesmo eu levei e trouxe no mesmo dia uma peça de mão minha que tem quase 10 anos, mas assim é muito difícil atender sem um caminho certo.” (P7)*

*“o profissional depende de uma estrutura boa de trabalho para que as coisas funcionem para desenvolver o trabalho. Querendo ou não é retrabalho e torna um pouco decepcionante isso” (P7)*

*“Eu fico pensando: Meu Deus! Acabou o Cimento de ionômero de vidro, eu preciso de um e se meu colega tem para emprestar, se for esperar o carro para pegar vai demorar. Então, na primeira oportunidade eu mesmo pego” (P8)*

*“Poxa, eu me esforcei tanto, me especializei tanto para dar o meu melhor. E aí eu estou vendo que não é o objetivo das instâncias superiores. Você se sente impotente, por mais que você queira, tenha vontade, não é suficiente muitas vezes.” (P10)*

*“Tinha muito retrabalho, porque a gente tem um adesivo que ele é muito ruim. As restaurações não fixam, então eu passei a comprar” (P11)*

*“Eu estou fazendo o errado, estou fazendo o papel que Estado deveria, quem deveria prover era o Estado, eu estou comprando meu adesivo” (P11)*

Para o melhor funcionamento da clínica odontológica é necessário que para além recursos humanos qualificado tenha a disponibilidade de uma quantidade de insumos odontológicos bem como equipamentos e instrumentais. Desta forma, pode-se inferir que a assistência odontológica se dá basicamente no modelo clínico que visa dar resposta à demanda de saúde do usuário. Fatores como falta de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados influenciam negativamente no alcance de metas, o que leva a uma avaliação, por vezes, negativa de muitos profissionais e equipes. Assim, é importante enfatizar a atenção odontológica de qualidade requer a presença desses materiais, além condições de trabalho adequado, vínculos não precários e estabilidade profissional (BARBOSA et al., 2018).

Em relação a dificuldade na marcação de horário pelos usuários em alguns serviços, os profissionais relataram que os usuários apresentam dificuldade para o agendamento, sobretudo no CEO, pois a forma de marcação, sendo somente presencial acarreta muitas vezes uma barreira, já que muito usuário não tem condições de se deslocar somente para tentar um agendamento, sem garantia real de atendimento.

*“Ele chega e vai marcar, mas é difícil chegar e marcar. Tem o dia da marcação e ele vai lá para saber o dia, é uma dificuldade, é uma viagem e uma passagem” (P0f18)*

*“O paciente não vai ter condições de ir várias vezes para o CEO tentar marcar a prótese e não sei se ele vai conseguir uma” (P8)*

*“Porque os serviços de odontologia não podem ser assim também colocados como outros? Porque às vezes é melhor vê daqui a um mês, dois meses, três meses, não que você tenha que ir lá. Porque se em uma unidade consegue marcar consulta com o cardiologista, com oftalmologia, porque que não consegue com o especialista em prótese? especialista em odontologia? Por que não incluem isso no sistema? Algo que fosse melhor para o paciente mesmo esperar, mas esperar no seu posto e vá lá saiba que abra vaga. ” (P8)*

Freire e colaboradores, em seu estudo, trazem que no Brasil ocorreu um discreto avanço na cobertura de saúde bucal e diminuição do não acesso a esses serviços por certos grupos vulneráveis. Ainda assim, de acordo com a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, através de um programa que avalia a qualidade na APS, foi possível observar que municípios mais desiguais e a presença de barreiras organizacionais, como: marcação de consultas, disponibilidade insuficiente de horário e dia de atendimento, e iniquidades no acesso, com a não priorização de indivíduos de baixa renda, se fazem presentes, sendo necessários esforços importantes para redução das desigualdades sociais (2021).

Outro entrave apontado pelos participantes do grupo foi a ausência de uma profissional que seja referência de saúde bucal no Distrito Sanitário, que tenha por objetivo favorecer um melhor diálogo entre os profissionais da assistência e da Coordenação de Saúde Bucal. Embora o profissional odontólogo distrital não seja um cargo oficial da SMS, os profissionais trouxeram que mesmo que o DSCB possua técnicos e profissionais que articulam o processo de trabalho, a formação em odontologia é um diferencial importante, haja vista que a profissão requer conhecimentos muito técnicos e que não é de domínio dos demais membros da equipe técnica do DSCB.

*“Eu vejo assim, por exemplo, os próprios colegas que trabalham em outros distritos que têm dentistas distritais fazem vários encontros mensais ou então discutem essas mudanças ou vê as dificuldades de cada um. Então, o que cada um pode fazer aqui para poder adaptar e eu acho isso funciona melhor. Por exemplo, o nosso distrito tem um profissional que é supercompetente e que tem a boa vontade, mas ele não está lá só para isso e ele não tem esse momento constante, em diversas parte da rede. Então*

*acho que é mais um caso, então acho que é por isso que a gente tem mais dificuldade. ” (P8)*

*“Quando entrei logo tinha uma ótica de ter dentistas distrital, ter reuniões uma periodicidade mensal ou bimensal. Então eu acho que necessariamente seria uma forma de discutir essas questões práticas e também matricular. ” (P10)*

Deste modo, uma das estratégias consideradas para articulação das redes seria ter um profissional de referência em odontologia no espaço do DSCB que atuaria enquanto apoiador institucional favorecendo a articulação das práticas e estratégias de gestão para produção em saúde bucal. A atuação é na provocação de mudanças significativas na forma de operar os serviços de saúde, é a necessidade da apreensão crítica dos gestores e trabalhadores sobre a forma de gestão adotada, e da disposição de se promoverem mudanças na direção de práticas de cogestão. O apoio institucional, nesse contexto, é pensado como um potente dispositivo de apoio e acompanhamento dos coletivos nessa perspectiva (MACHADO et al, 2018).

Souza e colaboradores (2020) em seu estudo analisaram a atuação do apoiador institucional com as eSB, constataram que as equipes que receberam ações do apoio institucional mostraram-se satisfeitas, o que indica o quanto o apoiador pode impactar positivamente no processo de trabalho. Deste modo, a inserção de uma profissional seja direcionada para esta atuação se mostra como uma potente estratégia de articulação das práticas de saúde bucal no DSCB.

Ao tratarmos sobre a ausência de fluxo para atenção terciária em odontologia, os profissionais trazem que não conhecem o fluxo para encaminhar os usuários que necessitam realizar procedimentos odontológico sob sedação.

*“O serviço do Hospital Irmã Dulce foi fechado. Está chegando vários pacientes para mim que eram acompanhados lá e fechou na época da pandemia e agora não tem mais. Eu também não sei, lá tem um centro de apoio de reabilitação para deficiente mesmo. ” (P1)*

*“O que a gente sabe é que existe uma dificuldade maior em acessar o serviço, o Hospital Roberto Santos. ” (P11)*

*“Isso que eu ia dizer, mas eu vejo que eu conheço superficialmente esses serviços, não o que a gente consegue acessar ou não, justamente isso, o que esse serviço faz? O que ele faz? O que ele não faz? Por exemplo, o hospital que eu posso encaminhar? o que não posso? Qual serviço está na minha atividade? ” (P12)*

O atendimento odontológico sob sedação em ambiente hospitalar é indicado quando todas as técnicas de manejo de comportamento não permitirem o atendimento odontológico seguro. Alguns transtornos psiquiátrico e de comportamento são indicados quando existe uma difícil comunicação e/ou cooperação durante o procedimento odontológico ou quando não há compreensão impactando na colaboração. Os procedimentos realizados durante a anestesia

geral baseiam-se na condição sistêmica do usuário e sua saúde bucal, atendendo às individualidades, realizando assim um plano terapêutico singular (BRASIL,2019).

Enquanto técnica da Coordenação de Saúde bucal, é possível apontar que na rede de Salvador a atenção hospitalar em odontologia é frágil, o município não possui em sua unidade hospitalar tal serviço e a Secretaria Estadual, através das suas unidades hospitalares que ofertam o serviço. No entanto, os hospitais do Estado não possuem um fluxo claro e definido, e tal situação deixa tantos os usuários quanto os profissionais da APS e CEO sem apoio para continuidade do cuidado em saúde bucal dos usuários com perfil para tal atendimento. Assim, os profissionais do CEO fazem todo o atendimento possível e quando estritamente necessário encaminham o usuário ao serviço hospitalar sob gestão do estado, no entanto não recebem retorno dos casos.

Quanto as ações preventivas em saúde bucal voltadas ao usuário em sofrimento psíquico, os profissionais pontuaram no DSCB são muitas pouco ofertadas atividades preventivas ao usuário em sofrimento psíquico, fato que impacta nas condições orais.

*“Eu tive essa experiência em um CAPS que tinha uma frequência de uso de fazer orientação, a gente tinha isso uma vez por mês. Os dentistas das unidades, as articulações dos encontros e foi uma experiência muito bacana. É o que eu não consegui ter no DS, eu não consegui essa vivência. ” (P04)*

*“Eu aprendi a escovar os dentes adultos numa formação que eu tive na USF, lá o projeto teve várias capacitações e uma delas foi a escovação. Lá eu me dei conta, naquele momento, que eu não sabia escovar meu dente, eu não tinha método, há mais de vinte anos. Então assim, é uma coisa comum a população, os nossos usuários nem se fala, nem se fala disso. Tem gente que nem escova de dente tem e já cresceu em casa que não escova dente. E não é só por questões financeiras e não ter a escova, é por que é questão de cultura mesmo. ” (P6)*

Denis et al. (2019) evidenciaram em seu estudo que a falta de escovação e o acesso aos serviços odontológicos foram consideradas como contribuintes para uma higiene oral desfavorável em usuários em sofrimento psíquico. A população estudada pelos autores apresentou baixa frequência de visitas odontológicas, e índice de higiene oral predominantemente entre moderado e ruim, indicando que a higiene bucal das pessoas em sofrimento psíquico precisa ser reforçada e os métodos de orientação devem ser aprimorados para tal público.

Deste modo, promover espaço com ações e atividades educativas em saúde bucal e de promoção de saúde para usuários em sofrimento psíquico fomenta uma cultura de cuidados com a saúde bucal. O cuidado com os dentes é um aspecto relevante para ações que podem potencializar ações que objetivam a reabilitação social do sujeito, não devendo, portanto, ser

negligenciado pelos atores sociais que participam ativamente do cuidado desses indivíduos (DENIS et al., 2019; OLIVEIRA et. al, 2021).

No tocante aos fatores relacionados a saúde mental, foi relatado pelas participantes que a falta de profissionais médicos, em especial o médico psiquiatra, no CAPS acarreta uma grande dificuldade no funcionamento do serviço e por consequência da RAPS. Durante a discussão do grupo, verificou-se que a ausência do psiquiatra no CAPS ocorre há bastante tempo, o que impacta na organização e no cuidado clínico no local. Em razão disso, o CAPS/CAPSAD não tem condições de prestar o cuidado continuado aos usuários que são acompanhados no serviço.

*“A falta de psiquiatra no CAPS tem provocado a ida de muitos usuários aos postos da atenção básica na busca da receita” (P05)*

*“Eu queria sugerir para essa situação, o psiquiatra, no caso do CAPS, que não cobre o serviço todo. Então a gente, tem mais ou menos 800 a 900 pacientes ativos lá, ela só atende a metade, a outra metade a gente encaminha para emergência. Que inclusive já disse que não vai atender. ” (P6)*

*“Se não tem o psiquiatra, se ele não consegue acessar a um outro serviço de saúde, né? Primeiro a gente estar com um paciente, está lá naquela situação a eu estou revoltada que aqui não tem psiquiatra. E aí o técnico manda para o outro setor, o serviço de emergência. A gente sabe que é direito dela, está certa, mas ela projeta na gente a insatisfação, ela acha que nós somos cruéis quando estamos encaminhando-a para outro setor, um outro serviço. E aí eu fico perguntando também como a gente traz um usuário para o nosso lado mostrando a ele que estamos todos no mesmo barco. ” (P6)*

*“No CAPS AD estamos sem psiquiatra há muito tempo, mais de um ano, né? Mas assim, de forma contínua, assim muito tempo deve ter mais de dois anos. Então, a gente está nessa situação e aí o que que acontece, poxa eu preciso resolver esse problema. Não tem psiquiatra, e enquanto isso, o que podemos fazer? ” (P6)*

A falta do profissional médico no CAPS causa desconforto nos profissionais técnicos em sua atuação pela falta de respostas para o caso de prescrição medicamentosa, os profissionais da APS por sua vez se sentem desconfortáveis em receber de forma espontânea muitos usuários solicitando prescrição dos seus medicamentos, devido ao fato das equipes da APS não terem conhecimento do caso e os médicos especificamente se sentirem incomodados de “renovar” receita de usuários que não são acompanhados por eles.

*“Às vezes o médico dele continua até a prescrição, por exemplo, o paciente passou tem oito meses, então eu só vou trocar receita uma vez, o retorno é anual, mas aquele retorno tem que acontecer, essa paciente estava totalmente descompensada. E ele falou que não vai assumir essa responsabilidade, devido a conduta indevida do paciente, então ele quer que o paciente realmente passe por um especialista para poder definir a conduta que aí ele só faz manutenções e às vezes a gente também não vai. ” (P7)*

*“Por mais que o médico tenha visto na faculdade ele não tem segurança. Por mais que ele tenha a boa vontade de ir estudar, mas chega um momento que você precisa de um apoio. ” (P10)*

*“Muitos usuários procuram o posto para a prescrição do psicotrópico e o médico clínico não tem preparo e não concorda que essa demanda seja da APS já que não tem estrutura para absorver” (P10)*

A relação estabelecida entre o indivíduo com transtorno mental e a figura do médico psiquiatra ainda é muito marcante no cuidado em saúde mental. Deste modo, a ausência desse profissional gera impactos na RAS, percebe-se uma prática associada ao uso do medicamento que tem como pano de fundo a medicação como recurso de escolha em detrimento do acolhimento e de outras estratégias de suporte psicossocial, tal reflexão não subtrai a importância do médico psiquiatra no contexto da atenção psicossocial (LIMA e GUIMARÃES, 2019).

Assim, a ausência do profissional médico na atenção especializada provoca uma desorganização na RAS, diante ainda da lógica que aponta os psicotrópicos como um recurso central das ações em saúde mental em que a maior parte dos usuários do CAPS recebem como intervenções o uso de medicações (ONOCK-CAMPOS et al, 2018). No entanto, é fato que numa RAS cada componente desempenha funções peculiares, é preciso que exista uma lógica organizacional que a atravesse, além de um sentimento de pertença e de responsabilização compartilhada entre os nós da rede (LIMA e GUIMARÃES, 2019).

Gonçalves e Peres (2018) identificam em sua revisão que em muitos municípios a prática de renovação de receitas estar relacionado a dificuldade de acesso ao médico psiquiatra, como também nas dificuldades do médico generalista em manejar os casos de saúde mental. Esta é uma demanda comumente atendida sem maiores questionamentos, intensificando a fragmentação das intervenções e a sensação de impotência dos profissionais de saúde não médicos.

Neste interim, os profissionais ao se depararem com barreiras para execução dos seus trabalhos de forma eficaz trouxeram para a discussão o quanto a manutenção desta rotina ocasiona desmotivação no processo trabalho, conforme trechos a seguir:

*“Falando do tempo que a gente entrou no SUS e as mudanças que aconteceram, eu me sinto angustiado, me sinto deslocada quando eu não consigo dar o que o outro merece” (P10)*

*“A gente está paralisada, eu vejo dentro de mim uma força tentando transmutar essa energia de paralisação... eu fico o tempo todo tentando tirar os colegas desse lugar de paralisação” (P6)*

*“A gente fica triste, porque a gente vê que a teoria do SUS é tão linda, tão maravilhosa, poderia dar tanto para nossa sociedade, mas o que a gente vê é desmonte cada vez mais” (P5)*

*“Quando a gente chega em um lugar novo, a gente chega com a energia renovada, quer fazer e acontecer. Tenta de início e a gente é podado em muitas situações que fogem da nossa governabilidade” (P1)*

*“A gente chega energético, vamos fazer a mudança acontecer! E aí se depara com burocracias” (P11)*

Viegas e Penna (2013) observaram que a desmotivação dos profissionais está associada à insatisfação em relação às condições de trabalho e aos incentivos não condizentes com o esforço que fazem, alinhado com a insuficiência de recursos materiais interferindo no desenvolvimento da assistência prestada; insuficiência de meios de transporte para o profissional e os doentes; a insuficiência de recursos humanos e alta rotatividade dos profissionais, ocasionando a descontinuidade da assistência.

Para além disso, é importante trazer em pauta a existência do desmonte da RAPS imposta pelo cenário político e ideológico brasileiro contemporâneo. Diante da atual conjuntura política, é instituída a RAPS um nível secundário de atenção por meio de equipes especializadas de saúde mental, abrindo espaço para a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados, bem como reintrodução do Hospital dia. Assim, o hospital psiquiátrico vem ganhando expressão e lugar de destaque nos discursos de alguns trabalhadores de saúde e de grupos de interesse da sociedade que ainda defendem o enclausuramento e o distanciamento do convívio social do usuário em sofrimento psíquico como forma de tratamento (ONOCKO-CAMPOS, 2019; SOUSA e JORGE, 2018).

Destarte, é preciso refletir que o trabalho em saúde mental, considerando o atual contexto político, expõe os trabalhadores a inúmeras tensões no seu cotidiano. Sendo fundamental para superar tais barreiras vivenciadas criar atividades de capacitação e educação permanente das equipes de modo a evitar a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Em face do exposto, é possível observar que vários entraves relatados pelos participantes impactam de alguma forma a construção de um cuidado integral. Desta forma, de certo modo, existe uma divergência teórica do que é idealizado o funcionamento das RAS para o que é vivido, praticado e experienciado por profissionais e por consequência pelos usuário que acessam os serviços de saúde bucal e saúde mental.

### 8.3.2 Construção do cuidado colaborativo

A estrutura operacional das RASs se apresenta como seu segundo elemento constitutivo, sendo a APS o centro de comunicação e o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (MENDES, 2011).

Desta maneira, o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde é fundamental e deve incluir meios para garantir atenção continuada e integral. A comunicação nas RAS estrutura o seu funcionamento e a sua articulação, e as suas formas de comunicação precisam manter um alinhamento entre os serviços de modo que o usuário consiga circular por essa rede, cumprindo seu itinerário terapêutico de forma eficaz e resolutiva.

Para tanto é necessário processo de comunicação efetivos entre membros da equipe multiprofissional de modo que ocorra a construção de objetivos comuns, de decisão compartilhadas do cuidado, como também a compreensão do papel e do trabalho de cada profissional que compõe a equipe e as relações horizontais das relações de trabalho; sendo tais atributos são características do cuidado colaborativo (AGRELI, PEDUZZI e SILVA et al., 2016). Desse modo, as práticas colaborativas e o trabalho interprofissional são estratégias que contribuem para o cuidado integral e produzem melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde (PEDUZZI e AGRELI, 2018).

O cuidado colaborativo se desenvolve através da interação entre os profissionais de saúde de diferentes núcleos de saber, assim busca-se através de mecanismos de comunicação e integração das diversas categorias que participam do cuidado dos usuários a construção de práticas de cuidado focado na necessidade do usuário e por conseguinte a definição das responsabilidades de cada membro da equipe. Assim, tal prática visa superar a burocratização das formas encaminhamento entre os serviços, a exemplo do sistema RCR, proporcionando uma aproximação dos profissionais da APS e da atenção especializada (BISPO JÚNIOR e MOREIRA, 2018).

No estudo de Velho et al (2018) foi observado que a forma de comunicação entre os equipamentos de saúde dos municípios estudados aponta para o discurso verticalizado. Assim, a comunicação está mais focada no discurso do que no diálogo, no entanto é através do diálogo que se constrói caminhos conjuntos, especialmente, quando está em jogo a qualidade de vida de uma população. Assim, as redes estão alicerçadas de forma frágil e apesar dos programas de

promoção, campanhas, ainda não há um processo que empreenda medidas capazes de levar ao usuário informação para que ele assuma a corresponsabilidade na construção e condução do SUS.

Durante a discussão, os participantes refletiram sobre os problemas vivenciados e que de alguma forma impactam na garantia da integralidade do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no DSCB. Por meio da dinâmica da Árvore de solução, a atividade buscou através da representação de cada parte de uma árvore discutir um problema, as suas causas e soluções. Assim, as raízes da árvore representam os fatores que culminam ou explicam o problema escolhido; o tronco representa o problema escolhido pelo grupo e a cúpula da árvore representa a solução proposta para superação do problema.

Os participantes escolheram como um problema chave a “falta de comunicação”. De acordo com os sujeitos do estudo as raízes desse problema, seriam: a falta de fluxos claros para que ocorra uma melhor interação entre os serviços; falta de Recursos Humanos (RH), especificamente o Médico Psiquiatra no CAPS, que dificulta a comunicação e o apoio quanto informações clínicas sobre a morbidade dos usuários e apoio na terapêutica; e insegurança e medos no manejo da terapêutica, que implica na paralisação do profissionais diante das demandas e acarreta a falta de escuta sobre as necessidades apresentadas pelos usuário (figura 06).

Figura 6. Demonstração Gráfica da Dinâmica “Árvore de Solução” construída no Grupo Convergente.



Fonte: Elaboração própria, 2022

As soluções propostas pelo grupo para superação do problema da falta e comunicação, foram: contratação de Recursos Humanos para o CAPS, diante do exposto a técnica da Coordenadoria da Saúde Mental compartilhou com o grupo a eminência da finalização da contratação de um médico psiquiatra para provimento do CAPS;

*“Mas isso aí também é a falta de profissionais, porque tem certas coisas que a gente precisa, né? Psiquiatra a gente precisa, chega um momento que não pode passar, a gente precisa do especialista, recursos humanos.” (P6)*

*“Então assim, querem uma notícia boa? Essa semana eu disparei um despacho em um processo de contratação do PJ médico, estamos em uma fase de construção da assinatura do contrato da segunda médica do CAPS, agora uma segunda médica, psiquiatra, já tem uma de saúde básica. Agora é o trâmite da assinatura do contrato, ela se apresentar na secretaria, pegar a carta e aparecer no serviço” (P4)*

Construção de um fluxograma viável e sua implantação, o que se alinha com o objetivo da pesquisa e que foi sentida como necessidade pelo grupo;

*“E fluxo possa ser a solução também.” (P4)*

*“Não é só fluxograma, né? Tem que ter o fluxograma e ser implantado” (P1)*

*“Construir um fluxo viável, né? Que as vezes você vai no fluxo e não consegue e aí vai nos fluxos paralelos.” (P1)*

*“Estabelecer esse fluxo é dizer: - olha você entrou aqui por mim e a gente agora já vai marcar uma consulta com o médico porque você precisa de uma avaliação ou de um médico já que você não é acompanhado e tal.” (P11)*

capacitação aos profissionais da assistência;

*“Pelo menos na saúde mental eu acho uma coisa extremamente simples, não estou dizendo que é fácil porque existe a questão, principalmente do usuário, dos medos, das resistências, disso que eu falei de você não se achar capaz de atuar naquela área. Mas, eu acho tão simples, é você sentar e conversar, é você ter acesso junto com aquela outra pessoa, ajudar aquele colega a ganhar. E aí você vai ver aquela consulta, você se acostuma, você vai ter os momentos específicos de capacitação, por exemplo, mas eu vejo isso como uma ferramenta extremamente importante e que pode estar em vários espaços inclusive na UBS.” (P6)*

*“A capacitação, né? Além da capacitação, eu acho que aquele negócio de o usuário acompanhar alguém que ele já tem confiança.” (P10)*

*“Poxa vida! Falei pro colega que queria tanto ir para o curso, a apreensão e por isso, o que vai acontecer, o ânimo que a gente vai conseguindo para acontecer, falar e pra ver se as coisas vão acontecer.” (P5)*

e o matriciamento com um enfoque importante trazido pelos participantes.

