

Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde

Oral health care network for People with Disabilities: challenges and potentialities of Primary Health Care

Red de atención a la salud bucal para Personas con Discapacidad: desafíos y potencialidades de la Atención Primaria de Salud

Recebido: 22/12/2022 | Revisado: 01/01/2023 | Aceitado: 12/01/2023 | Publicado: 14/01/2023

Leticia Ferreira de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7719-7353>
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Brasil
E-mail: leticiafcarval@gmail.com

Isabel Cristina Gonçalves Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1258-7331>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: isabel.leite@ufjf.br

Beatriz Francisco Farah

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3345-0601>
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
E-mail: b-farah@hotmail.com

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, tendo a função de coordenar o cuidado. O objetivo deste trabalho foi analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva com coleta de dados por meio de grupos focais e entrevistas, com profissionais de saúde bucal que atuam em microrregiões mineiras. A técnica para a análise dos dados foi a análise do conteúdo de Laurence Bardin, com auxílio do *software IRAMUTEQ*. O fluxo assistencial de referência nesta RASB-PcD está instituído, mas apresenta inconsistências, já o fluxo de contrarreferência demonstra fragilidades. Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar precisam ser melhor discutidos e os exames pré-operatórios realizados em tempo oportuno. A oferta de vagas nos serviços especializados e hospitalar foi identificada como um desafio. Melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais, através de estratégias sólidas de Apoio Matricial e de educação permanente, emergiu como uma potencialidade para que a APS possa coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar atenção integral às PcD.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Saúde bucal; Atenção primária à saúde; Assistência odontológica para pessoas com deficiência.

Abstract

Primary health care (APS) is the communication center of health care networks and its function is to coordinate care. The objective of this work was to analyze the oral health care network for people with disabilities (RASB-PcD) and to identify the main challenges and potentialities so that APS can fulfill its coordinating role. This is a qualitative, exploratory-descriptive research. Data collection through focus groups and interviews with oral health professionals who work in micro-regions of Minas Gerais. The technique for data analysis was Laurence Bardin's content analysis, with the help of the IRAMUTEQ software. The referral flow in this RASB-PcD is established, but it has inconsistencies, whereas the counter-referral flow shows weaknesses. Criteria and protocols for access to hospital services need to be better discussed and preoperative tests need to be performed in a timely manner. The offer of vacancies in specialized services and in hospital services was identified as a challenge. Improving communication and articulation between professionals, through solid strategies of matrixial support and permanent education, emerged as a potential so that APS can coordinate care and guarantee its longitudinality, providing comprehensive care for people with disabilities.

Keywords: Health care; Oral health; Primary health care; Dental care for people with disabilities.

Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) es el centro de comunicación de las Redes de Atención a la Salud, con la función de coordinar la atención a la salud. El objetivo de este estudio fue analizar la Red de Atención a la Salud Bucal para Personas con Discapacidad (RASB-PcD) e identificar los principales desafíos y potencialidades para que la APS cumpla con su papel coordinador. Se trata de una investigación de enfoque cualitativa, exploratoria-descriptiva con recolección de datos por medio de grupos focales y entrevistas con profesionales de la salud bucal que actúan en micro regiones de Minas Gerais, Brasil. La técnica para el análisis de datos fue el análisis de contenido de Laurence Bardin, con ayuda del *software IRAMUTEQ*. El flujo asistencial de referencia en esta RASB-PcD está instituida, pero presenta inconsistencias, mientras que el flujo de contrarreferencia presenta debilidades. Los criterios y los protocolos para acceder a los servicios hospitalarios necesitan ser mejor discutidos y los exámenes preoperatorios realizados en tiempo oportuno. Se identificó como un desafío la oferta de vacantes en servicios especializados y hospitalarios. Mejorar la comunicación y la articulación entre profesionales, a través de sólidas estrategias de Apoyo Matricial y educación permanente, surgió como una potencialidad de la APS para coordinar la atención a la salud, garantizar su longitudinalidad y proporcionar atención integral a las PcD.

Palabras clave: Atención a la salud; Salud bucal; Atención primaria de salud; Atención odontológica para personas con discapacidad.

1. Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2011; Mendes, 2011). Para que as RAS funcionem adequadamente, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da Rede (Brasil, 2015). A APS deve atuar como o centro de comunicação das RAS, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer um destes pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada (Brasil, 2017b).

As Equipes da Atenção Especializada e Hospitalar, por outro lado, têm a função de prestar Apoio Matricial para as equipes da APS, que consiste em oferecer retaguarda assistencial, auxiliando na condução dos casos e dando suporte para a conduta dos profissionais, de modo que possa ser obtido o melhor resultado neste nível de atenção, evitando encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados. Para isso, é necessário oferecer aos profissionais suporte técnico-pedagógico, por meio de processos de educação permanente e apoio institucional (Oliveira *et al.*, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é composta, basicamente, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS, pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e pelo serviço de Assistência Odontológica Hospitalar (Brasil, 2004a). A inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram de extrema importância para a reorganização das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS), pois contribuiu para a organização da demanda, para a satisfação do usuário, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e para a prevenção de doenças. Além disso, potencializou a transformação das práticas, por meio do contato interprofissional e colaborativo e das reuniões de equipe, permitindo uma melhor organização dos processos de trabalho (Oliveira *et al.*, 2022).

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da Portaria nº 793, republicada em 2017 no anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, que tem a finalidade de promover o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de saúde, através de um cuidado qualificado, humanizado e integral no SUS. A RCPD faz parte do conjunto de redes temáticas prioritárias, incluindo a saúde bucal, nos três níveis: APS, CEO e centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às PcD (Brasil, 2017a).

