



## O LUGAR DA SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ILHÉUS: CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA

THE PLACE OF ORAL HEALTH IN THE HEALTH CARE NETWORK IN THE TOWN OF ILHÉUS: CONSTRUCTION OF A FLOWCHART

Viviane Loiola Andrade da Rosa<sup>1</sup>  
Bolívar de Oliveira Landi<sup>2</sup>  
Vitória Solange Coelho Ferreira<sup>3</sup>  
Vanessa Barreiros Gonçalves<sup>4</sup>  
Matheus Ribeiro dos Santos<sup>5</sup>  
Tamine Habib Silva Câmara Leal<sup>6</sup>

**Manuscrito recebido em:** 15 de novembro de 2021.

**Aprovado em:** 21 de dezembro de 2022.

**Publicado em:** 27 de dezembro de 2022.

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o processo de elaboração de um fluxograma analisador da linha de cuidado da saúde bucal no município de Ilhéus, bem como identificar as dificuldades e obstáculos da organização dos serviços assistenciais da rede e do processo de trabalho do odontólogo em uma unidade de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que relata a experiência vivenciada por uma residente de odontologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz na elaboração de um produto tecnológico, o fluxograma analisador da linha de cuidado da saúde bucal no município de Ilhéus. **Resultados:** A construção do fluxograma permitiu uma melhor visualização e compreensão de como está estruturada a rede de atenção à saúde bucal em Ilhéus e os nós críticos existentes. **Conclusão:** As reflexões permitiram compreender que a principal questão norteadora para a mudança nos serviços de saúde é a organização dos processos de trabalho, que deve ser centrada no usuário, e a construção do fluxograma como potencial ferramenta para análise desses processos.

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família em Universidade Estadual de Santa Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6208-309X> E-mail: [viviane.laro@gmail.com](mailto:viviane.laro@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Coordenador do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde Bucal dos Municípios de Ilhéus e Una.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7737-3508> E-mail: [landi.bolivar@gmail.com](mailto:landi.bolivar@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora no Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0274-6976> E-mail: [vitoria@uesc.br](mailto:vitoria@uesc.br)

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora na Universidade Estadual de Santa Cruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8833-7737> E-mail: [vbgoncalves@uesc.br](mailto:vbgoncalves@uesc.br)

<sup>5</sup> Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Cirurgião-dentista no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia pela Universidade Federal do Sul da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8946-9355> E-mail: [mateurs14@hotmail.com](mailto:mateurs14@hotmail.com)

<sup>6</sup> Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6276-4554> E-mail: [taminehsc@hotmail.com](mailto:taminehsc@hotmail.com)



**Palavras-chaves:** Fluxograma; Saúde Bucal; Níveis de Atenção à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

### Abstract

**Objective:** To describe the elaboration process of an analyzer flowchart of the oral health care line in the town of Ilhéus, as well as to identify the difficulties and obstacles in the organization of the network's assistance services and the work process of the dentist in a health unit.

**Method:** This is a study with a qualitative approach that reports the experience of a dental resident of the Multiprofessional Residency Program in Family Health at the State University of Santa Cruz in the development of a technological product, the care line analyzer flowchart of oral health in the municipality of Ilhéus. **Results:** The construction of the flowchart allowed a better understanding of how the oral health care network in Ilhéus and the existing critical nodes is structured. **Conclusion:** The reflections allowed us to understand that the main guiding question for change in health services is the organization of work processes, which should be user-centered, and the construction of the flowchart as a potential tool for analyzing these processes.

**Keywords:** Flowchart; Oral Health; Health Care Levels; Comprehensive Health Care.

## INTRODUÇÃO

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorreu com o intuito de contribuir para a integralidade da atenção por meio de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde<sup>1</sup>. A criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, reafirma esta intencionalidade ao assumir o propósito de contribuir com a reorientação do modelo assistencial, expansão e criação de novos serviços de saúde bucal e a implantação de uma rede que articule os três níveis de atenção com foco nas ações multidisciplinares e intersetoriais<sup>2</sup>.