*“eu acho que o matriciamento é a solução como também um fluxo viável” (P11)*

*“O matriciamento vai ensinar muito a gente nessa direção.” (P4)*

*“O matriciamento é uma oportunidade da gente desconstruir e é assim que as políticas vão ser modificadas, porque a gente disse que a pessoa tinha um transtorno*

*mental, e hoje na verdade a política de saúde mental até regrediu para reutilizar esses termos focado na doença, né? E hoje a gente vê e fala, mas assim eu continuo erotizando os termos de sofrimento psíquico, sofrimento psíquico grave pessoas, enfim, a gente vai modificando as coisas porque palavra tem poder. Então, eu acho que é importante a gente ter esse espaço e é bom.” (P6)*

*“Por isso que eu falo que o matriciamento tem que ser rotineira, e assim por exemplo, ter reuniões com uma periodicidade mensal ou bimensal.” (P10)*

O matriciamento ou apoio matricial se apresenta como um modo de produzir saúde por meio de um processo de construção compartilhada entre uma ou duas equipes de saúde que criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No Brasil esse modelo de produzir saúde tem sido norteador em diversos municípios, sobretudo no processo de integração da saúde mental à APS ao longo dos anos (IGLESIAS,2019; BRASIL, 2011).

O apoio matricial tem estruturado um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária como recurso de construção de novas práticas junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental (IGLESIAS,2019; BRASIL, 2011).

Formulado por Gastão Wagner em 1999, esse modo de produzir cuidado busca transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, que se caracterizam por efeitos burocráticos e pouco dinâmico, em um modo de ação horizontal que integre os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Deste modo, o matriciamento estimula a produção de novos padrões de relacionamento entre a equipe e os usuários que amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, à medida que supera obstáculos organizacionais que dificultam a comunicação (MEDEIROS,2015; BRASIL, 2011).

Inicialmente é importante que os profissionais envolvidos no processo do cuidado reflitam e assumam uma postura construtiva sobre seu processo de trabalho e assim é possível estabelecer deslocamentos. Os participantes durante a discussão abordaram como o matriciamento é importante para a sua prática e pode ser, inclusive, uma estratégia para articulação das RAPS e da RASB, conforme podemos observar nos trechos:

*“eu acho que melhoraria ter um espaço garantido de matriciamento” (P10)*

*“ter medo é normal, se tem dificuldade é preciso de suporte de matriciamento... isso faz diferença, dar segurança tanto para o paciente como para gente” (P6)*

*“na USF e no CAPS a gente precisa trabalhar de forma mais lúdica e compartilhar saberes, temos que pensar juntos o que fazer, como fazer e o que se pode fazer” (P12)*

*“a lógica tem que ser no horizontal, é troca desses saberes, contribuir com o cuidado compartilhado, isso é matriciamento” (P12)*

*“a gente que trabalha em USF precisa muito do matriciamento do CEO sobre essas questões e eu vejo que tem que ser contínuo” (P8)*

*“Então, eu acho que talvez esses movimentos de criar uma rotina de matriciamento eu digo assim para tipos de casos pontuais mesmo não só o tema de gerais específicos, eu sinto falta, porque às vezes compartimento de cuidado individual daquele paciente que às vezes a gente consegue manejar dentro da equipe da USF com médico enfermeiro.” (P8)*

*“A gente produz um cuidado com muito mais responsabilidade, muito mais coletivo, muito mais compartilhado. O matriciamento vai ensinar a gente nessa direção” (P4)*

A efetivação do matriciamento exige deslocamentos importantes como: mudanças nas relações de trabalho – historicamente hierarquizadas; mudança no modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; mudança na formação em saúde – centrada na perspectiva biomédica; mudança no modo de praticar saúde – que transcende o setor saúde. Isto significa que a concretização do matriciamento em saúde mental em toda sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado pertinentes a um determinado contexto (SANTOS, 2020; IGLESIAS, 2019).

*“Na lógica do matriciamento ele pressupõe um compartilhamento de responsabilidade, então ele tem uma direção de planejamento, você planeja um cuidado com determinada pessoa, com determinado indivíduo e você pressupõem que cada tratamento, tem uma responsabilidade e compromisso com esse cuidado. E aí eu acho que é o ponto chave do matriciamento, quando a gente se encontra, começa a planejar o cuidado de alguém. Agora para conhecimento, para a gente conseguir cuidar melhor dessa pessoa, então assim, a gente amplia seus lugares de saber, sua profissão, conhece mais o ponto e a gente produz um cuidado com muito mais responsabilidade.” (P4)*

Neste sentido, é possível observar nas falas dos sujeitos a compreensão e o reconhecimento do apoio matricial como um recurso potente para a construção compartilhada de saberes e cuidado integrado, no entanto os profissionais esbarram em dificuldades no processo de trabalho para a superação e alcance da sua efetivação.

*“tenho muito dificuldade de conversar com as unidades de UBS porque não tem uma rotina já estabelecida desses momentos... é muito pontual. Então, como eu chego para fazer matriciamento se não exista?” (P4)*

*“tem muita dificuldade porque o matriciamento, como você falou, propõe um processo de encontro de uma ou mais equipes” (P6)*

*“os costumes são diferentes ... raramente tem uma reunião de equipe” (P6)*

*“na ficha de referência a gente coloca detalhes, mas a pessoa não lê” (P11)*

*“nas UBS os profissionais mal se encontram e cada um com sua escala de trabalho” (P8)*

*“Primeiro não tenho o telefone, a gente não consegue falar com colegas especialistas” (P8)*

No entanto, como é possível superar os desafios? Em seu estudo, Iglesias (2019) traz uma reflexão importante quando aborda que não basta implantar o matriciamento se certas garantias não acompanharem este trabalho, como aqueles encontros produtivos, regulares e longitudinais, que envolvam equipes de referência, matriciadores e gestores. Nisso os gestores têm uma grande responsabilidade, se afirmando como também imprescindíveis na consolidação do matriciamento. A partir daí é possível um processo de efetivação da proposta matricial de formação em serviço, construção de um trabalho interdisciplinar, descentralização da saúde mental e, conseqüentemente, de integração da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito.

Foi possível perceber que o grupo reconhece as suas fragilidades e apresentaram as características singulares, sobre o processo de trabalho, que cada unidade apresenta. Esses processos não são fáceis de serem articulados em prol de um objetivo comum, pois as mudanças só ocorrem com apoio e abertura dos profissionais nesse processo.

A integralidade do cuidado como uma relação intersubjetiva se desenvolve em um tempo contínuo e, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas como necessidades do outro. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, para que todos participem ativamente, podem ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a responsabilidade como a integralidade do cuidado como uma promessa do direito à saúde permite inserir as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos (PINHEIRO, 2017).

Diante do exposto é possível inferir que a comunicação é essencial para o funcionamento da RAS e das duas articulações. No entanto, é necessário que seja garantido aos profissionais estrutura adequada para fomentar a troca de saberes e a reflexão constante dos processos de trabalho, haja vista que o cuidado em saúde é dinâmico e a ponta da assistência precisa estar atenta as suas mudanças e avanços. Além disso, o caminhar dessa rede fundamentada em um fluxograma viável construído e executado de forma colaborativa parece ser uma forma de amenizar as frustrações dos usuários e profissionais, tornando-o uma forma exequível da integralidade do cuidado.

### 8.3.3 – (In) Segurança do Profissional

No que se compreende a Segurança do Profissional, as evidências dimensionam sobre o profissional que se sente apto para desempenhar suas habilidades e competências; a atuação ética e compromissada para se ter segurança, perpassando pelo exercício da responsabilidade. Desta forma, a Segurança do Profissional e a formulação conceitual/teórica dessa temática contribui para a prática profissional, uma vez que boas práticas e assistência segura ao paciente estão diretamente relacionadas à Segurança do Profissional (GONTIJO et. al,2022).

O estabelecimento do cuidado integral em saúde requer uma articulação de três elementos em seu procedimento: acesso, responsabilização e autonomia. É no registro da *responsabilização* que parece situar-se uma das mais importantes problemáticas acerca da reorganização do trabalho em saúde. O vínculo e a resolutividade, portanto, são os parâmetros que norteariam as equipes de saúde segundo o elemento de responsabilização do cuidado integral (MEDEIROS, 2015).

Entretanto, é preciso abrir um parêntese e trazer para discussão um incremento importante que é o preconceito e o estigma relacionado, historicamente, ao usuário em sofrimento psíquico. O preconceito social voltado à essa população ainda é forte, especialmente em municípios pequenos onde a cultura das comunidades é propensa a difundir preconceitos. Revela-se que os males produzidos pelo preconceito e estigma no meio social são também detectados no ambiente de tratamento, pois esses indivíduos, dependentes do SUS, nem sempre são tratados como desejam. Essa situação é produzida pelos próprios profissionais que, em sua maioria, estão despreparados para atendê-los (SILVA & MARCOLAN, 2018).

Nesta perspectiva, Cruz et al (2019) em sua pesquisa observaram que as concepções dos profissionais da ESF ainda estão permeadas por julgamentos, e ainda foi possível verificar em sua revisão, que o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico na APS ainda é carregado de estigmas e preconceitos. Além disso, indicam que o profissional de saúde classifica os usuários com transtorno mental como aqueles que precisam ser tratados de forma diferente e os rotulam como aqueles excluídos da sociedade e pela própria família.

Durante o grupo de convergência os participantes abordaram questões sobre o atendimento ou a falta dele direcionado aos usuários em sofrimento psíquico. Os pontos trazidos para discussão traduziam a insegurança no manejo, tanto por parte deles como por parte dos outros membros da equipe de saúde. Assim, foi possível observar que o medo e a insegurança causam uma compreensão equivocada, sobretudo em relação ao papel da APS e sobre as

demandas referentes ao usuário em sofrimento psíquico, no que concerne não ser possível o cuidado nesse espaço.

*"eu vejo que as vezes tem uma barreira de quem faz tratamento no CAPS, aí tem que ter serviços especializados" (P6)*

*"eu acho importante o dentista se sentir seguro" (P7)*

*"Ele falou que tomava algumas medicações acho que ele não se lembrava e aí eu comecei a anamnese tentando investigar, mas é aí ele falou: - Bora logo, adiante aí seu lado! Para tipo eu atender logo ele. Eu fiquei morrendo de medo, eu no computador aqui digitando e assim só aqui no olhinho. Ele estava mexendo na sacola, na sacola que ele vai pega uma faca é agora meu deus é agora (risos). A ASB também ficou toda tensa. Quando ele saiu, aí meu deus que nervoso! Foi assim um caos. " (P12)*

*"Desculpe, mas eu não tenho condições e não me sinto segura" (P12)*

Rocha et al (2021) em seu estudo de revisão da literatura buscou analisar as práticas de saúde mental na APS e apontaram em seus achados que um dos principais obstáculos para a consolidação da assistência aos usuários em sofrimento psíquico está vinculada ao déficit do manejo da equipe, insegurança dos profissionais e ausência de vínculo com o usuário. Dessa forma, os autores inferem que o estudo demonstrou a necessidade de qualificação da equipe da APS no campo da saúde mental, bem como a criação de protocolos e melhoria da infraestrutura e rotinas, de forma a oferecer atenção integral e humanizada aos indivíduos com transtornos psíquicos, em articulação com profissionais e práticas já inseridos nos territórios.

Assim, é necessário ter um olhar cuidadoso sobre as inseguranças dos profissionais nos espaços de cuidado. Elas são causadas por múltiplos fatores que interfere na Segurança do profissional para boas práticas e por consequência compromete a assistência. Entre os fatores pode-se destacar: a escassez de recursos humanos, a grande demanda assistencial, dificuldades para o uso de novas tecnologias de cuidado em saúde e falta de capacitação profissional e a dificuldade para realização da mesma devido à sobrecarga de trabalho (GONTIJO et. al.,2022; CAVALCANTE, 2016).

Assim, foi possível observar em alguns participantes do grupo a dificuldade em lidar com os pacientes em sofrimento mental. Que pode estar atrelada a ausência de capacitação e/ou treinamento ou até mesmo a inexistência e/ou escassez desse conteúdo em sua formação profissional.

*"Se o dentista não tem o entendimento de qual momento ele tem que encaminhar para o CEO, imagine as outras categorias." (P6)*

*" Eu não tenho muita prática no atendimento a esses usuários. Não tem muita demanda na minha unidade." (P9)*

*"Se você não se sente seguro faça um curso de atualização (risos) " (P11)*

*"Alguns pacientes não dão abertura e não irão te dar abertura. Então, tem que encaminhar para outro serviço" (P10)*

*"Eu não me sinto preparada para atender esse tipo de usuário." (P12)*

Ainda, é possível refletir que alguns encaminhamentos realizados nos serviços estão atrelados a insegurança no manejo do caso e não devido a uma necessidade de atendimento especializado ou ainda de acordo com análise técnica dos casos.

*"eu acho importante a questão da segurança na rede básica, só atendo se me sentir segura, se não me sentir segura eu encaminho para o CEO." (P9)*

*"o CEO é bem mais acessível, pelo menos eu tenho percebido que o paciente que procura atendimento para pacientes especiais ele consegue com uma certa facilidade, então qualquer paciente eu encaminharia para o CEO"(P11)*

As competências e habilidades específicas na formação do cirurgião-dentista no atendimento a esse público não é identificado (ROCHA, 2020). Desta forma, os profissionais se isentam da responsabilidade e resolutividade quando utilizam o encaminhamento como forma de resolver suas inseguranças. No entanto, os profissionais apontam a necessidade de capacitações em temas específicos como o uso de psicotrópicos, depressão, ansiedade, acolhimento em SM, entre outros. Não obstante, a maioria não conhece a proposta da educação permanente em saúde (EPS), e a demanda por formação acontece em uma perspectiva tradicional, estruturada a partir de intervenções pontuais baseadas em um profissional detentor de saber (GAMA et al., 2021)

Destarte, diante das lacunas na formação, são necessárias práticas de educação permanente que tratem sobre o manejo clínico além de uma maior discussão interdisciplinar sobre a temática para que assim seja possível amenizar a insegurança dos profissionais, além da discriminação e do estigma dirigidos aos portadores de transtornos psíquicos. É válido ressaltar que a educação permanente e o apoio matricial foram apontados pelo grupo como uma estratégia importante para solução dos entraves vivenciados nos serviços.

Gontijo et al (2022) em seu estudo sobre a formação profissional fundamenta a segurança para atuação profissional, observaram que participantes da sua pesquisa trouxeram como estratégia a capacitação profissional e a Educação Permanente na APS. Ainda, apontam, entre suas considerações, que a insegurança do profissional se manifesta na falta de infraestrutura, de educação permanente e de apoio. A baixa resolutividade na APS e do sistema leva à insatisfação e frustração e ao sofrimento do profissional.

O conhecimento sobre a rede de atenção foi um dos pontos discutidos pelos profissionais. A ausência de fluxos claros e compreensão sobre o papel de cada serviço acarretam encaminhamentos equivocados e resultam em cuidado integral deficiente. O que foi possível observar durante a discussão e reflexões trazidas pelos participantes, é que cada serviço funciona em sua lógica própria e estão imersos em seus processos de trabalho particular, sem diálogo com outros pontos da rede de atenção. Deste modo, os profissionais realizam encaminhamento não seguro e não resolutivo.

*"a gente entendia que tinha muitas falhas no sistema de comunicação, ainda tem muitas falhas de encaminhamento para o CEO. " (P3)*

*"eu entendo que essa contra referência não precisa necessariamente enviar o paciente de volta, mas apenas mandando a situação do paciente"(P4)*

*"a atenção básica é sobrecarregada de outras demandas, então às vezes para o paciente conseguir a vaga é mais difícil do que para o dentista especialista do CEO, entendeu?"(P8)*

*"chega um ponto que a gente fica limitada, não sei. Mas quando chega esse ponto eu não sei para onde encaminhar, eu queria saber"(P10)*

*"quando a gente fala de fluxo estabelecido a gente precisa deixar essa rede muito clara"(P11)*

Assim, esses encaminhamentos, além de causar prejuízo aos usuários, causam indignação nos profissionais da atenção especializada que acabam culpabilizando os profissionais da APS sem considerar as possíveis inseguranças dos mesmos. Nesse contexto, todos os serviços de certa forma assumem uma posição, de certo modo, não resolutiva em razão, talvez, da ausência de compreensão quanto a raiz do problema, se mantendo sempre na posição da queixa, e não assumem uma postura propositiva para mudança do cenário. Nessa conjuntura, é comum esperar que a solução deva ser sempre a partir do “outro”, estando os serviços em uma conduta de isenção quanto a resolução dos problemas vivenciados.

*“Eu acho, na minha opinião, que o CEO poderia ser um pouquinho mais acessível”*

*"se o paciente exige muito tempo de cadeira, a atenção básica não tem muito tempo disponível e as vezes o pessoal do CEO já tem. Digo assim porque sempre temos uma demanda maior"*

Assim, se faz necessário assumir uma postura reflexiva sobre a Segurança do Profissional, considerando o cenário que do país atualmente, onde o SUS ainda enfrenta desafios como o do subfinanciamento e de precárias condições de trabalho para os profissionais, impactando negativamente na resolutividade das demandas singulares e coletivas em tempo

apropriado e necessário, e os profissionais precisam sair da lógica do dever ser para ser preciso (GONTIJO et al., 2022)

Ante ao exposto, é necessário que toda a rede assuma uma postura empática e sensível com todos os profissionais que compõe a RAS, buscando sempre e acolher os profissionais que estão atuando em todos os pontos da rede que apresentem medo e insegurança e assim buscar a sua resolução. É preciso ainda que os profissionais construam canais de comunicação, para favorecer a implantação e implementação do fluxo assistencial de articulação viável entre os serviços bem como devem buscar formas de educação permanente para que de forma compartilhada seja superado as inseguranças.

### **8.3.4 Acesso aos serviços de saúde bucal**

O acesso a serviços de saúde bucal ainda nos dias atuais é um grande desafio enfrentado pelos usuários que a demandam. É possível observar em estudos que a falta de acesso aos cuidados orais continua presente em uma grande parcela da população, principalmente para os grupos populacionais mais vulneráveis (RABELLO, 2021).

Em decorrência da PNSB, as suas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Básica, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2018).

No entanto, muitos são os desafios para consolidação do acesso a população aos serviços orais, sobretudo os usuários em sofrimento psíquico. O resultado do estudo de Ulisses e colaboradores (2020) apontam que pacientes com transtornos mentais se apresentam propícios ao desenvolvimento de alterações na cavidade oral. Diversos são os fatores que contribuem para o desenvolvimento dessas alterações, sendo o acesso aos serviços de saúde bucal, o tipo de assistência prestado a esses indivíduos e a motivação para o autocuidado, pontos de grande influência sobre a saúde oral desse público.

Na rede de atenção do DSCB foi possível observar dificuldades relatadas pelos profissionais sobre o acesso ao serviço de saúde bucal em decorrência do acompanhamento psicossocial desarticulado. As interações medicamentosas e os processos de morbidade desses usuários geram impactos importantes no planejamento clínico terapêutico do cirurgião dentista.

Neste sentido, o acompanhamento psiquiátrico é importante, no entanto os profissionais relatam dificuldade:

*“O atendimento odontológico a gente tem o primeiro contato com aquele paciente que nunca teve um diagnóstico, ele ainda precisaria ser colocado na lista de atenção psicológica e social também, porque às vezes ele já tem problema só que não está muito esclarecido. ” (P1)*

*“Vou precisar que você passe primeiro pelo psiquiatra, neurologista para fazer seu acompanhamento antes que você inicie o tratamento odontológico. Mas aí a gente encontrou uma barreira, ela não está conseguindo acesso ao especialista. ” (P11)*

A abordagem e o tratamento odontológico do usuário em sofrimento psíquico devem ser analisados com cautela, haja visto que alguns medicamentos utilizados podem gerar e/ou agravar o quadro patológico deste. Assim, o cirurgião dentista deve estar sempre atento as alterações comportamentais e farmacológicas apresentadas por esses usuários, para que com medidas preventivas e terapêuticas possa trazer uma melhor qualidade de vida, iniciando pela cavidade oral (LOPES et al., 2020).

Outra questão cerne do problema é o acesso a agenda do profissional devido as formas de marcação não acessíveis, centrada na necessidade do serviço em organizar as suas demandas ao invés das necessidades dos usuários que demandam o serviço. Assim, foi possível observar nos relatos dos profissionais da APS e do CAPS que o sistema de marcação do CEO não é resolutivo, acarretando várias idas ao serviço sem garantia efetiva da marcação.

*“Ele chega e vai marcar, mas é difícil chegar e marcar. Tem o dia da marcação e ele vai lá para saber o dia, é uma dificuldade, é uma viagem e uma passagem” (P3)*

*“É dinheiro, é o transporte que ele não tem e às vezes o posto é mais próximo. Aí ele ir no CEO para ver quando vai ser a marcação, complicado. ” (P7)*

*“Agora estou com um paciente que precisa de uma prótese ele é um paciente idoso que eu percebo que não tem boa saúde de ficar indo várias vezes no CEO. O paciente não vai ter condições de ir várias vezes para o CEO tentar marcar a prótese e não sei se ele vai conseguir uma” (P8)*

No estudo de Carnut e colaboradores (2020) o caminho que o usuário percorre entre a APS e a Atenção secundária em saúde bucal, aparentemente não é protegido por nenhuma estratégia gerencial de regulação que garanta e monitore o acesso ao nível especializado, cenário muito parecido com a RASB do DSCB. Os autores abordam que tal situação impacta na responsabilização dos profissionais com o trânsito do usuário Inter unidades, ao que parece a visão do cirurgião-dentista da APS assim como do CEO, em ambos os casos a ideia de fluxo é simplista. Deste modo, parece que para o usuário, a única garantia é o papel na mão e a esperança de que um dia conseguirá uma marcação, isso quando ele não se perde em face dos

problemas comunicacionais. Neste contexto hostil, torna-se mais fácil desistir dessa empreitada e torcer para que o tempo lhes seja gentil.

Durante a discussão do grupo, os participantes também relataram que os cuidados em saúde oral são secundários, e ainda que esses cuidados acarretam uma grande sobrecarga aos cuidadores e familiares sendo deixado de lado muitas vezes. Quando os usuários e/ou familiares se atentam para a necessidade do cuidado oral, geralmente a doença se encontra em um estágio doloroso ou muito visível e muitas vezes com comprometimento social. Tal fato também repercute a inserção desse sujeito na sociedade por conta do constrangimento e insegurança:

*“Na minha experiência eu percebo a grande necessidade dos usuários com os cuidados orais. Mas muitos não buscam os serviços. Quando estou no atendimento e vejo os dentes comprometidos eu oriento buscar”. (P5)*

*“É provável que alguns usuários não escova os dentes há muitos anos. Então assim, a família não deve ter instrução ou nunca levou isso a sério. Então, eu acho assim que a equipe do CAPS e da unidade básica também precisa fazer um trabalho de base com essa família” (P06)*

*“Tem vários os usuários no CAPS com a questão odontológica bem comprometida” (P6)*

Deste modo, considerando todo estigma e preconceito direcionado aos usuários em sofrimento psíquico, tal contexto muitas vezes interfere na autonomia e inclusão social desse usuário, e para além disso quando esse usuário apresenta um sorriso bucal comprometido esteticamente, intensifica a exclusão social e a baixa autoestima. Nascimento e Souza (2021) trazem que quando os aspectos estéticos orais se tornam visíveis e perceptíveis ao outro, causam diversos problemas no indivíduo afetado, fazendo com que ele se sinta coagido e impossibilitado de exercer atividade, afetando diretamente seu comportamento e como ele se vê diante de outras pessoas. Por tanto um sorriso saudável é importante não somente por questões estéticas, mas para que o indivíduo e sinta bem consigo mesmo.

Em face ao exposto, é possível inferir que o acesso seguro aos cuidados orais dos usuários em saúde mental é uma dificuldade para a garantia da integralidade, evidenciando que a APS não consegue, ainda, cumprir seu papel como coordenadora da rede e ordenadora do cuidado e a Atenção Especializada em saúde dificulta esse acesso. Diante dessas dificuldades, os serviços que comumente atendem esses usuários percebem as demandas orais existentes, bem como processos de autocuidado em saúde bucal insatisfatório, mas também encontram dificuldades para realizar articulações com os demais serviços.