A atenção à saúde bucal das PcD requer um cuidado diferenciado, determinado pela própria deficiência, o qual deve ocorrer de forma qualificada, segura, humanizada, integral e em consonância com as evidências científicas. Assim, os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para realizar um tratamento adequado e de qualidade. As ESB da APS são

o primeiro contato das PcD com a RASB. Assim, a APS deve ser resolutiva e orientar os fluxos das PcD dentro da RAS, articulando-se com os demais pontos de atenção, a fim de garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017b; 2019).

O objetivo geral deste estudo foi analisar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD) e identificar os principais desafios e potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador.

2. Metodologia

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, cujo cenário foi as quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais, que abrangem 37 municípios, com uma população total de 811.682 habitantes, circunscrevendo municípios de diversos portes populacionais.

Os serviços que compõem a RASB nestas microrregiões são: 190 Unidades de APS com serviço de saúde bucal municipal; sete CEOs de abrangência microrregional e um serviço de Assistência Odontológica Hospitalar de referência macrorregional. Os CEOs não são aderidos à RCPD e o serviço hospitalar não está na lista dos hospitais gerais que tiveram seus centros cirúrgicos adaptados para a atenção odontológica das PcD, por meio da RCPD.

O COAPE (Centro Odontológico de Atenção à Pacientes com Necessidades Especiais), apesar de ser um CEO tipo I, trata-se de um serviço vocacionado para o atendimento de pacientes com necessidades especiais, sendo responsável pela avaliação e triagem destes pacientes para acesso ao serviço de Assistência Odontológica Hospitalar. Assim, neste estudo, será entendido como componente do serviço hospitalar.

A população do estudo é composta por 30 Cirurgiões-dentistas da APS; 6 Gerentes e 4 Cirurgiões-dentistas dos CEOs; 1 Gestor, 1 Gerente e 1 Cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar.

Os profissionais foram recrutados por meio de convite enviado por e-mail e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2022, através de grupos focais, seguindo o conceito de Ressel *et al.* (2008), e entrevistas individuais. Os áudios dos grupos focais e entrevista foram gravados, posteriormente transcritos e compuseram um *corpus* de análise único.

Todos os participantes receberam uma codificação, de acordo com sua função dentro dos serviços (cd-cirurgião-dentista, gr-gerente e gest-gestor), a microrregião de saúde na qual o profissional atua (mic 1- Juiz de Fora; mic 2 - Lima Duarte; mic 3 - São João Nepomuceno/Bicas e mic 4 – Santos Dumont) e o nível de atenção à saúde em que está inserido (niv 1 – APS; niv 2 – CEO e niv 3 – serviço hospitalar), garantindo assim o anonimato das informações.

Os cirurgiões-dentistas da APS foram divididos em turmas conforme compatibilidade de horários, sendo selecionado um cirurgião-dentista da APS por município, preferencialmente os que atuam em equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram realizados 9 grupos focais, sendo 7 grupos com os cirurgiões-dentistas da APS e 2 grupos com os profissionais de CEO. Os 7 grupos com os Cirurgiões-dentistas da APS tiveram um média de 4 participantes por grupo. Já com os profissionais de CEO foram realizados 1 grupo com 6 Gerentes de CEO e 1 grupo com 4 Cirurgiões-dentistas de CEO que atendem PcD.

Para os profissionais do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, optou-se pela entrevista individual, devido ao número menor de profissionais e desempenho de funções distintas, sendo realizadas um total de 3 entrevistas: 1 com o gestor, 1 com o gerente do serviço e 1 com o cirurgião-dentista que atende PcD.

A delimitação do número de participantes ocorreu quando o conteúdo foi suficiente para permitir o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do objeto estudado (Minayo, 2017).

Foi utilizado um preâmbulo para os grupos focais e para as entrevistas individuais, a fim de contextualizar os participantes sobre o tema, e um roteiro para condução dos trabalhos, com perguntas disparadoras. A abordagem pretendeu coletar informações e percepções dos participantes em relação aos mecanismos de encaminhamentos dos pacientes ao longo da RASB-PcD; investigar como ocorrem os processos regulatórios, de referência e contrarreferência, e a organização dos fluxos assistenciais e verificar a existência de estratégias de Apoio Matricial para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS na atenção à PcD.

O software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), 0.7 alpha 2, foi utilizado para auxiliar o processo de tratamento, análise e interpretação dos dados, sem substituir o papel central da pesquisadora, de competência analítica e crítica para efetuar a análise de dados. Para que as análises sejam úteis à classificação de qualquer material textual, requer-se uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (Camargo; Justo, 2013; Almico; Faro, 2014; Andrade Júnior; Andrade, 2016; Santos, 2017; Camargo; Justo, 2018). Neste estudo, a retenção foi de 78,18%.

Foram realizadas as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência e a análise de similitude.

A metodologia de análise utilizada fundamenta-se na Análise de Conteúdo, utilizando o método de Laurence Bardin, organizada em suas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (Bardin, 2011).

Na fase inicial, pré-análise, foi realizada a **leitura flutuante** dos documentos, o material foi organizado, gerando um *corpus* textual, composto por 43 textos provenientes da transcrição dos grupos focais e entrevistas individuais. O *corpus* foi fracionado em unidades, agrupado conforme similaridade para ser processado no IRAMUTEQ.

Na fase de exploração do material, foi realizada a codificação e categorização. Duas categorias emergiram do *corpus* de dados.

Na terceira fase, procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, por meio da inferência e interpretação, aprofundando-se na análise dos dados e estabelecendo uma correlação com o referencial teórico e com os objetivos do trabalho.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, e aprovado sob parecer de número 4.810.317.

3. Resultados

3.1 Caracterização dos participantes

Os participantes do estudo foram 43 profissionais, sendo 34 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Do total, 30 eram Cirurgiões-dentistas da APS, 6 Gerentes e 4 Cirurgiões-dentistas dos CEOs; 1 Gestor, 1 Gerente e 1 Cirurgião-dentista do serviço de Assistência Odontológica Hospitalar. Dos 30 Cirurgiões-dentistas da APS, 23 eram vinculados à ESF. A distribuição dos participantes por microrregião de saúde e o fluxo assistencial dos pacientes na RASB-PcD pode ser observado na Figura 1.

O recrutamento destes profissionais foi realizado através de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os convites foram feitos por meio de carta convite por e-mail. Foram incluídos aqueles que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, com no mínimo um ano em exercício no cargo: no caso dos cirurgiões-dentistas da APS, preferencialmente os vinculados à ESB da ESF, sendo um cirurgião-dentista de APS por município; nos CEOs, os gerentes destes serviços e os cirurgiões-dentistas que atendem PcD e no serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, o gestor e o gerente do serviço e o cirurgião-dentista que atende PcD. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em desvio de função ou afastados no período pesquisado, seja devido à licença saúde, licença maternidade ou outros motivos.

Figura 1 – Distribuição dos participantes por microrregião de saúde e fluxo assistencial RASB-PcD, SRS-JF (MG), 2022



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

Na Figura 1 podemos observar que a maioria dos participantes é da microrregião de saúde de Juiz de Fora, na qual está localizada o município polo, de mesmo nome, onde concentram-se a maior parte dos serviços especializados, bem como o serviço hospitalar. Em relação ao trajeto dos pacientes ao longo desta rede, pode-se observar na Figura 1, que estes são encaminhados primeiramente aos CEOs (setas em azul) e posteriormente, caso haja indicação, são direcionados dos CEOs para o serviço hospitalar (setas pretas).

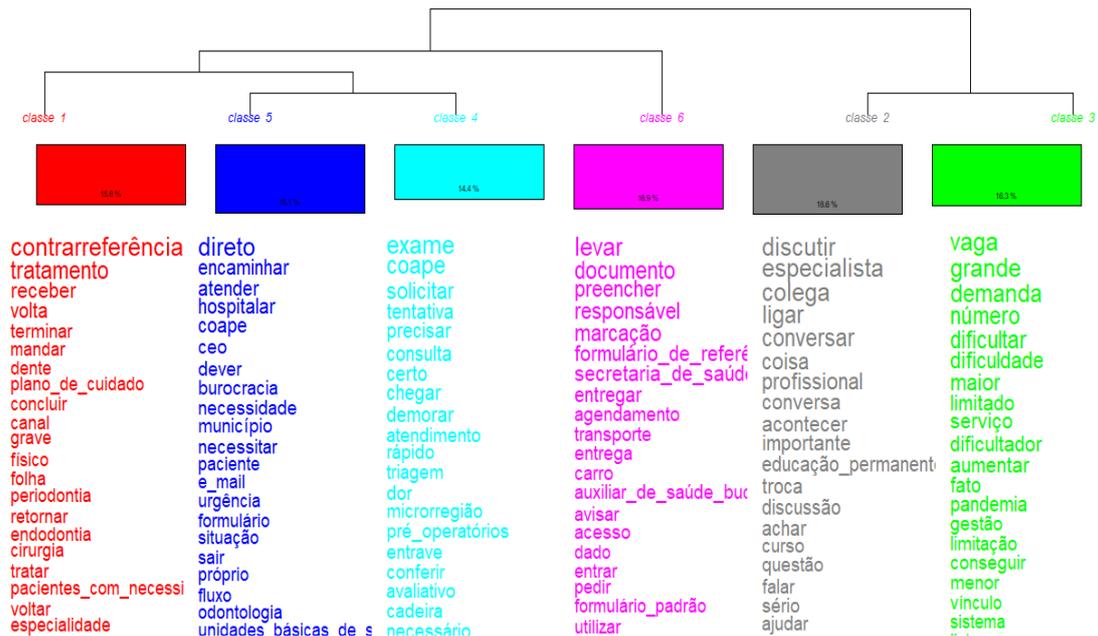
O tempo médio de serviço no SUS, informado pelos participantes, foi de 10 anos. 37,20% dos profissionais informaram não possuir curso de especialização e 4,65% possuem curso de especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Em relação a experiência no atendimento à PcD, 16,27% dos participantes informaram que não possuem experiência neste tipo de atendimento, 53,48% informaram que possuem pouca experiência e 30,23% indicaram possuir experiência no atendimento a estes pacientes.

3.2 Análise no IRAMUTEQ

Foi produzido um *corpus* textual único, composto por 43 textos provenientes da transcrição dos grupos focais e entrevistas individuais. O *corpus* geral foi separado em 779 segmentos de textos (STs), com aproveitamento de 78,18% dos vocábulos, ou seja, 609 segmentos foram classificados.

O *corpus* textual foi processado no IRAMUTEQ e, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerou 6 classes, conforme a semelhança dos vocábulos, representadas pelo dendrograma da Figura 2.

Figura 2 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual.