## **9 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ARTICULAÇÃO ENTRE A RASB E A RAPS**

O alcance do cuidado integral se estabelece por meio do uso de ferramentas que articulem o saber técnico e popular, os recursos oriundos das instituições e da comunidade que visam a produção do cuidado. Para tal propósito é necessário que se tenha uma organização da forma de produzir o cuidado sendo que deve ser estabelecido rotas de encontros entre usuários e profissionais.

Na RAS cada componente desempenha funções distintas, no entanto, é preciso que exista uma lógica organizacional que a atravesse, além de um sentimento de pertença e de responsabilização compartilhada entre os nós da rede. No entanto, a lógica fragmentadora flutua entre os micro e macro contextos da saúde, atravessando a decomposição do corpo em partes, perpassando a organização fragmentada de políticas e sistemas de saúde e resvalando em práticas assistenciais segmentadas e com pouca comunicação (LIMA e GUIMARÃES, 2019).

Como forma de superar essa lógica fragmentada de cuidado sustentada por uma comunicação frágil e pouco apoio institucional para promover processos comunicacionais interunidades, surgiu a proposta de construção de um fluxograma de articulação entre duas redes de atenção, que na teoria, deveriam estar imbricadas, mas na realidade assumem uma posição de articulação deficiente. Assim, o fluxograma parece ser uma forma de assegurar um cuidado oral ao usuário em sofrimento psíquico no DSCB.

A construção do fluxograma se deu através de uma construção compartilhada por profissionais que vivenciam as rotinas dos serviços e suas dificuldades, bem como o olhar de profissionais da gestão que pensam e executam processos organizacionais para manter os recursos disponíveis, mas que também enfrentam variadas dificuldades para manter a engrenagem do sistema funcionando. Alinhar as experiências dos diversos atores que constroem e mantêm a RAS, e a partir dela encontrar os pontos de convergência e divergência se objetiva para a construção de um fluxograma de articulação de duas redes de atenção, que seja exequível.

Durante os encontros dos grupos convergentes os participantes se debruçaram sobre a atenção a saúde bucal do usuário em sofrimento psíquico e iniciaram a reflexão sobre o assunto. No primeiro encontro foi apresentado o diagnóstico situacional do DSCB do Plano Municipal de Saúde do Município 2022-2025 que teve participação de usuários e trabalhadores que vivem e atuam nos bairros do DS. O documento aborda os problemas identificados nas conferências

distritais referente a percepção dos problemas do estado da saúde e dos serviços de Saúde. Nesta relação, destaca-se: Elevado número de usuários com problemas com álcool e outras drogas; elevado número de usuários com doença periodontal no DSCB e insuficiência da RAPS do município para atender a grande demanda durante a pandemia (SALVADOR,2021).

Através da conferência distrital foram destacados a fragilidade da RAPS no DSCB, situação que intensificou durante a pandemia do Coronavírus. Paralelo a esse cenário os participantes da conferência destacaram que a doença periodontal é crescente no DSCB, e é válido destacar que os estudos evidenciam como sendo o segundo agravo em saúde bucal que mais acomete usuários em sofrimento psíquico (ALKHABULI et al., 2020; MORAIS JUNIOR; RANGEL; CARVALHO; et al., 2019; MOURA, 2019; NGO; et al., 2018; PATEL; GAMBOA, 2012).

Os participantes trazem que os problemas dos CAPS do DSCB já eram recorrente e durante a pandemia somente agravaram devido ao aumento da demanda. Em razão disso a APS vem sofrendo os impactos da desassistência já que os usuários procuram os postos para busca da receita.

*“Então a gente, tem mais ou 800 a 900 pacientes ativos lá, ela só atende a metade, a outra metade a gente encaminha para emergência. Que inclusive já disse que não vai atender. No CAPS AD estamos sem psiquiatra há muito tempo, mas de um ano, né? Mas assim, de forma contínua, assim muito tempo deve ter mais de dois anos. Então, assim, a gente tá nessa situação e aí o que que acontece, poxa eu preciso resolver esse problema. ” (P6)*

*“O médico do meu posto falou que não vai assumir essa responsabilidade, devido a conduta indevida. Então ele quer que o paciente realmente passe por um especialista para poder definir a conduta que aí ele só faz manutenções. ” (P10)*

A grande demanda alinhada à falta de recursos humanos e pouca articulação com a APS acarreta uma sobrecarga no serviço e por consequência tendem a interferir no cuidado integral gerando ações fragmentadas e pouco resolutivas. No estudo de Sampaio e Bispo Júnior (2021) também foi observado que a quantidade de profissionais de saúde mental é insuficiente para o atendimento da demanda, e tal cenário evidenciou a sobrecarga dos CAPS e a existência de longas filas de espera.

Essa situação, quando discutida sobre o cenário da saúde bucal, repercute também na assistência odontológica, haja vista que a ausência de acompanhamento no serviço especializados em saúde mental foi abordado pelos participantes como uma dificuldade já que a ausência de informações sobre a terapêutica dificulta a construção de um plano clínico terapêutico pelas eSB.

Diante de tal cenário, os profissionais do DSCB, sobretudo da gestão distrital estão organizando ações que visam promover uma melhor articulação dos serviços de saúde mental com os demais serviços da rede do DSCB, especialmente com a APS, de modo a superar as tamanhas dificuldades. Embora inicialmente a participante relata que não foram incluídos o CEO em seu planejamento, a pesquisa possibilitou a reflexão que o equipamento de saúde bucal também é importante para fortalecer essa construção em vista do cuidado integral.

*“Eu já estou muitos anos aqui como apoiadora e já fiz muitas visitas no CEO, mas já tem muitos anos. Eu até quero conversar depois com você porque a gente está montando uma miniequipe de referência de saúde mental distrital e eu não incluí o CEO, aí eu preciso ver, até pedir sua ajuda pra tudo que a gente vai fazer” (P6)*

Assim, de modo a fundamentar a construção desse fluxo foi proposto um diálogo acerca do papel de cada serviço que compõe a RASB e RAPS do DSCB, a função de cada um deles, o cardápio de serviços ofertado por cada um deles, e a orientação de como realizar o encaminhamento.

A análise dos fatores que interferem na articulação da RASB com a RAPS do DSCB foram pontos iniciais para se pensar no fluxograma. Além disso, conhecer a função dos serviços e a RAPS e RASB do DCSB bem como as suas dificuldades, foram fundamentais para se pensar na construção do que o grupo denominou “fluxo viável”. Nos encontros iniciais, a discussão girou em torno da construção do fluxo ideal, entretanto, no decorrer dos encontros percebeu-se a necessidade de tratar sobre o que, de fato, será possível ser executado no serviço, de acordo com o que dispõe e o de resolução da equipe de saúde.

Em porte das informações trazidas dos encontros anteriores, sobre: o papel de cada serviço, os entraves vivenciados em cada um dos serviços e suas particularidades de funcionamento, experiência exitosas, os principais entraves e ideias quanto à melhoria; os participantes iniciaram a construção do fluxograma.

Inicialmente os profissionais consideram que os usuários acessam o serviço de forma programada (agendamento) ou espontânea (acolhimento / consulta dia / urgência). A demanda espontânea se refere aos indivíduos que buscam o serviço de saúde de forma inesperada, podendo ser por problemas agudos (urgência) ou por alguma necessidade de saúde. A demanda programada se refere a indivíduos que comparece ao serviço através de agendamentos prévios (BRASIL,2013; CHÁVEZ, RENNO, VIEGAS, 2020).

A partir do tipo de demanda, o grupo iniciou a elaboração do fluxo considerando as possíveis portas de acesso do usuário em sofrimento psíquico nos serviços de saúde, podendo ser pela através da: APS (UBS e USF); CAPS/CAPSAD e CEO. Embora a APS seja a porta

preferencial, nem sempre o primeiro contato parte por essa via e desta forma o grupo frisou que o fluxograma deveria ser pensado considerando cada porta de entrada e logo depois articular a ligação entre elas.

Figura 07. Ilustração do Fluxograma referente a entrada do usuário no serviço da APS, Salvador-Ba



Fonte: Elaboração própria, 2022

A construção do fluxograma iniciou-se com a discussão sobre as portas de entrada do usuário pela APS, diferenciando a USF e UBS, já que cada serviço possui processos de trabalhos distintos. Assim, foi discutida durante a construção o processo de trabalho de cada tipo de unidade e particularidades, não assumindo uma posição de unificar as práticas e sim entender que cada dispositivo mantém sua lógica de funcionamento e que nelas podem ser inseridos processos de cuidados. Neste íterim, se compreende a lógica de fluxo viável trazida pelos participantes.

Com a identificação do tipo de demanda, o grupo definiu que as urgências devem ser atendidas no mesmo dia com terapêutica para manejo da dor e logo após o usuário deve ser orientado a agendar tratamento odontológico. Em relação as demandas programadas os profissionais refletiram acerca da necessidade de o usuário em sofrimento psíquico ter um acompanhamento especializado ou não, para iniciar o tratamento odontológico. Nesta perspectiva, o grupo dialogou que pode surgir no serviço: usuários que possuem acompanhamento especializado regular; usuários que já tiveram acompanhamento e que no momento do atendimento não possuem mais; e ainda outros que não tem o diagnóstico fechado. Assim, o grupo traçou o caminho a ser percorrido nas unidades da APS considerando cada situação supracitada.

Desta forma, os usuários que possuem um acompanhamento especializado em saúde mental ou aqueles que a equipe de saúde avalie que não é necessário avaliação médica prévia, serão direcionados para o agendamento odontológico eletivo de acordo com a disponibilidade de agenda da eSB.

Nos casos dos usuários em que a eSB observe a necessidade de uma avaliação médica prévia, seria discutido em reunião de equipe no caso das USF, e nas UBS o profissional irá discutir o caso com outra categoria profissional que atue no serviço (enfermeiro, assistente social, psicólogo e/ou médico) de modo a subsidiar o melhor planejamento clínico.

Dessa maneira, nos casos em que a equipe e/ou profissionais definir que o usuário terá seu acompanhamento de saúde mental na APS, este seria já será direcionado para o agendamento odontológico na unidade.

Por outro lado, caso for observado a necessidade de acompanhamento especializado em saúde mental, o usuário será encaminhado para o CAPS previamente a marcação com a eSB da unidade.

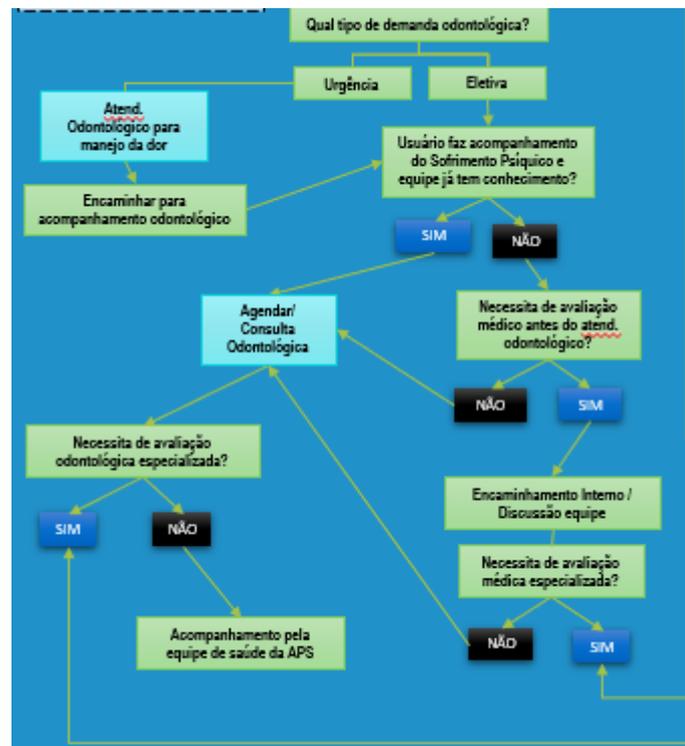
Assim, nas UBS e USF o fluxograma considerou (figura 08):

- Inicialmente o serviço deve identificar o tipo demanda odontológica, se é programada (agendamentos) ou espontânea (urgência);
- As demandas de urgência serão atendidas no mesmo dia para manejo da dor. Após o atendimento de urgência, o usuário deve ser orientado a realizar o agendamento com a Equipe de Saúde Bucal (eSB) de acordo com a disponibilidade do serviço;
- Nas demandas programadas (agendamento/eletivo), os usuários que são acompanhados pela USB/USF e que a equipe de saúde tenha conhecimento sobre sua saúde mental deve ser encaminhado para agendamento do atendimento odontológico;
- Os usuários que não são acompanhados pela equipe de saúde do serviço ou ainda nos casos em que a equipe não tenha conhecimento sobre seu acompanhamento de saúde mental, a eSB, através de anamnese (no acolhimento ou na primeira consulta odontológica) deve avaliar se há necessidade de um atendimento médico prévio ao atendimento odontológico. Caso o profissional avalie que não há necessidade de uma avaliação médica prévia o usuário será encaminhado para o agendamento odontológico;
- Caso o profissional do serviço avaliar que é necessária uma avaliação médica, o usuário será orientado a agendar uma consulta com profissional médico do serviço da APS e/ou o caso será levado para discussão na reunião da equipe multiprofissional, no caso das USF. No caso das UBS o profissional poderá discutir o caso com o profissional da enfermagem e/ou Assistente Sociais e/ou Médico Clínico;
- Caso após o atendimento médico e/ou discussão do caso na reunião da equipe (USF), ou discussão com outra categoria profissional (UBS) for observado a necessidade de encaminhamento do usuário para o serviço especializado em saúde mental, os

profissionais deverão encaminhar para o CAPS / CAPS AD de acordo com a indicação de cada serviço;

- Após o acompanhamento com o serviço especializado o usuário quando retornar ao serviço da APS poderá realizar o agendamento com a eSB;
- Os usuários pela qual a equipe da UBS /USF compreender que não há necessidade de um atendimento especializado em saúde mental deverão ser encaminhados para agendamento do atendimento odontológico e seguir o acompanhado na UBS/USF com a equipe de saúde;
- Os usuários em que eSB avaliar que necessita de atendimento em serviço de atenção especializada em saúde bucal deverão ser encaminhados para o CEO. Já os usuários que na avaliação da eSB não necessitar de atendimento especializado em saúde bucal deverão manter o acompanhamento em saúde bucal na APS.

Figura 08. Ilustração do Fluxograma referente ao caminho e as formas de encaminhamentos internos do usuário nos serviços da APS, Salvador-Ba



Fonte: Elaboração própria, 2022

No que se refere à falta de informação clínica sobre a condição de saúde e terapias dos usuários em sofrimento psíquico pelos membros da equipe de saúde, os participantes relataram

a importância dessas informações para construção do plano terapêutico odontológico. Desta forma, destacaram que entender sobre os usos das medicações e suas interações são fundamentais para segurança do usuário, além de auxiliar a construção do diagnóstico oral.

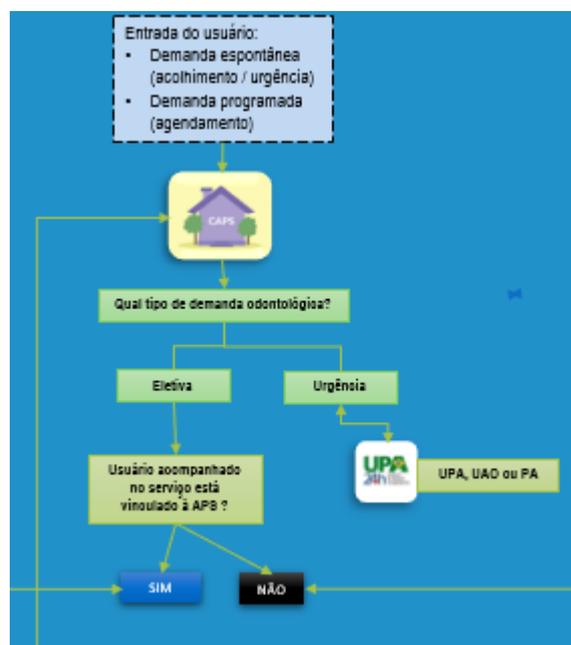
Vale ressaltar que, as condutas odontológicas requerem informações clínicas para planejamento do plano terapêutico seguro, e alguns usuários conseguem informar os seus dados clínico de saúde e estes podem ser acompanhados pela eSB da APS sem a necessidade de uma consulta médica prévia. Deste modo, o grupo refletiu que nem para todos os casos existe a necessidade de um acompanhamento psiquiátrico para iniciar a terapêutica odontológica e assim, durante a rotina do serviço os profissionais deverão avaliar cada caso.

Em seguida o grupo pensou no fluxo quando o usuário procura o CAPS/CAPS AD como porta de entrada (figura 09). Pactuou-se que o acompanhamento odontológico deve ser considerado na rotina da abordagem de cuidado dos CAPSs, assim:

- O usuário acompanhado no serviço, encaminhados pela APS, pelo CEO ou por outros serviços de saúde, deve ser avaliado o tipo de demanda oral que esse usuário necessita (programada ou espontânea - urgência);
- Os casos de usuários atendidos por demanda programada, os técnicos do serviço devem avaliar se este possui vinculação ou se o usuário tem conhecimento da UBS/USF próxima ao seu bairro de residência. Em caso positivo, o profissional do CAPS deverá articular com a UBS/USF a vinculação do usuário ao serviço de saúde bucal;
- O profissional deverá encaminhar via sistema Referência e Contra Referência (RCR) acompanhado do relatório do serviço, como também entrar em contato com o serviço da APS através do e-mail ou telefone de modo a favorecer um encaminhamento seguro. Ainda, caso necessário deve ser organizado reuniões entre os serviços para discussão dos casos;
- Usuários que não tem uma UBS/USF de referência deverão ser encaminhados diretamente para o CEO, através do Sistema RCR ou agendados diretamente do CAPS através das vagas já disponibilizadas semanalmente pelo CEO ao CAPS, organizado pelas chefias imediatas;
- Em casos de urgência, os técnicos do serviço deverão encaminhar para os serviços de urgências odontológicas do município;
- Nos casos dos usuários que possuem vínculo com a APS, pode ser encaminhado para a equipe de referência do usuário, dentro do horário de funcionamento do equipamento.

Um fato trazido no grupo foi a questão que o CAPS também deve assumir o cuidado com a saúde bucal dos usuários. Os participantes abordaram que é preciso fomentar os cuidados em saúde bucal em todo e qualquer espaço de cuidado, não somente os que tradicionalmente ofertam tratamento odontológico. Para isso, é importante que os CAPS incorporem em seus cuidados e protocolos a saúde bucal, passando a ser um espaço que oriente os usuários e seus familiares quanto a esse cuidado, para além da demanda odontológica visível e dolorosa.

Figura 09. Ilustração do Fluxograma referente ao caminho a formas de encaminhamentos internos do usuário no CAPS/CAPSAD, Salvador-Ba



Fonte: Elaboração própria, 2022

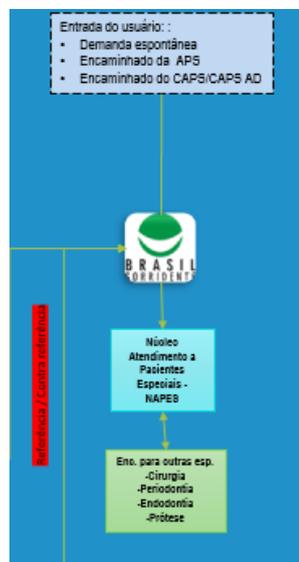
Em continuidade, foi discutido a porta de entrada pelo CEO (figura 10). Assim, os usuários que buscarem o serviço espontaneamente, encaminhados do CAPS/CAPSAS ou AP, seguirá o seguinte fluxo no serviço:

- O equipamento irá agendar, de acordo com sua disponibilidade de vagas, usuários advindos tanto espontaneamente quanto referenciados do CAPS/ CAPS AD e APS;
- As formas de encaminhamento entre os serviços se darão pela utilização do sistema RCR, já instituído no município, acompanhado do relatório médico;
- O CEO disponibilizará vagas para agendamento do usuário direto do CAPS/CAPS AD. A quantidade semanal será acordada entre as chefias mensalmente de acordo com a capacidade instalada do CEO no mês avaliado e a chefia imediata do CAPS deverá

enviar a relação dos usuários agendados do serviço através do email uma semana antes das datas acordadas;

- Os usuários serão agendados no CEO para os profissionais do Núcleo de Atenção a Pacientes Especiais (NAPES) e caso seja avaliado a necessidade de atendimento com outra especialidade (Periodontia, Endodontia, Cirurgia e/ou Prótese) o profissional do NAPES irá realizar um encaminhamento interno;
- Após a conclusão do tratamento, os profissionais do NAPES irão avaliar a periodicidade que o usuário deverá retornar ao serviço para acompanhamento.

Figura 10. Fluxo do atendimento odontológico no CEO, Salvador-Ba.



Fonte: Elaboração própria, 2022

Para fomentar as ações de prevenção no CAPS, as UBS sem estratégia de saúde da família deverão alternar ações de educação em saúde a cada três meses nos dois CAPS e deverão ser ofertados o kit de higiene oral para os usuários. Assim, a apoiadora do DS e/ou chefia imediata do CAPS/CAPS AD deverão articular a ida das eSB nas unidades através de contato prévio com as UBS de modo que seja planejado as datas da atividade e a logística da eSB para a ação. Por sua vez, a UBS que irá ser responsável pela ação deverá organizar e levar os insumos para distribuição (Kit de higiene oral) bem como elaborar a ação educativa. Ainda, de modo estimular a continuação do cuidado, os técnicos do CAPS deverão fomentar a higienização oral nos espaços do serviço após as refeições realizadas pelos usuários na rotina da unidade.

Diante da exposição e argumentação da estratégia, os técnicos dos CAPS também trouxeram que tem dificuldades na abordagem, oral pela falta de conhecimento e de como direcionar esse usuário na rede e ora pela articulação fragilizada com os serviços de saúde bucal,

e trazem que são sensibilizados com essas demandas, pois sabem o quanto impacta a saúde psicossocial desse usuário. No entanto diante da sobrecarga do trabalho não assumem esse lugar de prevenção em saúde bucal, e agem quando existe uma demanda trazida pelo usuário ou quando é visível.

Em suma, a construção do fluxograma contemplou o trânsito do usuário entre os equipamentos de saúde mental e bucal do DSCB considerando as particularidades de cada serviço e as dificuldades de cada um deles. Para tanto, é válido abordar que o grupo reconhece as fragilidades que o fluxo contém e que foram considerados normas e formas de encaminhamentos formais, no entanto o grupo considerou também que nem sempre as redes instituídas são resolutivas e assim foram considerados potencialidades das formas de encaminhamentos das redes ditas paralelas, tal como articulação direta de marcação entre os serviços, sendo considerados assim ações exitosas que não são contemplados nas redes instituídas.

Desta forma, foi construído um fluxograma de articulação da RASB e RAPS viável do DSCB (Figuras 11 e 12) pelo qual o grupo compreende que é possui um desafio, no entanto para além de pensar em um fluxo utópico, os profissionais ponderaram ações e comunicação que em suas avaliações permite viabilidade para execução desses processos, para que assim seja possível ocorrer deslocamentos.

Figura 11. Fluxograma Atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico do DSCB, Salvador-Ba (Frente).



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Figura 12. Fluxograma Atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico do DSCB, Salvador-Ba (verso).



Secretaria de Saúde  
PREFEITURA DE SALVADOR  
PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

FLUXOGRAMA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DO DSCB

**Unidades participantes:**

- ❖ **USF:** USF Prof. Humberto Castro Lima- Pernambuezinho, USF Fernando Filgueiras, USF Carlos Santana – Doron, USF Prof. Guilherme Rodrigo da Silva - Arenoso, USF Padre Maurício Abel – São Gonçalo, USF Barreiras, USF Mata Escura, USF Dep. Cristóvão Ferreira – Saramandaia, USF Resgate, USF Arraial do Retiro, USF Nova Sussuarana e USF Nova Sussuarana I, USF Raimundo Agripino – Sussuarana.
- ❖ **UBS:** CSU Pernambués, UBS Eunísio Coelho Teixeira; UBS Mata Escura, UBS Arenoso, UBS Engomadeira, UBS Rodrigo Argolo; UBS Santo Inácio; UBS Engomadeira
- ❖ **CAPS II Eduardo Saback / CAPS AD**
- ❖ **CEO Alto da Cachoeirinha – Cabula IV**

\*Todos os usuários encaminhados pelo CAPS/CAPSAD para o serviço odontológico da APS ou CEO devem ser acompanhados de relatório médico e ficha de referência/contra referência;

\*O CAPS/CAPSAD deve mapear as unidades da APS próxima da residência dos usuários acompanhados no serviço encaminhar para avaliação odontológica conforme fluxo para vinculação. Para um encaminhamento seguro, além do relatório médico e ficha de referência/contra referência. A comunicação com o serviço da APS deve ser realizada, preferencialmente, através do e-mail institucional e/ou telefone previamente e em tempo oportuno o CAPS/CAPSAD deve articular com a UBS/USF visita para discussão dos casos e matriciamento.

\*Deve ser integrado ao protocolo de cuidados dos usuários acolhidos e acompanhados no CAPS/CAPSAD avaliação odontológica pela APS do DS ou CEO conforme fluxo. O CAPS AD por atender usuários de outros Distritos Sanitário (DS) deve encaminhar para UBS/USF conforme vinculação do usuário no DS de sua residência;

\*Os usuários identificados na USF para discussão do caso na reunião de equipe deverão ser incluídos na pauta da reunião subsequente a data que foi constatado a necessidade. No caso das UBS que não tem reunião de equipe em sua rotina, o profissional Odontóloga deverá discutir o manejo do caso com outro profissional da unidade (Enfermeiro, psicólogo, assistente social e/ou Médico clínico);

\*O CEO Alto da Cachoeirinha irá disponibilizar vagas para os CAPS/CAPSAD semanalmente para marcação direta e de forma segura. A quantidade de vagas semanais e agendamentos devem ser articulados entre as gerentes das unidades.

\*As ações preventivas e de educação em saúde no CAPS/CAPSAD serão realizadas pelas UBS trimestralmente. As UBS deverão levar kits de higienização oral (escova dentária e dentífricos) para os usuários. O CAPS/CAPS AD devem organizar as datas e agendar através de email institucional com as UBS intercalando a unidade a cada trimestre e o DSCB deverá dar apoio logístico para a execução da ação. Além disso, deverá ser estimulados na rotina do CAPS/CAPSAD hábitos de higienização oral após as refeições realizadas no serviço;

Mestranda: Inamarí Souza de Almeida Amorim  
Orientadora: Paula Hayasi



Fonte: Elaboração própria, 2022

## 10 CONCLUSÃO

O SUS constitui um enorme sistema complexo que busca garantir o direito à saúde da população brasileira estando estruturado por seus princípios e diretrizes que norteiam as suas práticas. A integralidade do cuidado compreende uma das bases estruturais do sistema e é, talvez, o maior desafio dos gestores e profissionais que integram a RAS.

Quando se trata da integralidade para os usuários em sofrimento psíquico, o desafio só tende a aumentar. Mesmo diante dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que busca garantir um cuidado acolhedor, empático e emancipatório desses sujeitos, valorizando sua singularidade, dignidade humana e fomentando a autonomia, até os dias atuais esses usuários tem seu cuidado fragmentado e convivem em uma sociedade que os estigmatiza, e por consequência repercute em condições de saúde desfavoráveis.

Quando versamos sobre as condições orais, a PNSB também ao longo dos anos vem apresentando demasiados avanços para população brasileira. No entanto, o acesso aos cuidados orais direcionados aos usuários em sofrimento psíquico ainda apresenta obstáculos e por consequência retrata condições orais desfavoráveis. Além disso, é preciso compreender que o estigma também impacta nos cuidados orais dos usuários, pois devido a vergonha e insegurança muitos deles não acessam os serviços que prestam assistência, sendo necessário ter um olhar atento dos profissionais e gestores.

Por outro lado, o modo de fazer saúde se estabelece muitas vezes por ações fragmentadas e nos remete a refletir qual o cuidado integral que buscamos. Todavia, como atingir um cuidado integral se não temos governabilidade para decisão e/ou execução das engrenagens que movimentam o sistema? Desse maneira é comum observamos, no cotidiano do cuidado ações que dividem os usuários por tipo de demandas, e a partir de então são responsabilizadas diferentes categorias de cuidado para solucionar cada problema separadamente, almejando a resolução do “todo”, porém de forma fragmentada. Assim, uma articulação entre os serviços e RASs se faz necessário e possibilita um encontro entre os profissionais e destes com os usuários na base do diálogo fomentando um cuidado em saúde colaborativo, acolhedor e singular.

Com a expansão da APS e ampliação das RAS buscou-se assegurar um cuidado integral aos usuários que buscam o cuidado no sistema de saúde. No que tange a RAPS e RASB, as duas redes possuem processos emaranhados, mas encontram dificuldades para operar em conjunto. Embora sejam redes distintas, as duas redes possuem processos equivalentes de

cuidado e se misturam, pois o cuidado integral depende dessa articulação. No entanto, devemos considerar que as duas redes surgem a partir de políticas de saúde transversais que visam dar respostas a determinada demanda de saúde da sociedade.

Considerando que o cenário do estudo é estruturado com diferentes equipamentos de saúde que ofertam serviços de saúde mental e saúde bucal, esperava-se que houvesse uma melhor integração dos serviços através do sistema RCR adotado por eles. Na realidade apresentada no estudo foi possível observar que o cuidado integral voltado aos usuários e sofrimento psíquico apresenta barreiras para sua concretização. No que se relaciona a integralidade na dimensão dos serviços e suas organizações identifica-se que a garantia do acesso aos serviços de saúde bucal ainda é deficiente e o sistema RCR sozinho não é capaz de responder a necessidade dos usuários, principalmente no que se refere a comunicação e integração dos serviços. Ainda, do ponto de vista da política governamental o sistema de saúde local não está organizado para dar resposta as demandas e necessidades desses usuários.

Para tanto, observa-se que há pouca articulação entre RASB e RAPS do DSCB, cada uma das redes opera suas ações e serviços de forma independente sem uma compreensão clara das potencialidades e dificuldades que cada uma possa apresentar. Em vista disso, é preciso fazer uma reflexão dos impactos que ausência de comunicação ou até a ausência de canais comunicacionais tendem a reforçar a fragmentação do cuidado, impelindo de certo feito a integralidade, uma vez que impede a APS de exercer seu papel de coordenação do cuidado e ordenação da rede haja vista que a mesma não consegue dialogar com os serviços especializadas ou até mesmo para buscar uma forma de discutir os casos e auxiliar em um encaminhamento mais seguro e resolutivo.

Neste estudo, os participantes apontaram a falta de comunicação entre os serviços como o principal problema do DSCB, impactando nos cuidados em saúde bucal do usuário em sofrimento psíquico. Como soluções para o problema, o grupo convergente definiu a: construção de um fluxograma assistencial; a implantação dos matriciamentos, a capacitação sobre a temática aos profissionais da APS e CAPS/CAPS AD e CEO; e contratação de RH para CAPS, como ações importantes para superação e fortalecimento do cuidado integral.

Ainda, os fluxos e formas de encaminhamento dos usuários em sofrimento psíquico aos serviços de saúde bucal no DSCB se dá principalmente pelo sistema de RCR. Todavia, embora essa forma comunicação interunidade ocorra de forma técnica e formal entre os serviços, esse sistema sozinho não garante o acesso do usuário aos cuidados orais, sendo necessário a integração com outras formas de articulação para garantia da integralidade.

A construção do cuidado colaborativo é apontada pelo grupo como uma ferramenta importante para fomentar o diálogo entre os serviços e auxiliar a construção de projetos terapêuticos resolutivos. Para isso, se faz necessário que os profissionais que compõe a RAS assumam uma postura colaborativa entre seus pares para a garantia da sua efetivação. Além disso, os gestores precisam fomentar essa prática criando e assegurando espaços de comunicação. Desta forma será possível estabelecer processos de construção do cuidado integral dos usuários em sofrimento psíquico que seguirá para além do manejo terapêutico da condição psiquiátrica, sendo possível identificar e tratar outros agravos e garantir a segurança do profissional para as boas práticas do cuidado.

No que cerne a segurança dos profissionais odontólogos quanto ao atendimento clínico dos usuários em sofrimento psíquico, esperava-se encontrar profissionais inseguros na condução clínica. Em conformidade com pressuposto, o presente estudo apontou que os profissionais apresentam insegurança e até mesmo medo em atender esses usuários. No cotidiano da prática odontológica, muitos profissionais da saúde bucal não atendem usuários em sofrimento psíquico, encaminhando-os para o CAPS ou para o CEO por falta de conhecimento ou de atualização pela defasagem no conhecimento sobre transtorno mental, apontando desta forma uma lacuna na formação acadêmica do cirurgião-dentista na prática de atendimento à saúde bucal do portador de transtornos mentais.

Alinhando a esse processo, o fato de o grupo apontar a necessidade de capacitações sobre saúde bucal e mental, evidencia que os profissionais necessitam também de conhecimentos técnicos para o atendimento a esse público para que se sintam mais seguros na construção do plano clínico terapêutico. Ademais, a segurança do profissional está atrelada a processos formativos que o preparam para conduzir e tomar as decisões clínicas necessárias para os cuidados em saúde. Ainda, é possível observar que os odontólogos possuem qualificações técnicas na clínica odontológica, no entanto a prestação do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico requer, também, conhecimento quanto às possíveis limitações, a exemplo: problemas de coordenação motora, de comunicação e comportamentais. Desta forma, o conjunto desses conhecimentos, prática e condução da terapêutica possibilitam uma maior segurança aos profissionais.

Além disso, a falta de recursos humanos nos serviços acarreta sobrecargas dos profissionais e na assistência do usuário que demandam o serviço. No estudo, a falta do médico psiquiatra no CAPS vem afetando sobremaneira toda a RAPS do DSCB, desde a sobrecarga do serviço em dar respostas assistenciais até a repercussão da ausência de acompanhamento, que

reverbera na APS que acaba por assumir uma demanda pela qual não estava preparada e ainda sem nenhuma articulação com atenção especializada, tendo que dar repostas imediatas ao usuário que não pode esperar que essa rede desarticulada se organize, pois sua demanda não pode esperar, e no final são eles que mais sofrem. Assim, esse cenário causa sofrimento e angústia para os usuários que não tem sua necessidade atendida e para os profissionais que estão nos serviços por se sentirem impotentes já que não conseguem dar a responder a necessidade do usuário a quem assiste.

Dessa maneira o fluxograma de articulação possibilitou que os participantes se debruçassem sobre a RAS do DSCB e observassem seus nós e diante de tais reflexões desenhassem caminhos possíveis de encontros dos usuários com o serviço. O processo de alinhar as duas redes favorece um ponto inicial de integração do cuidado de modo que alinhado com a demais busca de solução, apontado pelo grupo, como: matriciamento, capacitação e recursos humanos suficientes para demanda; possibilita uma articulação que assegura que os cuidados orais se tornem reais para esses usuários e não uma possibilidade.

Ainda, a construção do fluxograma disparou entre os participantes da pesquisa necessidade de fomentar a educação permanente no DSCB. Neste sentido, em meio a discussão sobre o Plano Municipal de Educação Permanente da SMS foi formulado o Projeto educacional (ANEXO D) sobre a temática que por sua vez subsidiou a elaboração da Capacitação sobre atendimento odontológico aos usuários em sofrimento psíquico (ANEXO E) que visa qualificar a RAS do DSCB quanto aos cuidados em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico.

Por se tratar de um estudo qualitativo, a pesquisa possibilitou discussão e reflexão dos sujeitos sobre sua prática assistencial, no entanto não contou com a participação dos usuários em sofrimento psíquico na construção e reflexão da RAS, sendo por sua vez a principal limitação do presente estudo. O método baseado pela PCA viabilizou a construção de uma ferramenta de cuidado dinâmica através de um processo dialógico e crítico reflexivo dos participantes sobre sua prática, favorecendo a construção e um arranjo organizacional de cuidado possível de execução pelos profissionais que compõe a RAS do DSCB.

## REFERÊNCIAS

- AGNELLI PB. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. Bras. Odontol**, Rio de Janeiro, v.72, n.1-2, p.10-15, jan./jun. 2015.
- AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*, Botucatu, v. 20, n.59, p. 905-16, 2016
- ALJABRI, Mohsen K.; GADIBALBAN, Ibrahim Z.; KALBOUSH, Aboelezz M.; SADEK, Hesham S.; ABED, Hassan H. Barriers to special care patients with mental illness receiving oral healthcare: A cross sectional study in the Holy City of Makkah, Saudi Arabia. **Saudi Medical Journal**, v. 39, n., p.419-423, fev. 2018.
- ALKHABULI, Juma Omran Saleh; ESSA, Eshraq Zaid; AL-ZUHAIR, Abdulwahab Mazin; JABER, Aesa Alzaroug. Oral Health Status and Treatment Needs for Children with Special Needs: A Cross-Sectional Study. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.19, p. 1-10, ago. 2019.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; MADINA, Maria Guadalupe; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n 1, p 244-260, set, 2018.
- ALMEIDA, Ricardo Faria; PINHO, Mónica Morado; LIMA, Cristina; FARIA, Inês; SANTOS, Patrícia; BORDALO, Cláudia. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**, v. 22, p. 379-90. 2006.
- ARRAIS, Isabella Lima; CASTRO, Ricardo Dias de. Social, Educational and Profiles of Brazilian Patients with Special Need Attended at a Center for Dental Specialties. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada**, v.19, p. 1-12, fev. 2019.
- BARBOSA, M.J.L.; RODRIGUES, P.P.; BARBOSA, A.M.L; ALENCAR, L.M.; MAIA, E.R. Processo de Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p.50-60, jul./dez. 2018
- BERTAUD-GOUNOT, Valerie; KOVESH-MASFETY, Viviane; PERRUS, Catherine; TROHEL, Gilda; RICHARD, Frederique. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 13, p. 227-236, 2013.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diana Costa. Cuidado colaborativa entre os Núcleos de apoio à saúde da família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28 n. 3, 2018
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos**

**serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final.** Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica n. 17.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Brasília, 2017.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV).** Boletim Epidemiológico 2020a. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/BE-COE-Coronavirus-n020702.pdf> Acesso em: 24/04/2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva do Conselho Nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientação para condução de pesquisas e**

**atividades dos CEP durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2(COVID-19).** Brasília: Ministério da Saúde, 09 de maio 2020b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva do Conselho Nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** Brasília: Ministério da Saúde, 24 fevereiro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 913 de 22 de abril de 2022. Brasília, 2022.

BRIZUELA-BOGADO, Ada Evangelina; CRISTALDO-VALIENTE, Julieta Mariel; BAÑUELOS-GÓMEZ, Fátima; LUBARY, Raúl Vera; ADORNO, Carlos G. Trastornos temporomandibulares e índice de dientes cariados, perdidos y obturados en personas con discapacidad psicosocial crónica internadas en el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, 2018. **Revista Salud Pública Paraguai**, v. 10, n. 1, p. 63-73, jun. 2020.

BONIFÁCIO, M.C.S.; SILVA, A.C.S.S. da; GÓES, F.G.B.; SANTOS, A.S.T. dos; PINTO, L.F.; COELHO, Y.C.C.B. Conteúdos temáticos para o desenvolvimento de aplicativo móvel sobre covid-19. **Cogitare enferm**, v. 26, 2021

BRAGA, L.A.; SOARES JUNIOR, R. da C. O processo de consolidação do CAPS no Brasil e as articulações com a reforma psiquiátrica. **Revista de Psicologia**, v.6, 2019

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, nº 2, p 513-518, 2013.

\_\_\_\_\_. **Tutorial para uso do software Iramuteq.** Florianópolis, 21 de novembro de 2018, 74p.

CARNUT, L.; ZILBOVICIUS, C.; LOPES, T. T. V.; CASTRO, B. V.; BULGARELI, J. V. Análise de discurso do sujeito coletivo de cirurgiões-dentistas no cotidiano da regulação assistencial. **New Trends in Qualitative Research**, v.3, p. 635–647, 2020.

CARRAPATO, J.F.L.; CASTANHEIRA, E.R.L; PLACIDELI, N. Perceptions of primary healthcare professionals about quality in the work process. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.2, p.518-530, 2018

CARREIRO, Danilo Lima; SOUZA, João Gabriel Silva; COUTINHO, Wagner Luiz Mineiro; HAIKAL, Desirée Sant’ana; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 24, n.3, p.1021-1032, 2019.

CARVALHAES, CLL. **Avaliação de Saúde Bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã.** Tese (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 94. 2014.

CAVALCANTE, A.K.C.B.; CAVALCANTE, F.A.; PIRES, D.C.O.; BATISTA, E.M.C.A.; NOGUEIRA, L.T. Nursing perception of safety culture: integrative review. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 10, p. 3890-7, 2016

CAVALCANTE, C.M.; PINTO, D.M.; CARVALHO, A.Z.T.; JORGE, M.B., FREITAS C.H.A. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **RBPS**, v. 24, n. 2, p. 102-8, 2011

CHÁVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. A inter-relação da demanda e acessibilidade da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n 3, p. 300- 320, 2020.

CRUZ, E.L.; SANTOS, R.M.M. Attention to the health of the person in psychological distress in the Family Health Strategy. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 1 p.127-144, 2019

CUNHA, K.S da; ERDMANN, A.L.; HIGASHI, G.D.C.; BAGGIO, M.A.; KAHL, C.; KOERICH, C., MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M. de M. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 295-304, jan./mar. 2016

DAMASCENO, Kairo Silvestre Meneses; CRUZ, Denise Nogueira; BARROS, Sandra Garrido. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 03, p. 1-13, mar, 2021.

DENIS, F; MILLERET G; WALLENHORST, T; et al. Oral health in schizophrenia patients: A French Multicenter CrossSectional Study. **Presse Med.**, v 48, n 2, p. 89-99, 2019

FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S. de A.; ESPOSTI, C.D.D.; MARLY MARQUES da CRUZ, M.M DA. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPES C, 2006.

FRANCO, L.G.; MUNFORD, D. A análise de interações discursivas em aulas de ciência: ampliando perspectivas metodológicas na pesquisa em argumentação. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.34, 2018

FREIRE, D.E.W.G.; FREIRE, A.R.; LUCENA, E.H.G de; CAVALCANTI, Y.W. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 3, 2021

FURQUIM, Bruno D'aurea; FLAMENGUI, Livia Maria Sales Pinho; CONTI, Paulo César Rodrigues. DTM e dor crônica: uma visão atual. **Dental Press J Orthod**, v.20, n.1, p.127-133, fev. 2015.

GALVÃO, L.R.; ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. dos; BOUSQUAT, A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.12, 2019

GAMA, C.A.P.; LOURENÇO, R.F.; COELHO, V.A.A.; CAMPOS, C.G.; GUIMARÃES, D.A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface**. Botucatu, v. 25, 2021

GARROCHO-RANGEL, Arturo; ROMERO-HUÍZAR, Hilda; RUIZ-RODRÍGUEZ Socorro; CAMPOS-LARA, Nadia P.; POZOS-GUILLÉN, Fernando; POZOS-GUILLÉN, Amaury. Management of a Child with Reactive Attachment Disorder in the Dental Clinical Setting: A Case Report Manejo. **ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences**, v.1, n.22, p.59-66, fev. 2019.

GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira; CAETANO, Joao Carlos. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2014, vol.30, n.2, pp.318-332

GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap 4, p. 67-79.

GOMES, G.C.; NASCIMENTO, L.A. do; MORAIS, D.N.; SOUSA, R.B. de. Drugs and their consequences in the Family contexto: the view of social workers and users of CAPS in Pedreiras-MA. **Research, Society and Development**, v. 11, n.4, 2022

GONCALVES, Rafael Camilo; PERES, Rodrigo Sanches. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Rev. SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2018

GONTIJO, M.D.; FREITAS, A.T.S.; MAIA, A.F. de F.; VIEGAS, S.M. da F. Segurança do profissional no cotidiano da atenção primária à saúde: uma teoria fundamentada em dados. **Rev Bras Enferm**. v. 75, n.2, 2022

GOVEIA, A. O. de; PAES, C. L. de A.; SANTOS, V. R. C. dos; FERREIRA, I. P. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e26610514483, 2021.

GRAMACHO, L.T.; PINTO JÚNIOR, E.P. Práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.17, n.2, p. 220-229, mai./jun., 2018

GROISMAN, S; MORAES, NM; CHAGAS, L.J. **A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal**. Cadernos da ABOPREV, p. 1-8, 2005.

HAAS, Natacha Alves Tato; ALVES, Maria Urânia; ROCHA, Valéria Campanelli Franco. O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. **RFO**, v. 14, n.3, p. 211-215 set/dez. 2009.

HECK, R. L. E.; GOLDMEYER, M. C. Falhas de argumentação: você acha ou tem certeza? **Revista Acadêmica Licencia & Acturas**, v. 8, n 1, p 94–101. 2020

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.4, p. 1247- 1254, 2019

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, n. 2, p. 441-52, 2018

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019

LOPES, A.L.S.; COELHO, A.C.F.; VIEIRA, A.G.; BRITO, M.E.S.; SANTOS JÚNIOR, J.M. dos; BOGGIAN, L.C.; FIGUEREDO JÚNIOR, P.J. Efeitos da esquizofrenia na saúde bucal: interação medicamentosa e comportamental. *Revista em Saúde*, v. 1, n.1, 2020

JAMELLI, Silva Regina; MENDONÇA, Maria Cristina; DINIZ, Maria das Graças; ANDRADE, Felipe Bravo Machado de; MELO, Júlia Figueirêdo de; FERREIRA, Sergilene Rodrigues; SILVA, Polliana Vilaça. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1795-1800, 2010.

KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família- construindo competência para o cuidado. **Texto & Contexto Enferm.** v.22, n.4, p.961-70, 2013

MACHADO, S.S.; MOREIRA, L.C.H.; NASCIMENTO, M.A.A.; CASOTTI, E. Institutional Support according to the perspective of managers, supporters and workers: coming closer to reality from different places. **Interface**, Botucatu, v.22, n.66, p.813-25, 2018

MARIETTO, Marcio Luiz. Observação participante e não participante: Contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, v. 17, n. 4, p 05-18, 2018.

MARQUES, Tais Cristina Nascimento; SARRACINI, Karin Luciana Migliato; CORTELLAZZI, Karine Laura; MIALHE, Fábio Luiz; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. **BMC Public Health**, v.15, n.1, p.1-6, 2015.