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

Na Figura 2 podemos observar que dos 609 segmentos de texto (ST), 96 ST (15,8%) foram classificados na classe 1, 113 ST (18,6%) na classe 2, 99 ST (16,3%) na classe 3, 88 ST (14,4%) na classe 4, 110 ST (18,1%) na classe 5 e 103 ST (16,9%) na classe 6 (Figura 2).

O *corpus* textual, primeiramente, foi dividido em dois *sub-corpus*, separando o conteúdo das classes 2 e 3 do restante do material, indicando que essas duas classes estão fortemente ligadas, mas possuem vocábulos de natureza distinta do restante. A classe 2 representa a articulação entre os profissionais de saúde bucal e a classe 3 a oferta de vaga nos serviços especializados.

Esta divisão do *corpus* textual deu origem a dois *sub-corpus*. O primeiro deles é a classe 6, que remete ao fluxo de referência dos pacientes na Rede de Atenção à Saúde Bucal e o segundo é a classe 1, que diz respeito ao fluxo de contrarreferência dos pacientes nesta rede. Posteriormente, a classe 1 gerou as classes 4 e 5, que estão interrelacionadas, sendo que a classe 5 ilustra o acesso aos serviços de saúde desta rede e a classe 4 trata de pré-requisitos para conseguir este acesso. A classificação foi interrompida neste ponto, indicando a estabilidade das 6 classes no que se refere a segmentos de texto com vocábulos semelhantes.

A partir da CHD, foi realizada a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), conforme a Figura 3.

Não vem um plano de cuidado com o paciente que teve que ir para o tratamento hospitalar não, a gente não recebe nada não, eu nunca recebi nenhum deste tipo de contrarreferência.

Transcrição do áudio cd_06, mic_3, niv_1

Na parte superior da figura, as classes 4 (azul claro) e 5 (azul escura) se misturam, demonstrando certa similaridade entre os vocábulos. Suas abordagens, porém, são distintas. Na classe 5, as palavras mais evidentes são “direto”, “encaminhar”, “atender”, “hospitalar”, “COAPE”, “CEO”, “dever”, “burocracia” e “necessidade”, o que ilustra o acesso dos pacientes aos serviços de saúde desta rede, demonstrando barreiras que podem dificultar o acesso.

A dificuldade que eu acho, às vezes, é paciente que a gente sabe que poderia ir direto para o COAPE, porque não vai ter condição de ser atendido no CEO, e a gente ainda tem que seguir esta burocracia, de ter que mandar para o CEO primeiro para depois eles encaminharem para o COAPE.

Transcrição do áudio cd_08, mic_1, niv_1

Já a classe 4 trata de pré-requisitos para acessar estes serviços. Nela surgem as palavras “exame”, “COAPE”, “solicitar”, “tentativa”, “precisar”, “consulta”, “certo”, “chegar”, “demorar”, “atendimento” e “entreve”, remetendo novamente a barreiras que podem influenciar no acesso dos pacientes.

Acontece uma demora para o agendamento do paciente, as vezes o paciente chega até a perder os exames pré-operatórios, por conta da demora do agendamento do procedimento.

Transcrição do áudio cd_30, mic_2, niv_1

No quadrante inferior direito da figura, aparecem as classes 2 (cinza) e 3 (verde claro). Na classe 3, os termos “vaga”, “grande”, “demanda”, “número”, “dificuldade” e “limitado” exercem maior influência, mostrando a oferta de vagas perante a demanda pelos serviços de referência como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador.

As vagas referenciadas para o município são muito poucas pela demanda, no caso de pacientes com necessidades especiais...

Transcrição do áudio cd_24, mic_2, niv_1

Já na classe 2, as palavras “discutir”, “especialista”, “colega”, “ligar”, “conversar”, “coisa” e “importante” são as de maior representatividade, evidenciando a importância da comunicação entre os profissionais de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção, o que consiste em uma das funções do Apoio Matricial, que surge como uma potencialidade para auxiliar a APS na coordenação dessa rede.

Não tem este momento dos profissionais estarem conversando, tirando dúvidas, fazendo uma capacitação, mas algumas vezes eu tive a oportunidade de um colega ter uma dúvida e ligar para o serviço, perguntando se a gente pode falar com o colega.

Transcrição do áudio cd_35, mic_1, niv_3

A Análise de Similitude está representada pela Figura 4.

A palavra “paciente” estabelece relação com os termos “Atenção-primária”, “município”, “encaminhar”, “tratamento”, “precisar”, “passar”, “CEO”, dentre outras, elucidando o fluxo de referência destes pacientes dentro do sistema de saúde, os quais são encaminhados pela APS dos municípios de residência para realizar o tratamento especializado ou hospitalar. Nesse trajeto, passam pelo “CEO” e depois são atendidos no COAPE. Além disso, a palavra “paciente” também demonstra relação direta, em um dos segmentos, com as palavras “COAPE” e “direto”, o que corrobora com o que foi observado nas análises anteriores, estabelecendo uma relação com questões de acesso do paciente aos serviços hospitalares.

A palavra “gente”, representativa dos profissionais dos serviços de saúde desta rede, nas ramificações periféricas da árvore, estabelece relação com os termos “contrarreferência”, “dificuldade”, “vaga”, “demanda”, “capacitação”, ilustrando aspectos sobre a contrarreferência proveniente dos serviços especializado e hospitalar, a oferta de vagas perante a demanda existente e a importância de capacitação dos profissionais para otimização dos serviços. Além disso, também aparecem nos “truncos” relacionados à palavra “gente” os vocábulos “achar”, “acesso”, “contato”, “informação”, “especialista”, “ligar”, “comunicação”, “questão”, “difícil”, “resolver”, dentre outras. Isso reitera o que já foi identificado nas análises anteriores, demonstrando a articulação entre os profissionais, bem como o contato e a comunicação entre eles, para trocar informações e tentar resolver conjuntamente as questões mais difíceis.

3.3 Categorias de análise

Mediante análise do corpus textual, perante as 6 classes geradas pela CHD e em consonância com as palavras mais frequentes e significativas, as classes foram nomeadas e categorizadas em 2 categorias, de acordo com o referencial teórico e a afinidade entre as palavras. Os resultados podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Composição das categorias de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Categorias	Classes	Palavra representativa da classe	Denominação
Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD)	Classe 6	<i>“levar”</i>	Fluxo de Referência na RASB-PcD
	Classe 1	<i>“contrarreferencia”</i>	Fluxo de contrarreferencia na RASB-PcD
	Classe 5	<i>“direto”</i>	Acesso à RASB-PcD
	Classe 4	<i>“exame”</i>	Pré-requisito para atendimento no serviço hospitalar da RASB-PcD
Desafios e Potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD	Classe 3	<i>“vaga”</i>	Oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados da RASB-PcD
	Classe 2	<i>“discutir”</i>	Articulação entre os profissionais dos serviços de saúde bucal da RASB-PcD

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022).

No Quadro 1 está descrito a denominação das categorias e das classes, bem como a palavra de maior representatividade de cada classe.

3.3.1 Categoria 1 - Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência (RASB-PcD)

3.3.1.1 Fluxo de Referência na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

No fluxo assistencial de referência identificado neste trabalho, os profissionais de saúde bucal da APS utilizam um formulário próprio para referenciar as PcD para os CEOs, com as informações necessárias para o encaminhamento do paciente. O paciente é atendido no CEO de referência e posteriormente, se for o caso, é encaminhado para o serviço de odontologia hospitalar. O agendamento no CEO normalmente é feito pela própria ESB da APS ou, em alguns casos, pela Secretaria Municipal de Saúde, através de e-mail ou via ligação telefônica. O município de origem providencia o transporte para levar o paciente, não havendo relatos de dificuldades neste sentido.

Para o CEO a gente encaminha com o formulário de referência e contrarreferência, quem agenda é a Auxiliar de Saúde Bucal, por e-mail, aí mandam a data para ela do atendimento e ela entra em contato com o paciente, para o paciente vir na unidade de saúde pegar o encaminhamento, para levar no dia da consulta.

Transcrição do áudio cd_09, mic_1, niv_1

Para o COAPE é feito o agendamento via e-mail, a gente mesmo do CEO é que agenda e que comunica o paciente, e tem uns documentos de odontologia Hospitalar que a gente tem que preencher para encaminhar para o COAPE.

Transcrição do áudio gr_02, mic_1, niv_2

Porém, o fato de haver um dia específico no mês para realizar os agendamentos foi apontado por alguns participantes como um fator dificultador. Além disso, a qualificação para um preenchimento mais adequado do formulário de referência, proveniente da APS, também apareceu como uma ação necessária.

A questão de conseguir vaga as vezes é complicada, porque fala que tem uma cota, mas as vezes se você não marcar dentro daqueles dias, você não consegue mais aquela vaga.

Transcrição do áudio cd_21, mic_2, niv_1

A gente está cobrando, então vem a referência preenchida direitinho, mas ainda faltando muita informação, os profissionais ainda precisam ser melhor qualificados para estar fazendo essa abordagem.

Transcrição do áudio gr_0h, mic_1, niv_3

3.3.1.2 Fluxo de contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A contrarreferência proveniente do COAPE, serviço hospitalar localizado no município sede da macrorregião de saúde Juiz de Fora, é enviada via paciente/responsável ou via Secretaria Municipal de Saúde, entretanto, geralmente não chega até os profissionais de saúde bucal da APS e nem dos CEOs. A contrarreferência vinda dos CEOs de Juiz de Fora para a APS também é falha e, normalmente, não é recebida pelos profissionais deste nível de atenção.

Nem todos fazem a contrarreferência e quando fazem vem mais sobre o que foi feito no paciente, não vem o que a gente precisa seguir depois do tratamento, não vem um plano de cuidado.

Transcrição do áudio cd_01, mic_2, niv_1

Já as ESB que referenciam para os CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont, no geral, relataram receber a contrarreferência e o plano de cuidado ao término do tratamento dos pacientes, nestes CEOs.

Na verdade eu não recebo esta contrarreferência quando este paciente é encaminhado para a COAPE, essa contrarreferência do CEO a gente tem sim, quando é da odontologia hospitalar a gente não tem muito acesso.

Transcrição do áudio cd_06, mic_3, niv_1

3.3.1.3 Acesso à Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

O fato de o paciente ter primeiro que passar pelo CEO de referência e posteriormente, se for o caso, ser encaminhado para o serviço de odontologia hospitalar, denominado COAPE, foi evidenciado pelos profissionais da atenção primária como um entrave para o acesso a esse serviço, principalmente nos casos de urgência odontológica. Os profissionais relataram a necessidade de maior autonomia para avaliar se há indicação de tratamento hospitalar e se for o caso, encaminhar os pacientes diretamente para o COAPE, realizando um contato direto com este serviço. Nesse caso, os CEOs funcionam como um “regulador do acesso” ao COAPE, o que é visto por alguns profissionais da atenção primária como uma “burocracia desnecessária”, que dificulta o acesso do paciente, principalmente nos casos em que o mesmo possui restrições de locomoção, como pacientes acamados.