MATOS, R.; SANTOS, G.M.; ROCHA, R.B. da; MENDONÇA, A.M.G. Apontamentos acerca do matriciamento como processo de trabalho na atenção primária à saúde: um recorte da experiência de Montes Claros – MG. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, jan./jun. 2018

MENDES, L. dos S.; ALMEIDA, P.F. de; SANTOS, A.M.; SAMICO, I.C.; PORTO, J.P.; VÁZQUEZ, M.L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 5, 2021

MEJIA-LANCHEROS, Cilia; LACHAUD, James; NISENBAUM, Rosane; WANG, Andrea; STERGIPOULOS, Vicky; HWANG, Stephen W.; O’CAMPO, Patricia. Dental problems and chronic diseases in mentally ill homeless adults: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.20, n.1, p.419-432, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade In: **Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social.** / Organizadores: Maria Cecília de Souza Minayo, Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto e Romeu Gomes. Petrópolis: Vozes, 2002, cap. 1.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAIS JUNIOR, Renato Carvalho; RANGEL, Marianne de Lucena Rangel; CARVALHO, Lais Guedes Alcoforado de; FIGUEIREDO; Suelene Castro; RIBEIRO,

MOURA, Franciely Araújo; BRANCO, Dimitra Castelo; SANTOS, Thaís de Oliveira Carvalho Granado; ALVES, Ana Cláudia Braga Amoras; KATAOKA, Maria Sueli da Silva; PONTES, Flávia Sirotheau Corrêa; NASCIMENTO, Liliane Silva do. Odontologia e saúde mental: experiência do PET Saúde no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista ABENO**, v.19, n. 2, p.135-143, jul. 2019.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

NASCIMENTO, Nathália Cristina Monteiro; SOUZA, Júlio César Pinto de. O sofrimento psicológico de pacientes com patologias bucais à perspectiva da psicologia. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 57, n.29, 2021

NÓBREGA, M. do P. S. de S.; DOMINGOS, A.M.; SILVEIRA, A. S. de A.; SANTOS, J.C. dos. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of Sao Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p.965-72, 2017

NGO, Di Ying Joanna; THOMSONC, W. Murray; SUBRAMANIAMA, Mythily; ABDINA, Edimansyah; ANGD, Kok-Yang. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. **Psychiatry Research**, v. 266, p. 206-2011, maio. 2018.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de

Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. p.365-393

ODILON, Natália Nascimento; SANTANA, Tacyanne Barbosa; LAMBERTI; Patrícia Leite Ribeiro; CAMPOS, Elisângela de Jesus. Avaliação do fluxo salivar e capacidade tampão da saliva de pacientes psiquiátricos em uso de agentes psicotrópicos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 350-355, set./dez. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; AMARAL, C.E.M.; SARACENO, B.; OLIVEIRA, B.D.C.; TREICHEL, C.A.S.; DELGADO, P.G.G. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v.42, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019

OLIVEIRA, José-Luiz Carvalho; SALIBA, Nem re Adas. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Gytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p. 297-302, 2005

OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães de. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, 2014

OLIVEIRA, C.R.F. de; SAMICO, I.C.; MENDES, M.F. de M; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M.L. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019

OLIVEIRA, R.M.P. de; OLIVEIRA JÚNIOR, N.G. de; CAVALCANTI, P.C. da S.; ALVES, M.; SAIDEL, M.G.B.; DUTRA, V.F.D.; LOYOLA, C.M.D. The importance of oral health in psychosocial reahabilitation: Smiling and caring in mental health. **Research, Society and development**, v.10, n. 5, 2021

PAIM, L; TRENTINI, M. A Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos, In: **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 1.

PAIM, Jairnilson. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, In: **Distritos Sanitários: O processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** / Organizador: Eugênio Vilaça Mendes. 3ª Edição. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, cap. 4.

PAULA, F.R. de; MELLO, M. G. S. Centro de Especialidade Odontológica e Unidade Básica de Saúde: análise de Redes Sociais como estratégia de governança. **Vitalle**, v. 31, n. 2, p. 53-63, 2019

PAIXÃO, T.M. da; SOUSA, A.I.; SOUZA, M.H. do N.; FARIAS, S.N.P. Coordination of primary care: limits and possibilities for integration of care. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 2019

PATEL, R; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community- based psychiatric care. **British Dental Journal**, v. 213, p. 1-5, jul. 2012.

PAULA, Fabio Rocha de; MELLO, Marcia Gomide da Silva. Centro de Especialidade odontológica de Unidade Básica de Saúde: análise de Redes Sociais como estratégia de governança. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 53-63, 2019.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, v.22, n. 2, p. 1525-34, 2018

PINHEIRO, Roseni. Integralidade do cuidado: a promessa política e a confiança no direito, In: **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. / Organizadores: Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins. Rio de Janeiro / Recife: Universitária UFPE – ABRASCO. 2011.

PINHEIRO, R; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A.G. da. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 12, n. 2, p. 343-349. 2007.

PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; SAMPAIO, J.J.C.; LIMA, G.P.; BASTOS, V.C., et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p.653-60, 2012

PREVIATO, G.F.; BALDISSERA, V.D.A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, v. 22, n.2, p.1535-47, 2018

Programa Insight - Atendimento Odontológico a pessoa com transtorno mental, 2013. Vídeo (30m. e 26s.). Publicado pelo Canal Profissional. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=F95TiaG8pXY> . Acesso em 26 jan. 2021.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. **Oral Health Policies in Brazil**. Braz. Oral Res., v. 23, p. 9-16, 2009.

RABELLO, R.E.D.; MONTEIRO, A.X.; LEMOS, S.M.; TEIXEIRA, E.; HONORATO, E.J.S. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. APS**, v. 24, n.1, p. 219-35, 2021

RAIMUNDO, J.S.; SILVA, R.B. da. Reflexão acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p.109-116, 2020

RIBEIRO, Saby Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.5, p. 799-1808, 2020

ROCHA, D.S.; SILVA, D.G. Intervenções de saúde mental: o discurso da equipe multiprofissional de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **R. Interd**, v. 11, n. 4, p. 50-56, out./nov./dez. 2018

ROCHA, F.P.; BARTOLE, M. da C.S.; LABUTO, M.M. The importance of the academic formation of the dentist surgery for psychiatric patients. **Cadernos de odontologia do UNIFESO**, Teresópolis, v. 2, n.1, pp.77-87, 2020

ROCHA, Y. R.; DOURADO, A.V.; OLIVEIRA, A.G. de; NASCIMENTO, C.S. do; BARRO, P.H.V.M.M.; RIBEIRO, R.C; ROCHA, Y.R.; CORRÊA, M.I. Approach to psychological disorders in Primary Health Care. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.5, p. 22590-22600, 2021

RUBIO, C. F. A relevância de aspectos formais e funcionais em fenômenos variáveis relacionados à primeira pessoa do plural no português do Brasil e de Portugal. **Revista de Letras**, v. 2, n. 38, p. 118-132, dez. 2019.

SACCHETTO, Marina Sena Lopes da Silva; ANDRADE, Natália Silva; BRITO, Maria Hellen Sâmia Fortes; LIRA, Divana Maria Martins Parente; BARROS, Simone Souza Lobão Veras. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. **Revista Odontologia UNESP**, v.42, n. 5, p. 344-349, set-out. 2013.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 – Volume I**. Salvador: Secretaria de Saúde, 2019a

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 – Volume II Distritos Sanitários**. Salvador: Secretaria de Saúde, 2019b

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2022-2025 – Volume II Distritos Sanitários**. Salvador: Secretaria de Saúde, 2021

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 33.719, de 03 de abril de 2021 e alterações posteriores. Define os protocolos geral e setoriais na forma que indica. **Diário Oficial do Município**, Salvador, 03 de abril 2021.

SAMPAIO, M.L.; BISPO JÚNIOR, J.P. Rede de atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021

SANTOS, A.M.; CUNHA, A.L.A.; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, 2020

SCOTT, Juliano Beck; PROLA, Caroline de Abreu; SIQUEIRA, Aline Cardoso; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no

Brasil: uma revisão sistemática. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018.

SCHERER, Edson Arthur; SCHERER, Zeyne Alves Pires; AZEVEDO, Hellen Aparecida de; DURÃO, Ana Maria Sertori. Opinião de pacientes psiquiátricos internados sobre o hábito de fumar. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.8, n.1, p. 25-33, jan.-abr. 2012.

SILVA, Talita Cristina Marques Franco; MARCOLAN, João Fernando Marcolan. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravado do sofrimento. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 12, n.8, p. 2089-98, ago., 2018

SILVA, T.L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; BARLEM, E.L.D.; BRUM, R.G.; NEUTZLING, B.R.S.; LOURENÇÃO, L.G. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis [online]**, vol.21, n.4, pp.1579-1599. 2011.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2019

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Cien. Saúde Colet.**, 2008

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de; WALL, Marilene Loewen; THULER, Andrea Cristina de Moraes Chaves; LOWEN, Ingrid Margareth Voth; PERES, Aínda Maris. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 52, p 1-7, 2018.

SOUZA, K.R.S; BAUMGARTEN, A.; FRICHEMBRUDER, K.; BULGARELLI, P.T.; SANTOS, C.M. dos; BULGARELLI, A.F. O apoio institucional e as ações das equipes de saúde bucal na atenção primária à Saúde no Brasil. **Rev. APS**, v. 23, n. 1, jan./mar., 2020

SUASTEGUI, Fernando Hernández; CEDEÑO, Bertha Vivanco. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. **Revista ADM**, v. 61, n. 6, p. 225-229, nov-dez. 2004.

TENG, Po-Ren; SU, Jo-Mei.; CHANG, Wei-Hsiang; LAI, Te-Jen. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. **Psychiatry**, v.33, n.3, p. 253-259, mar. 2011.

TENG, Po-Ren; LIN, Miao-Jean; YEH, Ling-Ling. Utilization of dental care among patients with severe mental illness: a study of a National Health Insurance database. **BMC Oral Health**, v.16, n.1, p.87-94, 2016.

TOFANI, L.F.N.; FURTADO, L.A.C.; GUIMARAES, C.F.; FELICIANO, D.G.C.F.; SILVA, G.R.da; BRAGAGNOLO, L.M.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.10, p.4769-4782, 2021

- TONELLI, B.Q.; LEAL, A.P. dos R.; TONELLI, W.F.Q; VELOSO, D.C.M.D.; GONCALVES, D.P.; TONELLI, S.Q. Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v.23, n. 2, p. 180-185, mai./ago., 2018
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.
- TRENTINI, M. O processo Convergente Assistencial, In: **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 2.
- TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, p 1-10. 2017.
- ULISSES, V.M.S.; MELO, D.T.A. de; MATOS, K. de F.; PEREIRA, R.O.; COSTA, K.F. da; FONTES, N.M.; PAULINO, M.R. Saúde bucal em pacientes com transtornos mentais: uma revisão da literatura. **BJSCR**, v. 32, n. 3, p. 59-66, set./nov., 2020
- VELASCO-ORTEGA, Eugenio; MONSALVE-GUIL, L.; ORTIZ-GARCIA, I.; JIMENEZ-GUERRA, A.; LOPEZ-LOPEZ, J.; SEGURA-EGEA, J. J. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case–control study. **BMC Res Notes**, v.10, p.50-57. 2017.
- VELHO, A.P.M.; VERMELHO, S.C.S.D.; LUCENA, T.F.R; BARTOLOZZI, F.; BENNEMANN, R.M. Estratégias de comunicação das secretarias municipais de saúde: desafios para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.11, n. 3, p. 505-515, set./dez., 2018
- VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 17, n.1, p.133-14, jan./mar., 2013
- WAIMAN, M.A.P.; MARCON, S.S.; PANDINI, A.; BESSA, J.B.; PAIANO, M. Nursing care for people with mental disorders, and their families, in Primary Care. **Acta Paul enferm**, v. 25, n. 3, p. 346-51, 2012
- WITISKI, M. MAKUCH, D.M.V.; ROZIN, L.; MATIA, G. de. Barreira de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.18, n. 3, jul./set., 2019
- ZONONATO, E.R.; COSTA, A.B.; AOSANI, T.R. Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p.10942-10960 jan. 2021

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Profissional,

Meu nome é Inamari Souza de Almeida Amorim, sou Cirurgiã Dentista, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: em BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO”**, que tem como objetivo geral construir um fluxograma/protocolo de articulação dos serviços da Atenção Primária à Saúde e da rede especializada (CEO e CAPS) do Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) do município de Salvador-BA. A justificativa deste estudo está atrelada as evidências trazidas nos estudos onde apontam que os indivíduos em sofrimentos psíquicos possuem condições orais importantes e as mais prevalentes são as cáries dentárias, seguida das doenças periodontais, xerostomia e a Disfunção Têmpora Mandibular (DTM). Por sua vez, esses indivíduos apresentam uma grande necessidade de tratamento, no entanto encontram várias barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal. Neste sentido, propomo-nos a desenvolver essa pesquisa com o intuito de que a mesma sirva como instrumento que subsidie ações de articulação da Rede de atenção à Saúde Bucal (RASB) e da Rede de atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Sanitário Cabulo Beiru (DSCB) no município de Salvador/BA.

Você está sendo convidado a integrar essa pesquisa através de uma entrevista e participando de reuniões, para reflexão e construção de uma proposta de fluxograma/protocolo para articulação da RASB e RAPS. As entrevistas e as reuniões poderão ser gravadas, mas será garantido a você a não divulgação das gravações para assegurar o anonimato das informações, utilização de nomes fictícios ao fazer uso acadêmico dos dados coletados e a liberdade em desistir da pesquisa no momento em que desejar, sem prejuízo de suas atividades profissionais, sendo respeitada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, asseguro que não haverá riscos decorrentes deste estudo, exceto um provável desconforto ao abordar situações que lembrem momentos pouco agradáveis ou constrangimento ao compartilhar experiências com outros colegas. Nestes instantes, você terá a liberdade de não querer se expressar, sem que isso lhe traga prejuízo, tanto na participação do estudo como em suas atividades laborais. Caso seja necessário, por consequência de algum desconforto psíquico ocasionado pelo estudo, será ofertado pelas pesquisadoras, como forma de acompanhamento e assistência aos participantes, apoio psicológico remoto para minimização do risco. Assim, se você sofrer qualquer desconforto psíquico relacionado ao estudo, será encaminhado à orientadora da pesquisa, via plataforma virtual ou telefone e, após avaliação, será referenciado (a) para os serviços de base territorial, para fins de assistência e acompanhamento. Você não receberá benefícios financeiros para participar da pesquisa, ela tem caráter voluntário; contudo, se você se sentir prejudicado (a) por qualquer tipo de complicações e danos, você tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas, diretamente decorrentes de sua participação, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Informo que os dados produzidos serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, o qual será apresentado nos meios acadêmicos e científicos da área. As informações obtidas serão guardadas por um período de 05 anos, com acesso exclusivo das pesquisadoras sendo, depois desse prazo, destruídas.

Você receberá uma cópia desse termo, assinada pela pesquisadora, para informações e contatos. Para qualquer dúvida ou esclarecimento ou desistência da pesquisa, você poderá me encontrar no telefone (71) 992818219 e e-mail: inalmeida@yahoo.com.br. A orientação desta pesquisa está sendo realizada pela Prof. Dra. Paula Hayasi Pinho, que poderá ser contatada no telefone (11) 998029686 ou pelo e-mail: paulahpinho@gmail.com. Desde já, agradeço sua participação!

Em caso de dúvidas, quanto aos aspectos éticos da pesquisa, você também pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), localizado na Rua Rui Barbosa, nº 719, Centro (Prédio da Reitoria), Cruz das Almas – BA. CEP: 44380-000, Telefone: (75) 99969-0502 / 3621-6850 / Email: [eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br](mailto:eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br)

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**”, e concordo em participar voluntariamente desta, estando ciente de que os dados coletados serão utilizados para delineamento deste estudo, respeitando os preceitos profissionais e éticos exigidos.

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

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável  
Inamari Souza de Almeida Amorim

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientadora:  
Paula Hayasi Pinho

**APÊNDICE B - Roteiro dos encontros do Grupo Convergente**

<b>1ª ENCONTRO</b>				
<b>ATIVIDADE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Dinâmica de apresentação</b>	Permitir que os participantes se conheçam e revelem características individuais e do grupo.	Cada participante escreverá seu nome em uma etiqueta e colará sobre a blusa. Logo em seguida deverão se sentar em roda e cada um deverá se apresentar (nome, profissão e unidade onde atua).	Piloto e fita adesiva	20 minutos
<b>Apresentação da proposta e objetivo dos encontros</b>	Esclarecer os principais conteúdos que serão abordados e objetivo do grupo convergente	A mestranda fará uma breve apresentação das atividades e proposta dos encontros.	-	10 minutos
<b>Explicação da Caracterização da rede e Diagnóstico Situacional de saúde Salvador/Ba</b>	Possibilitar aos participantes conhecerem as características do território sanitário onde prestam o cuidado.	A mestranda fará uma apresentação estruturada do Diagnóstico Situacional do Município de Salvador e caracterização da rede do DSCB constante no Plano Municipal de Saúde do município.	Computador e retroprojektor	20 minutos
<b>Oficina sobre a função dos serviços</b>	Possibilitar aos participantes o debate e troca de conhecimentos.	O grupo será dividido em dois subgrupos. Será entregue um impresso com imagem de serviços e cada subgrupo fará uma discussão sobre quais as ofertas de cuidados a usuários em sofrimento psíquico e deverão descrever.	Impresso, lápis, caneta	20 minutos
		Em seguida, os subgrupos deverão se reunir em roda. Estará no centro da roda um painel com as imagens dos serviços, cada membro do grupo irá trazer a descrição dos serviços elaborado pelo	Papel metro, piloto, cola	40 minutos

		subgrupo no momento anterior e colar ao lado de cada serviço no painel. Terá início uma discussão sobre o papel de cada serviço.		
<b>Avaliação do encontro</b>	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre a atividades e conteúdo abordado	Dinâmica: Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	10 minutos

<b>2ª ENCONTRO</b>				
<b>ATIVIDADE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Dinâmica interação (baralho das emoções)</b>	Possibilitar que os participantes expressem sentimentos de forma verbal permitindo trabalhar a sensibilidade e empatia do grupo.	Os participantes se organizarão em círculo. Sobre uma mesa será colocado um baralho com vários tipos de sentimentos. Cada participante terá que escolher uma carta do baralho que possa traduzir como ele se sente em relação a sua interação com outros serviços do DSCB no cuidado do usuário em sofrimento psíquico.	baralho dos sentimentos	20 minutos
<b>Condições de Saúde Bucal dos indivíduos com transtorno mental</b>	Permitir que o grupo conheça e discuta as condições de saúde bucal dos indivíduos em sofrimento psíquico e correlacione com sua prática.	O grupo será dividido em dois subgrupos. Em seguida, cada grupo irá realizar a leitura de um caso clínico.	impressos	15 minutos
		Em seguida, o grupo terá que identificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as condições de saúde bucal encontrada no caso;</li> <li>- Qual ou quais serviços são necessários para resolução das demandas trazidas no caso e;</li> <li>- Quais as possíveis dificuldades que o</li> </ul>	Papel, caneta, lápis, piloto e cartolina	15 minutos

		usuário e a equipe encontraram ou poderiam encontrar.		
		Em seguida, todos os participantes se reunirão e cada subgrupo apresentará a construção realizada na atividade anterior. A pesquisadora trará para discussão informações obtidas na revisão de literatura.	-	30 minutos
<b>Estudo dirigido sobre matriciamento</b>	Propiciar a compreensão coletiva e aprofundamento teórico do conteúdo abordado	O grupo fará a leitura do capítulo 1: “Matriciamento: integrando saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos” do Guia prático de matriciamento em saúde mental. Em seguida será realizada uma discussão sobre a temática	impressos	30 minutos
<b>Avaliação do encontro</b>	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre a atividades e conteúdo abordado	Dinâmica: “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	10 minutos

<b>3ª ENCONTRO</b>				
<b>ATIVIDADE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Dinâmica interação (Desenho às cegas)</b>	Demonstrar a importância da comunicação e entrosamento do grupo de trabalho para alcance de um melhor desempenho	O grupo será dividido em dois subgrupos. Cada subgrupo escolherá uma pessoa para desenhar um objeto. O responsável pelo desenho não poderá ver o objeto escolhido. Em seguida, o resto da equipe dará instruções de como desenhar o objeto. O grupo só poderá ver o desenho após o tempo	papel metro, piloto, lápis, caneta e impresso	10 minutos

		destinado para a elaboração do desenho. A meta é que a equipe chegue o mais perto possível do objeto escolhido.		
<b>Dinâmica da árvore de soluções</b>	Permitir que os participantes identifiquem os problemas e suas causas e a partir de então construam propostas de solução	Haverá um painel em formato de árvore. As dificuldades elencadas pelo grupo no 2º encontro serão resgatadas e coladas no tronco da árvore. Será iniciada uma discussão em que o grupo fará uma reflexão acerca das possíveis causas das dificuldades que serão coladas na raiz da árvore. Em seguida, o grupo discutirá acerca das possíveis soluções para as dificuldades levantadas.	Papel metro, cartolina, piloto, papel ofício, adesivo, cola e caneta.	40 minutos
<b>Construção de um fluxograma</b>	Elaborar um fluxograma buscando a articulação dos serviços da APS e rede especializada (CEO e CAPS).	Após a discussão da árvore de soluções, o grupo iniciará uma discussão de como montar um fluxograma de articulação entre os serviços da APS e da rede especializada (CEO e CAPS) do DSCB, considerando as discussões realizadas nos encontros anteriores e na árvore de soluções. Um painel estará no centro da roda e um participante irá desenhar o fluxograma seguindo a orientação e a discussão de todos os componentes do grupo.	Papel metro, piloto e adesivo	60 minutos
<b>Avaliação do encontro</b>	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre a atividades e	Dinâmica: “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	10 minutos

	conteúdo abordado			
--	-------------------	--	--	--

<b>4ª ENCONTRO</b>				
<b>ATIVIDADE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Dinâmica de relaxamento</b>	Estimular a concentração do grupo.	A pesquisadora reunirá o grupo e colocará uma música relaxante. Depois, será solicitado que todos se sentem de maneira confortável, fechem os olhos e se concentrem no som da música.	Caixa de som	10 minutos
<b>Apresentação do fluxograma</b>	Apresentar à construção gráfica do fluxograma elaborado pelo grupo e solicitar que os participantes identifiquem e discutam as potencialidades e entraves	A pesquisadora apresentará ao grupo a construção gráfica do fluxograma. Em seguida o grupo será dividido e terá que elencar os pontos positivos, negativos e a viabilidade de implantação.	Impressos, papel e caneta	40 minutos
<b>Validação do fluxograma</b>	Realizar os ajustes necessários para implantação e validar o fluxograma	Logo após será iniciada uma roda de discussão em que os subgrupos irão trazer todos os pontos positivos e negativos elencados e a partir de então o grupo terá que ajustar o fluxograma para em seguida validá-lo.	Papel e caneta	60 minutos
<b>Avaliação do encontro</b>	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre a atividades e conteúdo abordado	Dinâmica: “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	10 minutos

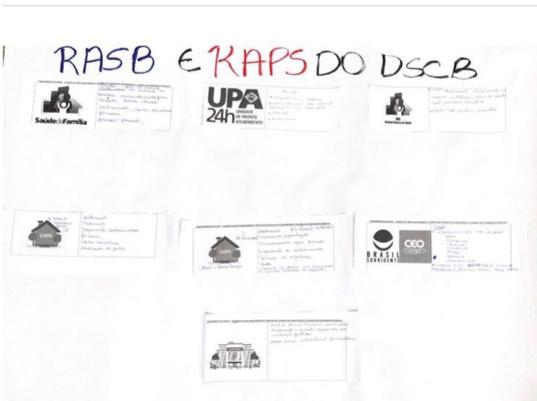
## APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Conversação

### SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____	IDADE:
ETNIA:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:
TIPO DE SERVIÇO: ( ) APS ( ) ESPECIALIZADO ( ) GESTÃO	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO ATUAL:	

1. Você tem conhecimentos dos serviços de saúde bucal que prestam atendimento a usuários em sofrimento psíquico do DSCB? Quais?
2. Você tem conhecimento de alguma orientação, protocolo e/ou fluxograma em saúde bucal direcionada a usuários em sofrimento psíquico no DSCB? Em caso negativo, como você maneja os casos e encaminhamentos desses usuários?
3. Você já realizou algum atendimento em usuários em sofrimento psíquico com demandas de saúde bucal? Como foi a experiência?
4. Você acredita que os serviços do DSCB estão aptos para acolher os usuários em sofrimento psíquico com demandas de saúde bucal? Porque?
5. Quais os principais entraves que você identifica na sua atuação com usuários em sofrimento psíquico com demandas de saúde bucal?
6. Você acredita que os profissionais e os serviços de saúde bucal e de saúde mental do DSCB precisam de formação/ atualização na condução dos usuários em sofrimento psíquico com demandas de saúde bucal? Porque?

### APÊNDICE D -Registros dos encontros do Grupo Convergente





**APÊNDICE E - Produto Técnico Fluxograma do Atendimento Odontológico do usuário em sofrimento psíquico**



# Fluxograma Atendimento Odontológico

Usuário em sofrimento psíquico

Salvador  
2022



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. FORMAS DE ENTRADA DO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....</b>	<b>4</b>
<b>3. PORTA DE ENTRADA DO USUÁRIO AOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>4</b>
3.1 USF/UBS.....	4
3.2 CAPS /CAPS AD.....	6
3.3 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA - CEO.....	8
<b>4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL NO CAPS/CAPS AD.....</b>	<b>10</b>
<b>5. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO DSCB.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO A– MAPA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR.....</b>	<b>15</b>
<b>ANEXO B – ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR POR DISTRITO SANITÁRIO.....</b>	<b>17</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente se apresenta como a maior política pública de saúde bucal do mundo, através dessa política a população brasileira adquiriu o direito à assistência odontológica nos serviços públicos de saúde. A PNSB, a partir de 2004, reorientou o modelo assistencial por meio da implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) que articula os três níveis de atenção, além de ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018).

Na odontologia é considerado Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Os pontos de atenção em saúde bucal devem estar preparados para prestação do cuidado a esse grupo, estando os usuários em sofrimento psíquico incluídos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2019).

Os indivíduos com transtornos mentais encontram dificuldades para o autocuidado em saúde bucal e, geralmente, apresentam: más práticas de higiene oral, maior prevalência de doença periodontal, maior experiência de cárie e maior prevalência de leucoplasias. Esses usuários, quando controlados com medicação e sem crises agudas, devem ser atendidos na APS, e a eSB deve estar apta para oferecer este cuidado e contar com o apoio do NASF e dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo desta forma recomendável o trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2018).

De forma a prestar assistência na busca da integralidade se faz necessário que a atenção básica, em especial as eSB, realizem a gestão do cuidado desses usuários atuando enquanto coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde, estabelecendo e consolidando os cuidados destes usuários em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Desta forma, o presente documento visa apresentar um fluxograma/protocolo de articulação dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e da rede especializada (CEO e CAPS) do Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) do município de Salvador-BA voltado ao atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico.

## 2 FORMAS DE ENTRADA DO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL

São consideradas a forma de entrada do usuário no estabelecimento de saúde:

- **Demanda espontânea / Acolhimento / Consulta dia:** Se refere a usuários que buscam o serviço de forma inesperada, podendo ser por problemas agudos (urgência) ou por alguma necessidade de saúde (BRASIL, 2013; CHÁVEZ, RENNO, VIEGAS, 2020).
- **Demanda Programada:** Se refere a usuários que comparece ao serviço através de agendamentos prévios (BRASIL, 2013; CHÁVEZ, RENNO, VIEGAS, 2020).

## 3 PORTA DE ENTRADA DO USUÁRIO AOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL

A atenção à saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico deve considerar todas os equipamentos de saúde da Rede de atenção à Saúde do Distrito Sanitário do Cabula Beiru (DSCB), da Atenção Primária à Saúde - APS (USF / UBS) à Atenção Especializada (CAPS/CAPS AD e CEO), mesmo que o serviço não tenha Equipe de Saúde Bucal (eSB) implantada. Deste modo, a saúde bucal dos usuários deve ser considerada em todo e qualquer espaço de cuidado e por sua vez o usuário deve ser orientado sobre os fluxos de atendimento dos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme disposto abaixo:

### 3.1 USF/UBS

Inicialmente o serviço deve identificar o tipo demanda odontológica, se é programada (agendamentos) ou espontânea (urgência);

As demandas de urgência serão atendidas no mesmo dia para manejo da dor. Após o atendimento de urgência, o usuário deve ser orientado a realizar o agendamento com a Equipe de Saúde Bucal (eSB) de acordo com a disponibilidade do serviço;

Nas demandas programadas (agendamento/eletivo), os usuários que são acompanhados pela USB/USF e que a equipe de saúde tenha conhecimento sobre sua saúde mental deve ser encaminhado para agendamento do atendimento odontológico;

Os usuários que não são acompanhados pela equipe de saúde do serviço ou ainda nos casos em que a equipe não tenha conhecimento sobre seu acompanhamento de saúde mental, a eSB, através de anamnese (no acolhimento ou na primeira consulta odontológica) deve avaliar se há necessidade de um atendimento médico prévio ao atendimento odontológico. Caso o profissional avalie que não há necessidade de uma avaliação médica prévia o usuário será encaminhado para o agendamento odontológico;

Caso o profissional do serviço avaliar que é necessária uma avaliação médica, o usuário será orientado a agendar uma consulta com profissional médico do serviço da APS e/ou o caso será levado para discussão na reunião da equipe multiprofissional, no caso das USF. No caso das UBS o profissional poderá discutir o caso com o profissional da enfermagem e/ou Assistente Sociais e/ou Médico Clínico;

Caso após o atendimento médico e/ou discussão do caso na reunião da equipe (USF), ou discussão com outra categoria profissional (UBS) for observado a necessidade de encaminhamento do usuário para o serviço especializado em saúde mental, os profissionais deverão encaminhar para o CAPS / CAPS AD de acordo com a indicação de cada serviço;

Após o acompanhamento com o serviço especializado o usuário quando retornar ao serviço da APS poderá realizar o agendamento com a eSB;

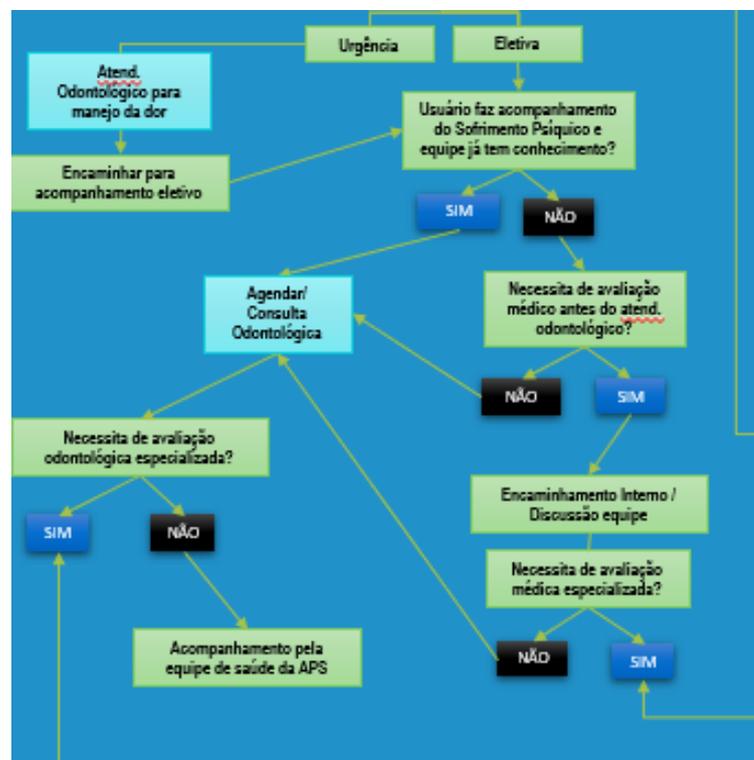
Os usuários pela qual a equipe da UBS /USF compreender que não há necessidade de um atendimento especializado em saúde mental deverão ser encaminhados para agendamento do atendimento odontológico e seguir o acompanhado na UBS/USF com a equipe de saúde;

Os usuários em que eSB avaliar que necessita de atendimento em serviço de atenção especializada em saúde bucal deverão ser encaminhados para o CEO. Já

os usuários que na avaliação da eSB não necessitar de atendimento especializado em saúde bucal deverão manter o acompanhamento em saúde bucal na APS.

No caso de atendimento de urgência os usuários que não residem na área de abrangência da USF devem ser atendidos para manejo da sintomatologia dolorosa e em seguida deve ser encaminhado para o serviço de referência próximo da sua residência e/ou para o CEO – NAPES para continuidade do cuidados orais, com ficha de referência.

**Figura 1. Fluxo do atendimento odontológico nos serviços da APS**



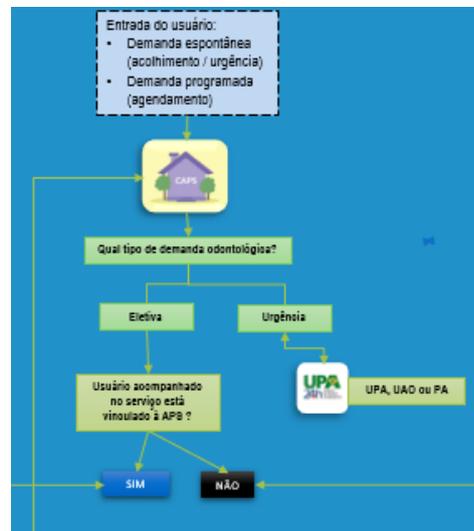
Fonte: Elaboração própria, 2022

### 3.2 CAPS / CAPS AD

O acompanhamento odontológico deve ser considerado na rotina de cuidado do serviço CAPS / CAPS AD, assim:

- O usuário acompanhado no serviço, encaminhados pela APS, pelo CEO ou por outros serviços de saúde, deve ser avaliados o tipo de demanda oral que esse usuário necessita a (programada ou espontânea - urgência);
- Os casos de usuários atendidos por demanda programada, os técnicos do serviço devem avaliar se este possui vinculação ou se o usuário tem conhecimento da UBS/USF próxima ao seu bairro de residência. Em caso positivo, o profissional do CAPS deverá articular com a UBS/USF a vinculação do usuário ao serviço de saúde bucal;
- O profissional deverá encaminhar via sistema Referência e Contra Referência (RCR) acompanhado do relatório do serviço, como também entrar em contato com o serviço da APS através do e-mail ou telefone de modo a favorecer um encaminhamento seguro. Ainda, caso necessário deve ser organizado reuniões entre os serviços para discussão dos casos;
- Usuários que não tem uma UBS/USF de referência deverão ser encaminhados diretamente para o CEO, através do Sistema RCR ou agendados diretamente do CAPS através das vagas já disponibilizadas semanalmente pelo CEO ao CAPS, organizado pelas chefias imediatas;
- Em casos de urgência, os técnicos do serviço deverão encaminhar para os serviços de urgências odontológicas do município (ANEXA A);
- Nos casos dos usuários que possuem vínculo com a APS, pode ser encaminhado para a equipe de referência do usuário, dentro do horário de funcionamento do equipamento.

Figura 2. Fluxo do atendimento odontológico nos serviços do CAPS / CAPS AD



Fonte: Elaboração própria, 2022

Os cuidados com a saúde bucal bem como o acompanhamento odontológico dos usuários em sofrimento psíquico devem ser incorporados no planejamento e acompanhamento terapêutico dos profissionais do CAPS / CAPS AD, ou seja, na rotina do cuidado e não somente ao ser observado demanda visível ou dolorosa.

O CAPS/CAPSAD e a APS devem realizar matriciamentos para discussão dos casos. O DS deve auxiliar nessa articulação estimulando os espaços de diálogo e de construção do cuidado colaborativo entre os profissionais e serviços.

### 3.3 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA – CEO

Os usuários que buscarem o serviço espontaneamente, encaminhados do CAPS/CAPSAD e/ou APS seguirá o seguinte fluxo no serviço;

O equipamento irá agendar, de acordo com sua disponibilidade de vagas, usuários advindos tanto espontaneamente quanto referenciados do CAPS/ CAPS AD e APS;

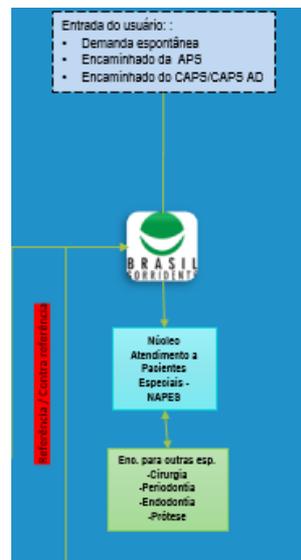
As formas de encaminhamento entre os serviços se darão pela utilização do sistema RCR, já instituído no município, acompanhado do relatório médico;

O CEO disponibilizará vagas para agendamento do usuário direto do CAPS/CAPS AD. A quantidade semanal será acordada entre as chefias mensalmente de acordo com a capacidade instalada do CEO no mês avaliado e a chefia imediata do CAPS deverá enviar a relação dos usuários agendados do serviço através do email uma semana antes das datas acordadas;

Os usuários serão agendados no CEO para o serviço do Núcleo de Atenção a Pacientes Especiais (NAPES) e caso seja avaliado a necessidade de atendimento com outra especialidade (Periodontia, Endodontia, Cirurgia e/ou Prótese) o profissional do NAPES irá realizar um encaminhamento interno;

Após a conclusão do tratamento, os profissionais do NAPES irão avaliar a periodicidade que o usuário deverá retornar ao serviço para acompanhamento.

Figura 3. Fluxo do atendimento odontológico no CEO



Fonte: Elaboração própria, 2022

Deve ser utilizado e estimulado pelos serviços o uso do email institucional e este ser um canal de comunicação quando surgir a necessidade de discussão sobre o caso e formas de articular as ações entre os serviços.

O matriciamento realizados pelos profissionais do CEO devem contemplar os técnicos do CAPS / CAPS AD quando a temática abordada for voltada a PNE.

#### 4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL NO CAPS/CAPS AD

Para fomentar as ações de prevenção no CAPS, as UBS sem estratégia de saúde da família (Quadro 1) deverão alternar ações de educação em saúde a cada três meses no CAPS / CAPS AD e deverão ser ofertado o kit de higiene oral para os usuários. Assim, a apoiadora do DS e/ou chefia imediata do CAPS/CAPS AD deverão articular a ida das eSB nas unidades através de contato prévio com as UBS de modo que seja planejado as datas da atividade e a logística da eSB para a ação educativa. Por sua vez, a UBS será responsável pela ação deverá organizar e levar os insumos para entrega aos usuários acompanhados no serviço (Kit de higiene oral) bem como elaborar a ação educativa. Ainda, de modo estimular a continuação do cuidado, os técnicos do CAPS deverão fomentar a higienização oral nos espaços do serviço após as refeições realizadas pelos usuários na rotina da unidade.

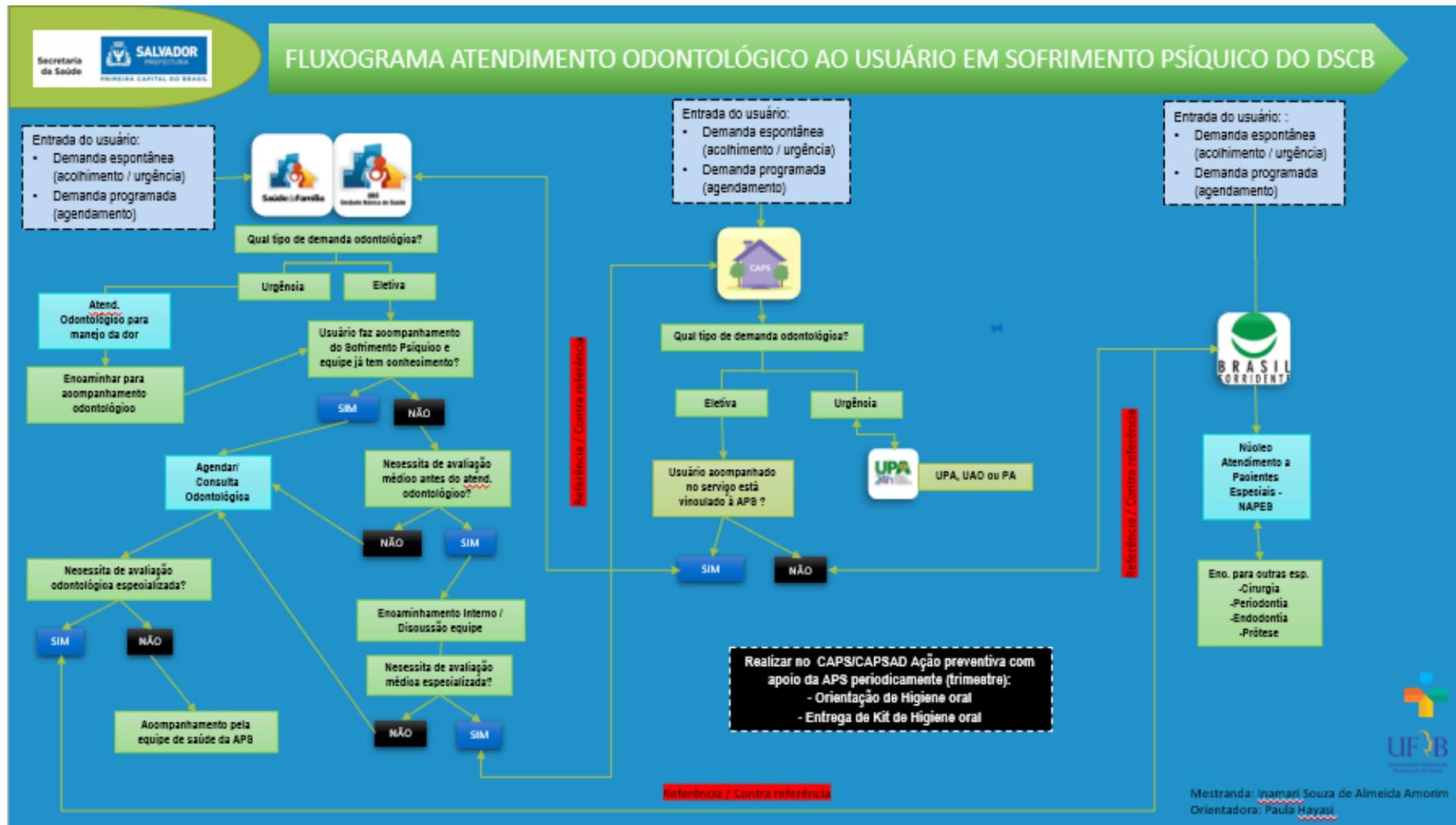
Deste modo, é preciso promover os cuidados em saúde bucal em todo e qualquer espaço de cuidado, não somente os que tradicionalmente ofertam tratamento odontológico. Para isso, é importante que os CAPS incorporem em seus cuidados e protocolos a saúde bucal, passando a ser um espaço que oriente os usuários e seus familiares quanto aos cuidados orais.

**Quadro 1. Relação das UBS sem estratégia de Saúde da Família do DSCB, Salvador-Ba.**

<b>DS CABULA / BEIRÚ</b>
UBS DO CSU PERNAMBUÉS
UBS EDSON TEIXEIRA
UBS ENGOMADEIRA
UBS EUNÍSIO TEIXEIRA 11ºCS
UBS MATA ESCURA
UBS RODRIGO ARGOLO 6ºCS
UBS SANTO INÁCIO

**Fonte: DAS/ Coordenação Saúde Bucal, SMS, 2022**

5 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO DSCB



## FLUXOGRAMA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DO DSCB

### Unidades participantes:

- ❖ USF: USF Prof. Humberto Castro Lima- Pernambuezinho, USF Fernando Filgueiras, USF Carlos Santana – Doron, USF Prof. Guilherme Rodrigo da Silva - Arenoso, USF Padre Maurício Abel – São Gonçalo, USF Barreiras, USF Mata Escura, USF Dep. Cristóvão Ferreira – Saramandaia, USF Resgate, USF Arraial do Retiro, USF Nova Sussuarana e USF Nova Sussuarana I, USF Raimundo Agripino – Sussuarana.
- ❖ UBS: CSU Pernambuês, UBS Eunísio Coelho Teixeira; UBS Mata Escura, UBS Arenoso, UBS Engomadeira, UBS Rodrigo Argolo; UBS Santo Inácio; UBS Engomadeira
- ❖ CAPS II Eduardo Saback / CAPS AD
- ❖ CEO Alto da Cachoeirinha – Cabula IV

\*Todos os usuários encaminhados pelo CAPS/CAPSAD para o serviço odontológico da APS ou CEO devem ser acompanhados de relatório médico e ficha de referência/contra referência;

\*O CAPS/CAPSAD deve mapear as unidades da APS próxima da residência dos usuários acompanhados no serviço encaminhar para avaliação odontológica conforme fluxo para vinculação. Para um encaminhamento seguro, além do relatório médico e ficha de referência/contra referência, a comunicação com o serviço da APS deve ser realizada, preferencialmente, através do e-mail institucional e/ou telefone previamente. Em tempo oportuno, o CAPS/CAPSAD deve articular com a UBS/USF visita para discussão dos casos e matriciamento.

\*Deve ser integrado ao protocolo de cuidados dos usuários acolhidos e acompanhados no CAPS/CAPSAD avaliação odontológica pela APS do DS ou CEO conforme fluxo. O CAPS AD por atender usuários de outros Distritos Sanitário (DS) deve encaminhar para UBS/USF conforme vinculação do usuário no DS de sua residência;

\*Os casos dos usuários identificados na USF para discussão em reunião de equipe deverão ser incluídos na pauta da reunião subsequente a data que foi constatado a necessidade. No caso das UBS que não tem reunião de equipe em sua rotina, o profissional Odontóloga deverá discutir o manejo do caso com outro profissional da unidade (Enfermeiro, psicólogo, assistente social e/ou Médico clínico);

\*O CEO Alto da Cachoeirinha irá disponibilizar vagas para os CAPS/CAPSAD semanalmente para marcação direta e de forma segura. A quantidade de vagas semanais e agendamentos devem ser articulados entre as gerentes das unidades.

\*As ações preventivas e de educação em saúde no CAPS/CAPSAD serão realizadas pelas UBS trimestralmente. As UBS deverão levar kits de higienização oral (escova dentária e dentifrícios) para os usuários. O CAPS/CAPS AD devem organizar as datas e agendar através de email institucional com as UBS intercalando a unidade a cada trimestre e o DSCB deverá dar apoio logístico para a execução da ação. Além disso, deverá ser estimulados na rotina do CAPS/CAPSAD hábitos de higienização oral após as refeições realizadas no serviço;

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica n. 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2).

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

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

CHÁVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. A inter-relação da demanda e acessibilidade da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n 3, p. 300- 320, 2020.