Às vezes a gente tem um paciente de urgência aqui e ter que encaminhar para o CEO para depois ir para o COAPE é uma burocracia muito grande, a burocracia dificulta, facilitaria se tivesse um fluxo mais direto.

Transcrição do áudio cd_02, mic_1, niv_1

A gente podia ter maior autonomia para encaminhar direto para o coape.

Transcrição do áudio cd_09, mic_1, niv_1

Eu tenho uma paciente que é uma paciente do asilo que a gente atende aqui, com uma dificuldade de locomoção muito grande, aí eu conversei com a gerente do CEO para ver se ela poderia pular esta etapa para mim.

Transcrição do áudio cd_24, mic_2, niv_1

Por outro lado, os profissionais dos CEOs e do COAPE, bem como os gerentes e gestores destes serviços, veem como importante esta etapa de triagem, a fim de evitar sobrecarga e encaminhamentos desnecessários para o serviço hospitalar que é, por sua vez, um serviço altamente especializado e com grande demanda, pois atende toda a macrorregião de saúde.

Se não fizer esta triagem no CEO talvez vai sobrecarregar o COAPE de muito paciente e às vezes os pacientes que realmente precisam vão ficando cada vez mais para trás, porque está cheio de paciente que não tem necessidade de estar no COAPE.

Transcrição do áudio gr_2, mic_1, niv_2

3.3.1.4 Pré-requisito para atendimento no serviço hospitalar da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

Os gerentes dos CEOs relataram a dificuldade de alguns pacientes na realização dos exames pré-operatórios preconizados para o encaminhamento e agendamento do paciente no COAPE, o que dificulta o acesso dos pacientes, que em

alguns casos não voltam com os exames solicitados e até mesmo desistem do tratamento. Além disso, por outras vezes, quando é disponibilizada a vaga para o serviço hospitalar, alguns exames perdem o prazo de validade, culminando na inutilidade dos mesmos e na necessidade de repetição para garantir o atendimento.

O CEO fica aguardando o paciente retornar com aqueles exames para conferência, eu percebo que alguns não voltam, não sei se é pela quantidade de exames, se os pacientes não conseguem fazer estes exames.

Transcrição do áudio gr_4, mic_1, niv_2

3.3.2 Categoria 2 - Desafios e Potencialidades para que a APS cumpra seu papel coordenador na Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

3.3.2.1 Oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A oferta de vagas nos serviços de saúde bucal especializados apareceu como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador. A oferta insuficiente de vagas, tanto para os CEOs quanto para o COAPE, foi frequentemente relatada pelos profissionais da APS, sendo mais evidente nas 2 microrregiões que referenciam pacientes para os 5 CEOs de Juiz de Fora, caracterizando sobrecarga destes CEOs, por atenderem 2 microrregiões de saúde compostas por 25 municípios.

As vagas são poucas e tem uma demanda reprimida muito grande que não consegui sanar, porque é muito difícil conseguir marcar.

Transcrição do áudio cd_07, mic_1, niv_1

No que tange aos CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont, não houve relatos de dificuldades quanto à oferta de vagas, pois estes CEOs atendem somente suas respectivas microrregiões. Persistiu, porém, dentre as colocações dos participantes destas regiões, a percepção da insuficiência de vagas para o COAPE, responsável pela avaliação e triagem dos pacientes para acesso ao serviço de Assistência Odontológica Hospitalar, o que o torna referência macrorregional. Assim, no que tange a este tipo de paciente, o COAPE atende toda a macrorregião de saúde Sudeste, incluindo as microrregiões de saúde de abrangência dos CEOs de São João Nepomuceno e de Santos Dumont.

É uma dificuldade do CEO também marcar para o COAPE, porque diz que só tem uma vaga para a microrregião toda.

Transcrição do áudio cd_05, mic_3, niv_1

3.3.2.2 Articulação entre os profissionais dos serviços de saúde bucal da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

A comunicação entre os profissionais de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção à saúde ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática, demonstrando que existe pouco vínculo entre eles. Os profissionais de saúde bucal da APS não possuem contato sistematizado com os profissionais dos CEOs e do COAPE, para discutir casos de pacientes, esclarecer dúvidas e receber Apoio Matricial.

A gente não consegue discutir nenhum caso clínico com os especialistas não.

Transcrição do áudio cd_19, mic_3, niv_1

Já o contato dos profissionais dos CEOs com o COAPE ocorre com maior frequência, porém ainda de forma pontual.

Quando os CEOs têm alguma dificuldade eles ligam para o COAPE, pedem orientação, discuti o caso, mas é pouco ainda, acho que isso tem que ser implementado.

Transcrição do áudio gr_oh, mic_1, niv_3

As estratégias de Apoio Matricial provenientes dos CEOs e do serviço hospitalar ainda são insuficientes, havendo somente capacitações pontuais e específicas, não sendo realizados de forma regular processos de educação permanente com as equipes de saúde bucal da APS. Os CEOs também não recebem matriciamento originado do serviço hospitalar. As formas de organização dos fluxos de referência e contrarreferência não são discutidas, de modo periódico, pelos profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde bucal.

Só de ter uma comunicação com o profissional especialista a gente já conseguiria tirar alguma dúvida e já resolver aqui mesmo e não precisar de encaminhar o paciente, curso de educação permanente ajudaria mais ainda...