## **ORGANIZAÇÃO E REVISÃO DO PRODUTO TÉCNICO**

**Grupo de trabalho – Fluxograma de atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico do DSCB – Produto da Dissertação de Mestrado PROFSAÚDE UFRB intitulado: “Saúde Bucal dos usuários em sofrimento psíquico: em busca da integralidade do cuidado.” – Documento elaborado com a colaboração dos profissionais do Grupo de Convergência da Pesquisa que atuam na RASB e RAPS do DSCB.**

**Inamari Souza de Almeida Amorim**

**Cirurgiã Dentista – Técnica da Coordenação de Saúde Bucal da SMS  
Mestranda do PROFSAÚDE - UFRB**

**Prof. Dra. Paula Pinho Hayasi**

**Psicóloga – Orientadora Programa de Mestrado PROFSAÚDE – UFRB**

### **REVISÃO**

**Profa. Dra. Helena Moraes Cortes**

**Enfermeira – Prof. da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**

**Profa Dra Rocío Elizabeth Chávez Alvarez**

**Enfermeira – Prof. da Universidade Federal do Sul da Bahia**



## MAPA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM SALVADOR 2022

DS BARRA / RIO VERMELHO
USF ALTO DAS POMBAS
USF DA FEDERAÇÃO
USF Úrsula <del>Castanho</del> Garcia
USF MENINO JOEL
USF <del>BOCA</del> IVONE SILVEIRA (CALABAR)
USF PROF. SABINO SILVA
USF VALE DA MURIÇOÇA
CRDC - ADRIANO PONDE
UBS CLEMENTINO FRAGA
UBS DR OSVALDO CALDAS CAMPOS (SANTA CRUZ)
UBS ENG VELHO DA FEDERAÇÃO
UBS SANTA TEREZINHA
UBS VILA MATOS
UPA BARRIS 12h
CEO FEDERAÇÃO
MULTICENTRO AMARALINA

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL



DS BOCA DO RIO
USF CURRALINHO
USF PARQUE DE PITUAÇU
USF PITUAÇU
USF ZULMIRA BARROS – COSTA AZUL
USF IMBUÍ
UBS DR. CÉSAR DE ARAÚJO

DS CAJAZEIRAS
USF BOCA DA MATA
USF CAJAZEIRAS IV
USF CAJAZEIRAS V
USF CAJAZEIRAS X
USF CAJAZEIRAS XI
USF JD. DAS MANGABEIRAS
USF PALESTINA
USF YOLANDA PIRES
USF FAZ. GRANDE II – JAGUARIBE
USF FAZ. GRANDE III
UBS NELSON P. DOURADO
CEO CAJAZEIRAS

DS CENTRO HISTÓRICO
USF D. IRACI ISABEL DA SILVA (GAMBÓIA)
USF TERREIRO DE JESUS
UBS DR. PERICLES ESTEVES CARDOSO (BARBALHO)
UBS PELOURINHO 19º CS
UBS RAMIRO DE AZEVEDO
UBS SANTO ANTONIO
CEO CARLOS GOMES

DS BROTAS
USF CANDEAL PEQUENO
USF SANTA LUZIA
USF VALE DO MATATU
UBS MAJOR COSME DE FARIAS (CARDEAL DA SILVA)
UBS MANOEL VITORINO
UBS MARIO ANDREA
UPA BROTAS 12h
UAO 24h

TIPO DE UNIDADE (QUANT)	
USF (112)	CMOL (01)
UBS (35)	SEMAE (01)
UPA (10)	PA (01)
CEO (06)	UAO (01)

TIPO DE SERVIÇO	
BÁSICO	USF e UBS
ESPECIALIZADO	CEO / SEMAE / MULTICENTRO AMARALINA
URGÊNCIA	UPA / PA / UAO / CEMOL

DS CABULA / BEIRÙ
USF CALABETÃO
USF DE BARREIRAS
USF DEPUTADO CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)
USF. FERNANDO FILGUEIRAS (ALTO DA CACHOEIRINHA CABULA VI)
USF MATA ESCURA
USF PROF. CARLOS DE SANTANA (DORON)
USF PROF. GUILHERME RODRIGUES DA SILVA (ARENOSO)
USF PROF. HUMBERTO CASTRO LIMA (PERNAMBUEZINHO)
USF SÃO GONÇALO
USF SUSSUARANA
USF ANTONIO RIBEIRO NEIVA (ARRAIAL DO RETIRO)
USF CLAUDELINO MIRANDA – RESGATE
USF NOVA SUSSUARANA I
USF NOVA SUSSUARANA II
UBS DO CSU PERNAMBUEÍS
UBS EDSON TEIXEIRA
UBS ENGOMADEIRA
UBS EUNÍSIO TEIXEIRA 11ºCS
UBS MATA ESCURA
UBS RODRIGO ARGOLÓ 6ºCS
UBS SANTO INÁCIO
UPA PIRAJÁ 12h
CEO ALTO DA CACHOEIRINHA
PA EDSON TEIXEIRA 12h



## MAPA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM SALVADOR 2022

DS ITAPAGIPE	DS PAU DA LIMA	DS SÃO CAETANO / VALÉRIA	DS SUBÚRBIO
USF JOANES CENTRO OESTE	USF CANABRAVA	USF ALTO DO CABRITO	USF ALTO DA TEREZINHA
USF JOANES LESTE	USF DOM AVELAR	USF N.S. DE GUAD (ALTO DO PERU)	USF ALTO DE COUTOS
USF SÃO JOSÉ DE BAIXO	USF JOÃO ROMA FILHO	USF ANTONIO LAZZAROTTO	USF ALTO DE COUTOS II
UBS MINISTRO ALKMIN	USF NOVA BRASÍLIA	USF BOA VISTA DE SÃO CAETANO	USF ALTO DO CRUZEIRO
UBS VIRGÍLIO DE CARVALHO	USF NOVA BRASÍLIA III (ANEXO)	USF BOA VISTA DO LOBATO	USF BATE CORAÇÃO
UPA SANTO ANTONIO 12h	USF SÃO MARCOS	USF BOM JUÁ	USF BEIRA MANGUE
	USF VALE DO CAMBONAS	USF CAPELINHA DE SÃO CAETANO	USF BOM JESUS DOS PASSOS
	USF VILA NOVA PITUAÇU	USF DEP. LUIZ BRAGA (VISTA MAR)	USF COLINAS DE PERIPERI
	USF VILA CANÁRIA	USF FIAIS	USF ALTO DO CONGO
	USF GAL COSTA	USF JAQUEIRA DO CARNEIRO	USF ESTRADA DA COCISA
	USF SÃO MARCOS III	USF RECANTO DA LAGOA	USF FAZENDA COUTOS I
	UBS CANABRAVA	USF RECANTO DA LAGOA II	USF FAZENDA COUTOS III
	UBS CASTELO BRANCO (20ª CS)	USF SAN MARTIN II	USF ILHA AMARELA
	UBS CECY ANDRADE	USF LAGOA DA PAIXÃO	USF ILHA DE MARÉ
	UBS NOVO MARTINHO	USF PIRAJÁ	USF ITACARANHA
	UBS EDGAR PIRES DA VEIGA	UBS FREI BENJAMIN (VALÉRIA)	USF NOVA CONSTITUINTE
	UBS SETE DE ABRIL	UBS MARECHAL RONDON	USF PARAMANA
		UBS PERICLES LARANJEIRAS (18ª CS)	USF PLATAFORMA
		UPA SAN MARTIN 12h	USF RIO SENA
		UPA VALÉRIA 12h	USF SÃO JOÃO DO CABRITO
			USF SÃO TOMÉ DE PARIPE
			USF VISTA ALEGRE
			USF TUBARÃO
			USF VILA DA FRATERNIDADE
			USF TEOTONIO VILELA II
			UBS SERGIO AROUCA
			UBS PERIPERI
			UPA ADROALDO ALBERGARIA 24h
			UPA PARIPE 12h
			CEO PERIPERI
DS ITAPUÁ	DS LIBERDADE	TIPO DE UNIDADE (QUANT)	TIPO DE SERVIÇO
USF ALTO DO COQUEIRINHO	USF SAN MARTIN	USF (112)	BÁSICO
USF ARISTIDES MALTEZ	USF SANTA MONICA	UBS (35)	USF e UBS
USF EDUARDO B. MAMEDE	USF SAN MARTIN III	UPA (10)	CEO / SEMAE / MULTICENTRO AMARALINA
USF JARDIM DAS MARGARIDAS	USF IAPI	CEO (06)	UPA /PA/UAO/CEMOL
USF MUSSURUNGA I	UBS BEZERRA LOPES (3ª CS)		
USF NOVA ESPERANÇA	UBS Mª CONCEIÇÃO SANTIAGO IMBASSAHY (16ªCS)		
USF NOVA ESPERANÇA II (CEASA I e II)	CMOL		
USF PARQUE SÃO CRISTÓVÃO	SEMAE		
USF SÃO CRISTÓVÃO			
USF VILA VERDE			
USF CORAÇÃO DE MARIA			
USF ITAPUÁ			
USF KM 17			
USF JARDIM CAMPO VERDE			
UBS DR. ORLANDO IMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ)			
UBS JOSÉ MARIANE (7ª CS)			
UPA DR. HELIO MACHADO 24h			
UPA SÃO CRISTÓVÃO 12h			
CEO MUSSURUNGA			

## ANEXO B – ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR POR DISTRITO SANITÁRIO

### DS BARRA / RIO VERMELHO

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
USF Clementino Fraga	Av. Centenário, s/ nº	3202-1524
USF Professor Sabino Silva - 9º Centro	Rua Reinaldo de Matos, s/ nº - Final de linha Nordeste	3611-3537
UBS São Gonçalo	Av. Cardeal da Silva, s/ nº - Federação	3611-1340
UBS Engenho Velho da Federação	Rua Apolinário Santana, s/nº - Engenho Velho da Federação	3611-5706
UBS Osvaldo Caldas Campos Santa Cruz	Rua Disneylândia, s/ nº - Alto da Santa Cruz	3611-3540 3611-3541
USF do Alto das Pombas	Rua Teixeira Mendes, s/ nº - Alto das Pombas	3611-1332
USF Ivone Silveira Calabar	Av. Maria Pinto, s/ nº - Calabar	3339-7268
USF da Federação	Rua Pedro Gama - Federação	3611-1338 3611-1339
USF Ursula Catharino Garcia	Rua Quintino Bocaiúva, nº 8 - Fazenda Garcia	3611-1334 3611-1317
USF Menino Joel	Rua Professor Avany Argoso, s/ nº - Nordeste	3611-3536

### DS BROTAS

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Professor Mário Andréa	R. Fortunato Benjamin Saback, s/n -Sete Portas	3611-2958
UBS Major Cosme de Farias	Rua Direta de Cosme de Farias, s/n, Cosme de Farias	3611-2963
UBS Manoel Vitorino	Av. Dom João VI, 450 - Brotas	3611-3801
USF do Candeal Pequeno	R. 18 de agosto, s/n, Candeal Pequeno.	3611-3605 3611-3604
USF Olga de Alaketu Vale do Matatu	Rua Edson Saldanha, n.º 483 - Vale do Matatu	3334-0133
USF Santa Luzia	Rua Almirante Alves Camara,112- Engº.Velho de Brotas- 40243.000	3261-5042

Secretaria  
da Saúde



## DS CABULA / BEIRU

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Arenoso	Rua do Pastor, – CEP 41211-405	3611-7301
USF Prof Guilherme Rodrigues Da Silva – Arenoso	Rua Barão de Mauá, s/n – CEP 41211-340	3373-3128
UBS Barreiras	Estrada das Barreiras, s/n – CEP 41195-24	3611-5410 3611-5411
USF de Barreiras	Rua Fernando Pedreira, s/n – CEP 41195-240	3611-5421 3611-5422
UBS de Calabetão	Rua Cleriston Andrade, s/n – CEP 41227-060	3611-5206
USF Calabetão	Rua Cleriston Andrade, s/n, Calabetão	
USF Fernando Filgueiras – Alto da Cachoeirinha - Cabula VI	Alto da Cachoeirinha, Cabula VI	3611-7371
USF Prof Dr. Carlos Santana - Doron	Rua Fernando de S. Paulo, s/n – CEP 4418-400	3611-7302 3611-7303
UBS Eunísio Coelho Teixeira – 11º CS	Rua Jucurutus, s/n, Saboeiro - CEP 41180-210	3611-5412 3611-5413
UBS Rodrigo Argolo - 6º CS	Rua Pernambuco, T. Neves s/n – CEP 41205-140	3202-1271
UBS de Engomadeira	Rua Direita da Engomadeira, s/n – CEP 4120-050	3611-5414
UBS de Mata Escura	Jardim Pampulha, s/n – CEP 41219-040	3611-5524 3611-5525
UBS Pernambués Edson Teixeira Barbosa	Av. Hilda, 2 – CEP 41130-200	3032-4601 3032-4603
USF Prof. Humberto Castro Lima - Pernambuezinho	Rua Thomaz Gonzaga, s/n – CEP 41100-000	3611-7304
UBS Santo Inácio	Alameda 56, s/n – CEP 41231-325	3611-5204
USF Deputado Cristovão Ferreira - Saramandaia	Rua da Horta, 270, DETRAN CEP: 41360-000	3611-9014 3611-9015
USF Raimundo Agripino - Sussuarana	Rua Ulisses Guimarães, s/n, Sussuarana	3611-5516

**DS ITAPAGIPE**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
USF Joanes Centro Oeste	Conj. Joanes Centro Oeste; Qd 18 L 17 Hamesa-Lobato	3611 5201
USF Joanes Leste	Conj. Joanes Leste Qd 23 - Lobato.	3611 5202
UBS Ministro Alkimin	R. Lopes Trovão S/N - Massaranduba.	3611 6561
UBS Virgílio de Carvalho	R. Duarte da Costa S/N - Dendezeiros.	3611 6563 3611 6564
USF São José de Baixo	Rua voluntária da pátria nº 617, lobato; cep 40.470-000	3611 6568

**DS BOCA DO RIO**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Alfredo Bureau - 12º CS	Rua Jaime Sapolnick, s/n, Marback	3034-7777 3034-7750
UBS Dr. César de Araújo	Rua Manoel Quaresma, nº 08, Boca do Rio	3611-7317
USF Parque de Pituauçu	Rua Araújo Bastos, nº 101, Pituauçu. CEP.41740-200	3611-7315
USF Pituauçu	Rua Gonçalves Cezimbra, s/n, Pituauçu	3363-8618
USF Zulmira Barros Costa Azul	Rua Desembargador Manoel Pereira, s/n, Costa Azul	3611-6853

## DS CENTRO HISTÓRICO

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Ramiro de Azevedo - 2º CS	Praça Campo da Pólvora s/n, Nazaré	3611-4135
UBS Dr.Péricles Esteves Cardoso - Barbalho	Rua Arthur M. de Aguiar, 04, Barbalho	3611-4137 3611-4136
UBS Santo Antônio	Pça dos Quinze Mistérios, 238, Santo Antônio	3611-4133 3611-4186 3611-4179
UBS 19º Centro de Saúde Pelourinho	Rua do Bispo, 37, Pelourinho	3611-6821 3611-6851
USF Terreiro de Jesus	Faculdade de Medicina -Terreiro de Jesus-Sub-solo	3283-5569
USF Dona Iraci Isabel da Silva (Gamboa)	Rua Gabriel Soares, 58B, Ladeira dos Afritos.	3611-6419 3611-6418

## DS ITAPUÃ

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Prof. José Mariane (7º Centro de Saúde)	Av. Dorival Caymmi, s/nº - Itapuã	3611-7116
UBS Dr. Orlando Imbassahy	Rua Tancredo Neves, s/nº - Bairro da Paz	3611-7002 3611-7012
UBS São Cristóvão	Rua Lauro de Freitas, 53 - São Cristóvão	3377-2112
USF Alto do Coqueirinho	Rua Sérgio Carneiro Brito, s/nº - A. Coqueirinho	3611-7121
USF Prof. Aristides Pereira Maltez	Rua Lauro de Freitas, s/nº - São Cristóvão	3611-7218
USF Eduardo Mamede	Rua Lauro de Freitas, s/nº - São Cristóvão	3611-7218 / 7219
USF Mussurunga I	Rua 1, s/nº - Caminho 16 - Setor E - Mussurunga I (ao lado da USF Eduardo Mamede)	3611-6411
USF Nova Esperança	Rua 7 de setembro, s/nº - Km 04 - Rodovia CIA AEROPORTO - CEASA	3301-5063
USF Parque São Cristóvão	Rua Santa Rita da Ceasa, s/nº - Parque São Cristóvão (de frente ao campo de futebol)	98723-2439

**DS PAU DA LIMA**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Canabrava	Rua Bem ti vi, s/n – Canabrava (ponto de referencia ao lado Escola M. de Canabrava).	3611-7340
UBS Castelo Branco	Rua A, 3º Etapa, s/n Castelo Branco. (ponto de referência - Centro S. Urbano)	3611-5316 3611 5317
UBS Dra. Cecy de Andrade	Rua Genaro Carvalho-1ª Etapa Cast. Branco ( Ponto de Ref.- Largo da feirinha)	3611-5214
USF Dom Avelar	Rua das Paulinas, s/n – Dom Avelar (Ponto de ref. – Final de Linha)	3293-8772
UBS Pires da Veiga	Rua Jaime Vieira Lima, s/n-Pau da lima. (Ponto de ref. – 10ª Delegacia)	3611-7831
UBS Nova Brasília	Rua Nelson Lacerda, s/n – Nova Brasília (Ponto de referência – Colégio Vera Lux)	3611-7828
UBS Novo Marotinho	KM 3,5 - Estrada Velha do Aeroporto (Ponto de Ref. - Px. ao Lar Vida)	3611-7834
UBS Sete de Abril	Rua Felicia, s/n – Sete de Abril (ponto de referencia 50ª CPM) cep: 41.385-740	3611-7832
USF Canabrava	Rua Artemiro Valente, s/n – Canabrava.(Ponto de Referencia- Depois	3611-7338
USF Vale do Cambonas	Rua Rio Cambonas , S/N , Castelo Branco	3611-6826
USF Nova Brasília	AV. Aliomar Baleeiro S/N km 7,5. Bairro: Nova Brasília , Estrada Velha do Aeroporto.	3611-6834

**DS LIBERDADE**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
PA Maria da Conceição Santiago Imbassahy	Rua Marquês de Marica, s/n – Pau Miúdo. CEP: 40.310-000	3386-2086
UBS Maria da Conceição Santiago Imbassahy	Rua Marquês de Marica, s/n – Pau Miúdo. CEP: 40.310-000	3386-2085
UBS São Judas Tadeu	Rua Prof. Soeiro, s/n – Pau Miúdo CEP: 40.310-300	3611-4013 3611-4014
USF San Martin	Av. San Martin, s/n CEP: 40.355-000	3611-3559
USF San Martin II	Rua Direta Calafate, San Martin, 40354-100	
USF Santa Mônica	Rua Dr. Aristides Oliveira, 3401 – Sta. Mônica CEP: 40.342-000	3611-4009 3611-4010

**DS CAJAZEIRAS**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Nelson Plauhy Dourado	Rua Endeo Nascimento, Qd. C, s/n Cajazeira III - Águas Claras.	3611-5313
USF Boca da Mata	Setor 07, Caminho 58 – Fazenda Grande IV - Fim de Linha da Boca da Mata.	3611-5304 3611-5305
USF Cajazeira IV	Rua Álvaro da Franca Rocha, Via Coletora, s/n – Cajazeira IV.	3611-5350 3611-5351
USF Cajazeira V	Estrada do Matadouro, Rótula de Cajazeira V s/n – Cajazeira V.	3611-5309 3611-5310
USF Jardim das Mangabeiras Cajazeiras VIII	Rua Direta da Mangabeira, nº 108, Cajazeiras VIII. CEP 41338-710	3611-6902
USF Cajazeira X	Rua Ministro Apolônio Salesn, Rua D, Quadra D, s/n, Setor 2 - Cajazeira X	3611-5300 3611-5301
USF Cajazeira XI	Rua Juscelino Kubitschek, nº 18, Quadra D – Cajazeira XI.	3611-5353
USF Palestina	Rua Sargento Bonifácio, s/n - Palestina, Fim de Linha.	3611-6839
USF Yolanda Pires	Rua Direta, Quadra E, s/n - Fazenda Grande I.	3611-5369 3611-5371

**DS SÃO CAETANO / VALÉRIA**

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
UBS Dr. Péricles Laranjeiras	Rua das Pitangueiras s/nº - Faz. Grande do Retiro	3611 -5805 3611-5806
UBS Frei Benjamim	Rua da Matriz s/nº - Valéria	3611 -7910 3611-7911
UBS Marechal Rondon	Praça Marechal Rondon s/nº - Fim de Linha Marechal Rondon	3611 -5208 3611-5209
USF Alto do Cabrito	Rua Santa Gertrude s/n – Alto do Cabrito	3611-5210
USF Nossa Senhora do Guadalupe Alto do Peru	2ª Trav.do Oriente s/n	3235-7600
USF Antonio Lazzarotto	Avenida Suburbana	3611-5915
USF Boa Vista de São Caetano	Rua Rodovia A, S/Nº - Boa Vista São Caetano	3611-3543
USF Boa Vista Lobato	Rua João Rodrigues Mendes s/nº- Final de Linha de B.V. do Lobato.	3611-5212 3611-5213
USF Fiais	Rua Voluntários da Pátria nº 67 - Fiais	3611-5839 3611-5840
USF Jaqueira do Carneiro	Rua da Jaqueira s/nº- Retiro	3611- 2967
USF Recanto da Lagoa	Rua Salvador s/n – Fazenda Coutos	3217-4669
USF Bom Juá	Praça Eunapio Queiroz S/nº Final de Linha do Bom Juá	3611-7318
USF Capelinha de São Caetano	Rua da Glória,nº143-Capelinha	3611-5213
USF Recanto da Lagoa II	Rua Muniz Ferreira S/n(Coutos 1ª Etapa Setor A), nova Brasília de Valéria.	3266-2187

## DS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
USF Alto da Terezinha	R. Direta da Terezinha (alto da Terezinha) cep 40.711-160	3611-5816
USF Alto de Coutos	Travessa 2 de julho- alto de Coutos cep 40760-334	3611-5803
USF Alto de Coutos II	R. Golan - Parque Setúbal (alto de coutos) cep- 40750-270	3611-6547
USF Alto do Congo	Rua Santo Inácio- alto de coutos cep- 40750- 670	3611-5808
USF Alto do Cruzeiro	Rua campo da bola, rio sena. Cep-40725-320	3611-5833
UBS Bariri	Praça do Bariri, plataforma	3611-5602 /36115600
USF Bate Coração	R. Juracy Magalhães- Paripe (bate coração) cep- 40830-410	
USF de Beira Mangue	Avenida Afrânio Peixoto - sítio Bartolomeu	3611-5603
USF Bom Jesus dos Passos	Rua da praia- bom Jesus dos passos	3297-3277
USF Estrada da Cocisa	Rua montes claros, final de linha da Cocisa	3611-6829
UBS Fazenda Coutos	Alameda almirante marques leão 40730- 295, fazenda coutos	3611-5859 / 5960
USF Fazenda Coutos I	Rua Deodoro da Fonseca, 40730-290, fazenda coutos	3611-5627
USF Fazenda Coutos II	Rua Cristóvão Barreto 40731-165, fazenda coutos	3521-7005
USF Fazenda Coutos III	Rua alto das Malvinas, fazenda coutos III	3611-5811
USF Ilha Amarela	Rua nova esperança de ilha amarela	3611-5604
USF Ilha de Maré	Rua da Casira, nº 72, praia grande, ilha de maré	
USF de Itacaraiha	Rua da pipira	3611-5607
USF Nova Constituinte	Rua direta da constituinte, Periperi	3407-4584
UBS de Paripe	Rua almirante barroso	3611-5800
USF Rio Sena	Rua do lírio nº 339 rio sena	3611-5832
USF São João do Cabrito	Rua dos ferroviários (final de linha) nº 122, São João do cabrito cep 40.490-208	
USF São Tomé de Paripe	Rua Santa Filomena	3394-8220
UBS Sérgio Arouca Paripe	Rua Carioca, Paripe	36115806
USF Vista Alegre	Rua do Sabiá, Vista Alegre. Cep	3611-5812

## ANEXO A - Carta de Anuência Institucional SMS Salvador-Ba

Secretaria  
da Saúde



**SALVADOR**  
PREFEITURA  
PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

---

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS  
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

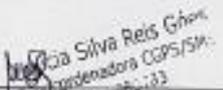
Salvador, 08 de setembro de 2021.

**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador, Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB), Rede de Atenção Psicossocial, declaram-se conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012, a Resolução do CNS Nº 510/2016 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos e dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado: SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO ARTICULANDO AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE. O objetivo deste estudo é analisar a articulação da rede de atenção à saúde bucal do Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) situado no município do Salvador com a Rede de Atenção Psicossocial.

Esta pesquisa será conduzida pelas pesquisadoras responsáveis, Prof. Dr. Paula Hayasi Pinho, orientadora, Inamari Souza de Almeida Amorim, mestranda. As pesquisadoras apresentaram o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta secretaria, obtendo autorização no Parecer Nº. **053/2021** e este Termo de Anuência Institucional (TAI), para sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisas da UFRB.

Atenciosamente,



\_\_\_\_\_  
**Melícia Silva Reis Góes**  
Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS.

**OBS.** Este TAI não permite acesso aos locais de pesquisa para coleta de dados, especialmente em tempos de pandemia, esta pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadora de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.