Transcrição do áudio cd_03, mic_4, niv_1

Assim, a melhor articulação entre os profissionais, através do Apoio Matricial, surge como uma potencialidade para que a APS exerça sua função coordenadora dentro da RABS-PcD.

4. Discussão

Os resultados do presente estudo indicam que a APS funciona como porta de entrada da RASB-PcD, porém o fluxo assistencial de referência nesta rede, apesar de estar instituído, ainda apresenta inconsistências, como limitações de dias específicos para a realização dos agendamentos e necessidade de uma referência mais qualificada, que descreva melhor aspectos relacionados a avaliação do paciente, bem como indicação de tratamento e motivos do encaminhamento para o serviço especializado, de modo a otimizar o trabalho dos especialistas. Além disso, também foi identificado que a contrarreferência, proveniente tanto dos CEOs quanto do serviço hospitalar, para a APS, também apresenta fragilidades, pois não chega até os profissionais da APS, os quais ficam sem retorno sobre o tratamento que foi realizado nos serviços de maior complexidade e sem um plano de cuidado para auxiliá-los na continuidade do cuidado desses pacientes.

Este trabalho apontou que os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar (COAPE) precisam ser melhor discutidos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção para que a APS tenha maior autonomia na regulação dos pacientes junto aos CEOs, sem que isso reflita em sobrecarga para o serviço hospitalar. Além disso, é necessário o estabelecimento de um fluxo efetivo para a realização dos exames pré-operatórios em tempo oportuno, a fim de facilitar o acesso desses pacientes ao serviço hospitalar e evitar a perda de validade e repetição de exames.

A regulação do acesso ou regulação assistencial não deve ser apenas um ato normativo burocrático, baseado em protocolos clínicos, mas um mecanismo dinâmico, com foco no usuário e em suas necessidades. É importante a construção coletiva do procedimento, com transparência, flexibilidade, inovação e tecnologia, com o objetivo de agregar valor aos processos regulatórios em saúde, na busca de melhor qualidade e integração com as demais políticas públicas de saúde. Segundo Ferreira *et al.* (2016), a APS deve cumprir suas funções dentro da RAS, dentre elas a de coordenação, que consiste em orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os pontos da rede, destacando a potência da ação

regulatória nesse nível de atenção. Assim, a deficiência de instrumentos regulatórios e de protocolos de referência e contrarreferência pode comprometer a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado.

Chueiri, et al., (2017) referem-se à coordenação como a organização do cuidado individual, a fim de dar continuidade às ações de saúde nos diversos pontos da rede, garantindo ao usuário que sua necessidade seja atendida de forma integral e em tempo oportuno. Portanto, é fundamental que todos os profissionais tenham ciência da importância dos fluxos e contrafluxos na RASB-PcD.

A oferta insuficiente de vagas nos serviços de saúde bucal especializados e hospitalar foi identificada neste estudo como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD. A coordenação entre os níveis de atenção, de acordo com Almeida *et al.* (2010), se dá também na análise sistemática pelos profissionais da APS dos encaminhamentos para os serviços especializados; no monitoramento e gestão das filas de espera; na garantia do acesso aos serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e as consultas especializadas; na utilização de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços e na estruturação dos sistemas de regulação e marcação de consultas e exames.

Silva *et al.* (2017); Almeida, et al., (2018) enumeraram que, dentre os principais desafios para a coordenação do cuidado pela APS, estão as dificuldades de comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção e a dificuldade de acesso aos serviços especializados. Do mesmo modo, Costa, et al., (2022) identificaram como pontos críticos na RAS: a comunicação entre os profissionais, o sistema de referência e contrarreferência e o acesso aos serviços especializados. Os mesmos autores destacaram a relevância da contrarreferência para a continuidade do cuidado e resolubilidade dos serviços de saúde, além da necessidade de ampliar a discussão em torno da coordenação do cuidado, por meio da formação profissional e educação permanente.

Os dados do presente estudo mostraram que a comunicação entre os profissionais de saúde bucal da RASB-PcD ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática. A organização dos fluxos de referência e contrarreferência não são discutidas de modo periódico e as estratégias de Apoio Matricial ainda são insuficientes. Sendo assim, melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais desta rede, através do desenvolvimento de estratégias sólidas de Apoio Matricial, bem como de processos de educação permanente contundentes, emergiram com uma grande potencialidade, para que as ESB da APS possam coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar um atendimento integral às PcD.

Nesse sentido, para Campos e Domitti (2007) e Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial é uma boa estratégia para transcender a lógica dos encaminhamentos que fragmentam o cuidado, quebrar a burocratização da modalidade de referência e contrarreferência e aumentar o vínculo durante o atendimento interdisciplinar, criando oportunidades de comunicação, de troca de saberes e de organização dos fluxos dentro da RAS. Para Starfield (2003), esta metodologia atribui maior resolutividade a APS, integrando a APS com a atenção especializada, por meio de uma relação horizontal entre o generalista e o especialista, através do compartilhamento do atendimento, da atuação conjunta na continuidade do cuidado, além de consultas breves e intervenções pontuais.

De acordo com Mello Filho e Silveira (2005), Bying *et al.* (2008), Brasil (2009) e Saraiva e Zepeda (2012), o contato entre a equipe de referência da APS e os apoiadores matriciais pode ocorrer tanto através de encontros periódicos programados para a discussão de casos, planejamento e execução das ações conjuntas; quanto de maneira emergencial, em situações imprevistas, devendo ser evitadas a burocratização dos fluxos e a criação de barreiras de acesso. Para Medeiros *et al.* (2020), o Apoio Matricial potencializa a comunicação e o diálogo entre os envolvidos, amplia a cogestão do cuidado em saúde, facilita o reconhecimento das necessidades de mudança nas intervenções individuais e coletivas e estimula as ações de planejamento. Já Barros *et al.* (2015) apontou que este processo fortalece as ações interdisciplinares, a construção de novas lógicas de trabalho, a transformação das práticas e a organização do trabalho, produzindo uma relação de cooperação e confiança.

Este estudo teve como limitação o fato de ter ocorrido de modo virtual, visto que o preconizado neste tipo de coleta é que o pesquisador observe as reações, postura e gestos dos participantes durante a realização dos grupos focais e entrevistas. Além disso, outra limitação foi a realização deste trabalho logo após o estágio mais crítico da pandemia da Covid-19, ocasião na qual os serviços de saúde ainda sofriam impacto do período pandêmico. Contudo, os desafios e potencialidades parecem não serem restritos à dinâmica deste período, dada a descrição feita pelos participantes do fluxo habitual na RASB-PcD. Complementar a análise com visitas *in locu* para avaliar o funcionamento da rede pode ser objeto para estudos futuros.

5. Conclusão

O fluxo assistencial de referência e contrarreferência na RASB-PcD da região estudada, apesar de estar parcialmente instituído, ainda apresenta inconsistências e demonstra fragilidades importantes, sendo necessária a qualificação dos profissionais em ambos os aspectos.

Os critérios e protocolos para acesso ao serviço hospitalar da RASB-PcD (COAPE) precisam ser melhor discutidos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, de modo que as APS tenham maior autonomia na regulação destes pacientes junto aos CEOs, sem que isso reflita em sobrecarga para o serviço hospitalar. Além disso, é necessário o estabelecimento de um fluxo efetivo para a realização dos exames pré-operatórios em tempo oportuno, a fim de facilitar o acesso destes pacientes ao serviço hospitalar e evitar a perda de validade e repetição de exames.

A oferta insuficiente de vagas nos serviços de saúde bucal especializados e hospitalar também foi identificada como um desafio para que a APS cumpra seu papel coordenador na RASB-PcD, sendo que a implantação de um CEO na microrregião de saúde de Lima Duarte poderia diminuir a sobrecarga dos CEOs de Juiz de Fora, otimizando esta oferta.

A comunicação entre os profissionais de saúde bucal da RASB-PcD ainda ocorre de forma incipiente e não sistemática, demonstrando pouco vínculo entres eles. A organização dos fluxos de referência e contrarreferência não é discutida de modo periódico e as estratégias de Apoio Matricial ainda são insuficientes.

Sendo assim, melhorar a comunicação e a articulação entre os profissionais dessa rede, através do desenvolvimento de estratégias sólidas de Apoio Matricial, bem como de processos de educação permanente contínuos, emergiram com uma potencialidade, para que as ESB da APS possam coordenar o cuidado, garantir sua longitudinalidade e proporcionar um atendimento integral às PcD.

Referências

- Andrade Junior, E. O., & Andrade, E. O. (2016). Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(2), 123-130.
- Almeida, P. F., et al. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, 26(2), 286-298.
- Almeida, P. F., Oliveira, S. C., & Giovanella, L. (2018). Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2213-2227.
- Almico, T., & Faro, A. (2014). Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 723-737.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, J. O., et al. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2847-2856.
- Batista, S. R., et al. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2043-2052.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS.

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2017). Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do sistema único de saúde: anexo vi, redes de cuidados à pessoa com deficiência. *Diário oficial da união*, Brasília, 03 out. 2017.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2004). Portaria nº 1.570, de 24 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 jul. 2004.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. *Diário Oficial da União*, Brasília, 07 out. 2009.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. *Política Nacional de Atenção Básica 2017*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2019). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bying, R., et al. (2008). Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 8(1), 274-281.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*: um software gratuito para análise de dados textuais. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social Comunicação e Cognição – UFSC.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Chueiri, P. S., Harzheim, E., & Takeda, S. M. P. (2017). Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 12(39), 1-18.
- Costa, A. P. B., Guerra, M. R., & Leite, I. C. G. (2022). Avaliação de atributos da Atenção Primária Saúde, sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 17(44), 1-11.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.*, 20(4), 961-970.
- Ferreira, J. B. B., et al. (2016). Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 11(38), 1-12.
- Medeiros, C. R. G., et al. (2020). O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. *Saúde Debate*, 44(125), 478-490.
- Mello Filho, J., & Silveira, L. M. C. (2005). Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29(2), 147-151.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2.ed). Brasília: Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12.
- Oliveira, E. C., et al. (2017). Os cuidados em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc. Anna Nery*, 21(3), 1-7.
- Oliveira, M. T. P., et al. (2022). Os desafios e potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis*, 32(1), 1-18.
- Ressel, L. B., et al. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm.*, 17(4), 779-786.
- Santos, V., et al. (2017). IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping Review. Atas CIAIQ2017. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2(1), 392-401.
- Saraiva, S., & Zepeda, J. (2012). Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso, G., Lopes, J. M. C. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: ArtMed.
- Silva, S. S., et al. (2017). Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. *Reciis: Rev. Eletrôn. Comum. Inf. Inov. Saúde*, 11(2), 1-12.
- Starfield, B. (2003). William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br. J. Gen. Pract.*, 53(494), 723-729.