## ANEXO B - Carta de Anuência da Instituição Executora – UFRB



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
GABINETE DO REITOR

Rua Rui Barbosa, nº710 – Centro, Cruz das Almas (BA) – CEP: 44.380-000 - CNPJ 07.777.800/0001-62  
Tel: 75 3621-2350 / Telefax: 75 3621-9095/1293 – email: gabi@reitoria.ufrb.edu.br; site:  
<https://www.ufrb.edu.br>

### CARTA DE ANUÊNCIA – INSTITUIÇÃO EXECUTORA

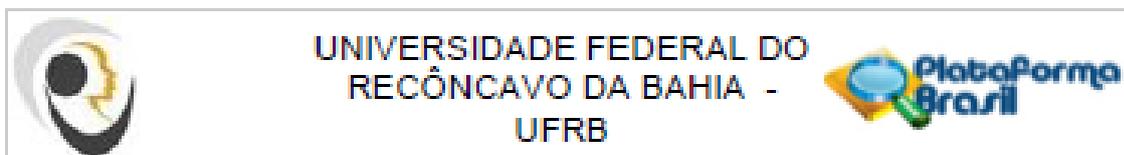
Pelo presente Termo, na condição de Dirigente Máximo desta Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, situada à Rua Rui Barbosa, 710, Centro – Cruz das Almas- Ba- CEP: 44.380-000, CNPJ: 07.777.800/0001-62, declaro o compromisso com a execução do projeto de pesquisa e todos o suporte necessário, disponibilizando a estrutura física da instituição para a execução das atividades relativas ao projeto **“Saúde Bucal dos usuários em sofrimento psíquico: em busca da integralidade do cuidado”** sob a coordenação de Inamari Souza de Almeida Amorim e supervisão da Professora Dr<sup>a</sup> Paula Hayasi Pinho, após a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

Cruz das Almas, 24 de setembro de 2021



**Fábio Josué Sousa dos Santos**  
Reitor

## ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.

**Pesquisador:** INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52365421.1.0000.0056

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.185.928

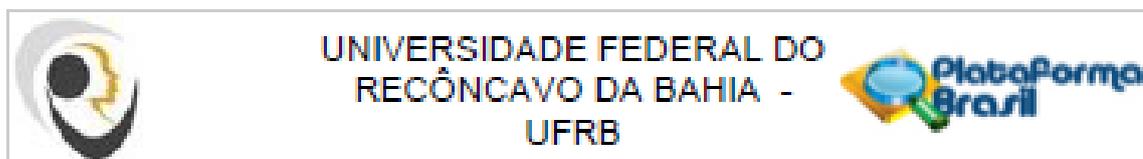
#### Apresentação do Projeto:

As informações dos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação de riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas do projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1831983.pdf, de 23/11/2021) e/ou do Projeto detalhado (PROJETO\_COM\_AJUSTE.pdf, de 23/11/2021).

#### Resumo:

"No Brasil, a população adquiriu o direito à assistência odontológica nos serviços públicos de saúde por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A PNSB reorientou o modelo assistencial por meio da implantação de uma rede que articula os três níveis de atenção, além de ações multidisciplinares e intersetoriais, constituindo desta maneira a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Com a expansão dos serviços odontológicos e o consequente aumento da oferta da diversidade de procedimentos foi possível aumentar o acesso da população, bem como a de grupos vulneráveis, a exemplo dos usuários Portadores de Necessidades Especiais (PNE), estando os usuários em sofrimento psíquico incluídos neste grupo. Os indivíduos em sofrimento psíquico, por vezes, encontram dificuldades para o autocuidado em saúde bucal e, geralmente, apresentam: más práticas de higiene oral, maior prevalência de doença periodontal e maior experiência de cárie dentária. Todavia, estes indivíduos devem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde pelas Equipes de Saúde Bucal e estas, por sua

<b>Endereço:</b> Rua Rui Barbosa, 710	<b>CEP:</b> 44.380-000
<b>Bairro:</b> Centro	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> CRUZ DAS ALMAS
<b>Telefone:</b> (75)3821-8850	<b>Fax:</b> (75)3821-8787
	<b>E-mail:</b> eticaempesquisas@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.105.928

vez, precisam estar aptas para oferecer o cuidado e ainda devem contar com o apoio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico e se propõe garantir a livre circulação desses indivíduos pelos serviços, pela comunidade e pela

cidade, conforme é estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Desse modo, o presente projeto objetiva construir um fluxograma/protocolo de articulação dos serviços da APS e da rede especializada (CEO e CAPS) do Distrito Sanitário Cabula Belru (DSCB) do município de Salvador-BA. Para isso, a pesquisa será desenvolvida utilizando como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que se apresenta como uma pesquisa qualitativa e se caracteriza pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde e propõe a melhoria das práticas com a introdução de inovações. Para o levantamento dos dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante e discussão em grupo convergente. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, como também, seguirá as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 (dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) e Resolução 510/16 (dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).” (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1831983.pdf, de 23/11/2021, p. 2)

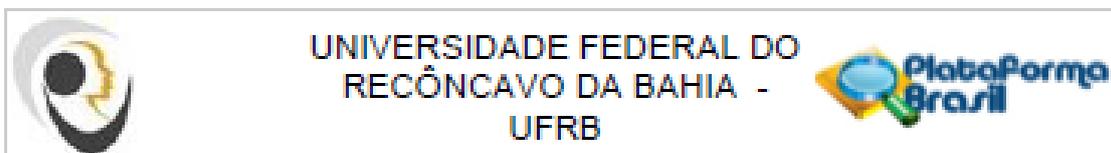
#### Hipótese:

“Dificuldade da Secretaria de Saúde Municipal na comunicação e garantias de ofertas de cuidado em saúde bucal à usuários com sofrimento psíquico, muito por conta da ausência de fluxos definidos e pouca articulação da Coordenação de Saúde Bucal e Coordenação de Saúde Mental, fato que é refletido nas ações realizadas pelas unidades assistenciais da Atenção Primária à Saúde e da Rede Especializada (CEO e CAPS) que prestam atendimento a usuários com transtornos mentais.” (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1831983.pdf, de 23/11/2021, p. 3)

#### Metodologia Proposta

“A presente pesquisa será desenvolvida por um estudo qualitativo, a proposta é desenvolver a pesquisa através da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O caminhar investigativo na PCA se propõe a seguir quatro diferentes fases: de concepção, de investigação, de perscrutação e de análise. A fase de concepção se constitui pela definição do problema na qual se procede ao estabelecimento da área de interesse onde deve ser considerado o desejo dos profissionais

Endereço:	Rua Rui Barbosa, 710	CEP:	44.380-000
Bairro:	Centro		
UF:	BA	Município:	CRUZ DAS ALMAS
Telefone:	(75)3621-8850	Fax:	(75)3621-0787
		E-mail:	eticaempesquisa@ufrb.edu.br

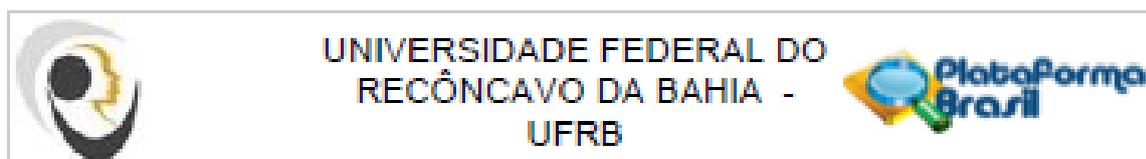


Continuação do Parecer: 5.105.920

envolvidos, resultando no tema de pesquisa, a partir do qual devem ser estabelecidos a questão norteadora, os objetivos e elaboradas a sustentação teórica, Introdução e justificativa do estudo (TRENTINI, 2014). Na fase de instrumentação, são adotadas as decisões metodológicas referentes ao espaço de pesquisa, os participantes e os métodos de coletas dos dados. O espaço físico da pesquisa será, especificamente, os equipamentos de saúde onde são ofertados assistência aos usuários com transtornos mentais do Distrito Sanitário Cabula Belru (DSCB) no município de Salvador/BA, que compreende as UBSs e USFs, na Atenção Primária à Saúde, e os CAPSs e CEO na Atenção Especializada. Os participantes irão compreender profissionais que atuam na assistência, da APS e da atenção especializada, e profissionais que atuam na gestão. Dentre os profissionais da assistência, na APS, os sujeitos serão os cirurgiões dentistas que atuam em quatro USFs e os cirurgiões dentistas que atuam em quatro UBSs. Na atenção especializada, os participantes convidados, serão: os dois cirurgiões dentistas que atuam no serviço do Núcleo Apoio a Pacientes Especiais (NAPES) Implantados no Centro Especialidades Odontológica (CEO); um profissional que atua no CAPS AD e um profissional que atua no CAPS II. Os participantes do campo da gestão irão compreender um profissional de referência da

sede do DSCB, um profissional de referência da Coordenação de Saúde Bucal e um profissional de referência da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA. O método de coleta de dados serão: entrevistas semi estruturadas, observação participante e discussão em grupo de convergência. Será realizado uma entrevista seguindo um roteiro semi estruturado previamente elaborado, onde serão questionados dados sociodemográficos seguido de perguntas sobre as experiências dos profissionais quanto à temática em discussão. Além disso, será utilizada a observação participante, as informações serão obtidas através de diários de campo que se caracteriza por um dispositivo de registro das temporalidades vivenciadas ao potencializar a compreensão dos movimentos da/na pesquisa e dos diversos comportamentos dos participantes no contexto do estudo (OLIVEIRA, 2014). O grupo de convergência também será um instrumento de coleta de dados, este se apresenta com um método utilizado através da formação de pequenos grupos de discussão com intuito de desenvolver a pesquisa simultaneamente com a prática assistencial em educação para saúde ou nas atividades clínicas (TRENTINI, 2014). Na fase de persecução, são estabelecidas e adotadas as estratégias de obtenção de dados, assim busca-se examinar, investigar rigorosamente e procurar entrar no segredo da situação (TRENTINI, 2014). A mestranda entrará em contato com as unidades e com os profissionais indicados pelos serviços através do e-mail, contato telefônico e/ou por mensagem através do Whatsapp. Após contato e identificação dos profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa, será solicitado os

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710  
 Bairro: Centro CEP: 44.360-000  
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS  
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-6767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.185.528

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

Pendências avalladas a partir da carta-resposta (Carta\_resposta\_ao\_CEP.doc, de 23/11/2021) e documentos atualizados.

#### 1.1 Metodologia (PROJETO\_COM\_AJUSTE.pdf, 23/11/2021)

Pendência Atendida

#### 2. TCLE (TCLE\_COM\_AJUSTE.pdf de 23/11/2021)

Pendência Atendida

O projeto encontra-se aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012 e complementares. Cabe ao/à pesquisador/a responsável manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Resolução CNS 466/2012 Item XI.2.1 – Do Pesquisador Responsável).

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Seu projeto foi Aprovado e a coleta de dados poderá ser iniciada junto aos/as participantes da pesquisa. O CEP/UFRB deseja sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e aguardará o recebimento do relatório final no prazo pertinente previsto no cronograma, por meio de notificação via plataforma brasil, conforme a Resolução do CNS nº 466/2012, item XI.2, letra d.

Solicitamos que, quando do envio do relatório final, seja especificada a data do início da coleta de dados com participantes.

O modelo dos relatórios do CEP-UFRB encontram-se na página:

[https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/Formularios/Modelo\\_relatorio\\_parcela\\_ou\\_final.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/Formularios/Modelo_relatorio_parcela_ou_final.pdf)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1831983.pdf	23/11/2021 20:46:28		Acelto
Outros	Carta_resposta_ao_CEP.doc	23/11/2021 20:45:15	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COM_AJUSTE.pdf	23/11/2021 20:40:45	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Acelto

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

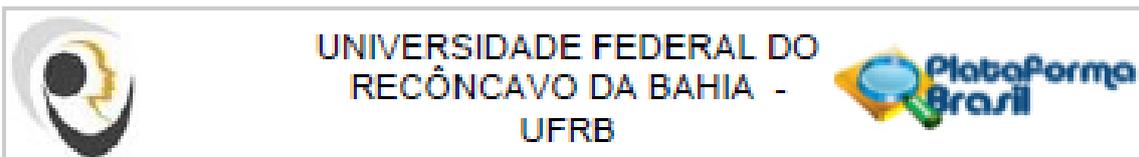
UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3821-8850

Fax: (75)3821-8767

E-mail: [etica@pesquisa@ufrb.edu.br](mailto:etica@pesquisa@ufrb.edu.br)



Continuação do Parecer: 5.105.909

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_AJUSTE.pdf	23/11/2021 20:39:37	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito
Outros	ROTEIRO_GRUPO_INSTRUMENTO_2.pdf	28/09/2021 17:23:44	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1.pdf	28/09/2021 17:23:05	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	28/09/2021 17:21:43	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_INSTITUCAO_EXECUTOR A.pdf	28/09/2021 17:10:20	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	28/09/2021 17:08:58	INAMARI SOUZA DE ALMEIDA AMORIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRUZ DAS ALMAS, 23 de Dezembro de 2021

---

Assinado por:  
RAMAYANA E SILVA COSTA  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710  
Bairro: Centro CEP: 44.380-000  
UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS  
Telefone: (75)3821-6850 Fax: (75)3821-8767 E-mail: [etica@pesquisa@ufbr.edu.br](mailto:etica@pesquisa@ufbr.edu.br)

**ANEXO D - Projeto educacional DAS/CSB/CRASP/CGPS/SMS****PROJETO EDUCACIONAL  
DAS/CSB/CRASP/CGPS/SMS****Título da Ação Educativa**

Capacitação sobre atendimento odontológico aos usuários em sofrimento psíquico

**Ação Estratégica do Plano Municipal de Educação Permanente de Saúde**

Ação Estratégica do PMEPS: 18. Promover a transversalização de temáticas relacionadas a populações em situação de vulnerabilidade social, com ênfase para as iniquidades em saúde relacionadas à raça/cor, gênero/identidade de gênero, orientação sexual e pessoas com deficiência e transtorno mental no desenvolvimento de ações educativas.

**DAS/Coordenadoria de Saúde Bucal e DAS/Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde Psicossocial****Apresentação**

No Brasil, a população adquiriu o direito à assistência odontológica nos serviços públicos de saúde através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que reorientou o modelo assistencial por meio da implantação de uma rede que articula os três níveis de atenção. Todavia, embora tenha ocorrido uma grande expansão, avanço e melhoria nos serviços odontológicos no Brasil é possível observar barreiras de acesso ainda muito presentes. No que se refere aos indivíduos em sofrimento psíquico, estes, por vezes, enfrentam diversas barreiras de acesso. Os problemas de saúde bucal em pessoas com transtornos mentais estão associados a fatores inerentes aos efeitos adversos provocados pela terapêutica empregada, como também, devido a hábitos e comportamentos danosos, pelos quais esses sujeitos são submetidos, especificamente uso do fumo e pobre higiene oral. A importância dos cuidados em saúde bucal se faz em ação conjuntos usuários, familiares /cuidadores e profissionais de saúde.

Os estudos apontam dificuldade do odontólogo quanto ao manejo clínico desses indivíduos e também pouco conhecimento sobre os transtornos mentais. Assim, identifica-se a necessidade de mudanças na grade curricular dos profissionais que compõem as equipes de saúde bucal, que considere os aspectos histórico-cultural, social e clínico dos indivíduos em sofrimento psíquico.

### **Objetivos Educacionais / Competências**

1. Promover o domínio sobre as políticas públicas e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), desenvolvendo a capacidade de diálogo com a rede de serviços públicos de saúde mental e saúde bucal;
2. Possibilitar o olhar da qualidade e segurança para os processos de cuidado em saúde bucal e saúde mental, identificando riscos e formas de qualificar o cuidado;
3. Aprimorar o olhar sobre o itinerário terapêutico do paciente no cuidado em saúde bucal e saúde mental.

### **Metodologia**

Metodologia tradicional e Metodologia ativa

### **Organização do Curso**

Materiais educativos, atividades visuais, textos.

### **Estratégias**

- Roda de Conversa – Facilitadora utilizará ferramentas do teatro para trazer conteúdos de forma sensibilizadora para refletir sobre o cuidado em saúde mental;
- Apresentação estruturada sobre os serviços do DSCB e dados constante na análise situacional do Plano Municipal de Saúde;
- Apresentação estruturada do fluxograma e logo após os participantes se reúnem em roda para discussão sobre a implantação do fluxograma no DSCB;
- Apresentação estruturada sobre acolhimento dos usuários em sofrimentos

psíquico com demandas orais nos tipos de serviço;

- Apresentação estruturada das especificidades do atendimento odontológico e os principais agravos em saúde bucal presentes nos usuários em sofrimento psíquico;
- Apresentação estruturada sobre Interações medicamentosas bem como as repercussões orais dos medicamentos nos usuários.

### **Carga horária total**

16 horas

### **Modalidade**

Híbrido (presencial e virtual)

### **Público Alvo**

Equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), técnicos do CAPS II /CAPS AD e Cirurgiões Dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) do Centro de Especialidades Odontológico (CEO) do DSCB.

### **Como pretende avaliar o processo educacional?**

Ao final de cada encontro. Dinâmica: “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”

### **Como pretende avaliar o Docente?**

Ao final de cada encontro

### **Como pretende avaliar o Discente?**

Ao final de cada encontro.

### **Responsável/ Local de Lotação (Planejamento)**

Ana Carolina - DAS/Saúde mental, Inamari Almeida - DAS/Saúde bucal e Wynnie Carvalho - DAS/Saúde bucal

**Responsável/ Local de Lotação (Coordenação Pedagógica)**

Inamari Almeida - DAS/Saúde bucal e Ana Carolina - DAS/Saúde mental

**Responsável/ Local de Lotação (Monitoramento)**

Ana Carolina - DAS/Saúde mental e Wynnie Carvalho - DAS/Saúde bucal

**Referências consultadas**

HOFFMANN, Jussara. Avaliar para promover: as setas do caminho.15.ed.-Porto Alegre:Mediação,2014.

MANFREDI, Sílvia Maria. Metodologia do ensino: diferentes concepções. Campinas: FE,1993.

LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. 2018

## ANEXO E - Capacitação sobre atendimento odontológico aos usuários em sofrimento psíquico



### CAPACITAÇÃO SOBRE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

#### Objetivo:

Qualificar a Rede de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) quanto aos cuidados em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico.

#### Público Alvo:

Equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), técnicos dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Eduardo Saback e CAPS Álcool e Outras Drogas de Pernambuco, Cirurgiões Dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) do Centro de Especialidades Odontológico (CEO) do DSCB.

#### Duração:

16 h – Quatro encontros de 4h

#### Detalhamento das oficinas

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3	Oficina 4
Reforma psiquiátrica e o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico	Transtornos mentais mais comuns	Articulando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Especializada e a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)	Atendimento Clínico Odontológico ao usuário em sofrimento psíquico

## Encontro 1

### Reforma psiquiátrica e o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico

- ❖ Mediação: Leide Bonfim e Profissional da Saúde Mental e Saúde Bucal
- ❖ Duração: 4 horas
- ❖ Local: a definir

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	TEMPO
Abertura e acolhimento	Realizar o acolhimento dos participantes	Música	Caixa de som	10 min
Dinâmica de apresentação	Promover a integração dos participantes	Cada participante fará sua apresentação para o grupo, através de uma dinâmica "Quebra-Gelo"		15 min
Apresentação sobre Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Estimular reflexões sobre o cuidado em saúde mental, a partir da Lei 10.216 e da constituição da RAPS	Apresentar a história da reforma psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção psicossocial na perspectiva do usuário		2 horas
Intervalo				15 min
Dinâmica	Refletir sobre a reforma psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial no seu cotidiano.	O facilitador deve propor que os participantes relatem as reflexões ocorridas após a oficina.		1 hora
Avaliação do encontro	Avaliar o encontro	O facilitador solicitará que cada participante responda o formulário de avaliação e diga uma palavra que expresse como foi o encontro.		20 min

Bibliografia de apoio para o primeiro encontro:

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 28/12/2022.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 28/12/2022.

## Encontro 2

Transtornos mentais mais comuns: transtornos depressivos; transtorno bipolar; transtornos ansiosos; transtornos psicóticos; transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

- ❖ Facilitador: Médico do CAPS Eduardo Saback? Chefia de Setor B (Rosane Lacerda)
- ❖ Duração: 4 horas
- ❖ Local: a definir

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	TEMPO
Principais transtornos mentais	Apresentar os principais transtornos mentais	os Apresentação expositiva sobre os principais transtornos mentais	Computador e data show	2 horas
Intervalo				15 minutos
Discussão de caso clínico	Estabelecer conexão com os conhecimentos apresentados; promover reflexões sobre o cuidado em saúde mental e compartilhar as principais dificuldades no cuidado a esses usuários.	O facilitador apresentará um caso clínico de usuário com transtorno mental e estimulará que o grupo faça uma suspeita diagnóstica. Posteriormente, será proposto que os participantes falem sobre as principais dificuldades no cuidado aos usuários com transtorno mental.	Computador e data show	1h e 45 minutos

### Encontro 3

#### Articulando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Especializada e a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

- ❖ Facilitador: Inamari Souza de Almeida Amorim
- ❖ Duração: 4 horas
- ❖ Local: a definir

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	TEMPO
Abertura e acolhimento	Dar boas-vindas aos profissionais e promover a integração dos participantes	Música	Caixa de som	20 min
Caracterização da RAPS e RASB	Possibilitar aos participantes conhecerem as características do território sanitário onde prestam o cuidado.	Apresentação estruturada sobre os serviços do DSCB e dados constantes na análise situacional do Plano Municipal de Saúde	Computador e retroprojektor	40 min
Dinâmica sobre a função dos serviços	Possibilitar aos participantes o debate e troca de conhecimentos.	O grupo será dividido em dois subgrupos. Será entregue um impresso com imagem de serviços e cada subgrupo fará uma discussão sobre quais as ofertas de cuidados a usuários em sofrimento psíquico e deverão descrever.	Impresso, lápis, caneta	20 minutos
		Em seguida, os subgrupos deverão se reunir em roda. Estará no centro da roda um painel com as imagens dos serviços, cada membro do grupo irá trazer a descrição dos serviços elaborado pelo subgrupo no	Papel metro, piloto, cola	40 minutos

		momento anterior e colar ao lado de cada serviço no painel.		
<b>Intervalo</b>				20 min
<b>Fluxograma do atendimento odontológico ao usuário em sofrimento psíquico</b>	Apresentar o fluxograma de articulação da RAPS e RASB e da nota técnica	Apresentação estruturada do fluxograma e logo após os participantes se reúnem em roda para discussão sobre a implantação do fluxograma no DSCB	Computador e retroprojetor	1 hora e 20 min
<b>Avaliação dos encontros</b>	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre as atividades e conteúdo abordado	Dinâmica: Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	20 min

## Encontro 4

### Atendimento Clínico Odontológico ao usuário em sofrimento psíquico

- ❖ Facilitador: a definir
- ❖ Duração: 4 horas
- ❖ Local: a definir

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	TEMPO
Abertura e acolhimento	Dar boas-vindas aos profissionais e promover a integração dos participantes	Música	Caixa de som	20 min
Acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico	Promover a discussão da qualificação da prestação do cuidado em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico nos diversos serviços da rede de atenção	Apresentação estruturada sobre acolhimento dos usuários em sofrimentos psíquico com demandas orais nos tipos de serviço	Computador e retroprojektor	1 hora
Intervalo				20 min
Atendimento clínica odontológica ao usuário em sofrimento psíquico	Capacitar os profissionais quanto as formas de manejo no atendimento clínico odontológico dos usuários em sofrimento psíquico	Apresentação estruturada da especificidades do atendimento odontológico e os principais agravos em saúde bucal presentes nos usuários em sofrimento psíquico	Computador e retroprojektor	1 hora
Interações medicamentosas	Atualizar os profissionais quanto Interações entre as medicações psiquiátricas e as medicações mais utilizadas na odontologia	Apresentação estruturada sobre Interações medicamentosas bem como as repercussões orais dos medicamentos nos usuários	Computador e retroprojektor	1 hora
Avaliação dos encontros	Possibilitar que os participantes consigam expor suas ideias e opiniões sobre a atividades e conteúdo abordado	Dinâmica: Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”	Papel e caneta	20 min

---

## Organização e Revisão do Protocolo

### Coordenadoria de Saúde Bucal

Mayana Calasans

### Coordenadoria das Redes Atenção à Saúde Psicossocial

Marianna Soares

### Grupo de Trabalho - Capacitação sobre atendimento odontológico aos usuários em sofrimento psíquico.

- Ana Carolina de Araújo Lima  
Psicóloga Técnica da DAS/CRASP/SMS
- Inamari Souza de Almeida Amorim  
Cirurgiã Dentista Técnica da DAS/CSB/SMS
- Wynn timer Marie Lima de Carvalho  
Cirurgiã Dentista Técnica da DAS/CSB/SMS

Atenciosamente,

**Mayana Calasans**

**Coordenadoria de Saúde Bucal**

**Marianna Luiza Alves Soares Santos**

**Coordenadoria das Redes Atenção à Saúde Psicossocial**