A reorientação do modelo da atenção em saúde bucal apresenta o cuidado como eixo norteador, com foco na promoção da saúde, prevenção e desenvolvimento de ações programáticas e intersetoriais, ou seja, numa perspectiva de saúde não centrada apenas na assistência aos usuários doentes<sup>3</sup>.

Ao se integrar ao conjunto dos serviços de saúde, a saúde bucal acompanha o modelo organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que consiste na organização das ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, tendo como principal objetivo integrar as ações e serviços na intenção de ofertar uma atenção contínua, integral, resolutiva e de qualidade aos usuários nos três níveis de atenção<sup>4</sup>.



Tais níveis podem ser classificados de acordo com as densidades tecnológicas, variando do menor nível de densidade (Atenção Primária à Saúde), passando pelo de densidade intermediária (atenção secundária à saúde), até o maior nível de densidade tecnológica (atenção terciária à saúde), sendo essa estruturação fundamental para o uso racional dos recursos<sup>4</sup>. O funcionamento da RAS ocorre com a interação de seus três elementos constitutivos: população/território, estrutura organizacional e sistema determinado pelo modelo de atenção<sup>4</sup>. A população sob responsabilidade de uma rede deve ser definida de forma a garantir uma melhor estrutura a população de cada território, com tempo de resposta adequado e boa viabilidade operacional. A estrutura operacional refere-se aos diferentes pontos de atenção à saúde, sendo composta por 5 componentes: pontos de atenção à saúde primários (centro de comunicação), secundários (média complexidade) e terciários (alta complexidade), sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança<sup>5</sup>. O modelo de atenção organiza o funcionamento da RAS articulando as relações entre as populações, os objetivos das intervenções e os diferentes tipos de intervenção sanitária de acordo com as condições demográficas, epidemiológicas e dos determinantes sociais, bem como da visão da saúde prevalentes em determinado território<sup>5</sup>.

Nesta direção, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede<sup>6</sup>. Além de se situar no nível primário, a atenção à saúde bucal é ofertada nos níveis secundário e terciário, no intuito de propiciar a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que também norteia a PNSB<sup>3</sup>.

Proporcionar uma atenção integral requer pensar em linhas de cuidado que buscam garantir o acesso a todas as tecnologias que o usuário necessita nos diferentes níveis de assistência, proporcionando a continuidade do cuidado ininterrupto<sup>7</sup>. Para PNSB torna-se importante que as linhas de cuidado sejam bem estruturadas para a organização dos serviços de assistência, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência)<sup>3</sup>.



Vale destacar que na relação clínica em que a pessoa ocupa a centralidade da prática profissional, a categoria 'cuidado' passa a destacar elementos subjetivos dessa relação, ressaltando-se a interpretação do processo saúde-adoecimento dos sujeitos<sup>8</sup>. O cuidado reflete a dedicação, o zelo, a afeição e a preocupação com o outro<sup>8</sup>. Dessa forma, o cuidado demanda do profissional que sua prática tenha por base a ética nas relações humanas, a solidariedade e a confiança<sup>8</sup>.

A descrição dos fluxos e sua análise são possibilitadas pelo fluxograma que consiste em uma representação gráfica<sup>10,11</sup>. Tal ferramenta permite visualizar os caminhos de assistência à saúde ofertados ao usuário e sua inserção no serviço, além de contribuir para detecção de problemas na produção da assistência à saúde<sup>10</sup>.

As atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) possibilitaram o acompanhamento da atuação do odontólogo na APS em uma Unidade Saúde da Família (USF), chamando atenção para os nós críticos presentes na implementação do atendimento curativo e das ações de prevenção e promoção da saúde, por dificuldades que vão desde a infraestrutura e organização até o provimento de recursos humanos, materiais e equipamentos. Estes aspectos relacionados as atividades intermediárias que permeiam o saber-fazer profissional têm diminuído o fazer operante, impossibilitando a prestação de um cuidado integral na saúde bucal.

Tendo como substrato este cenário e a possibilidade dos residentes realizarem rodízio na Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no Departamento de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Bucal do município em questão, foi realizado tal estudo, com o intuito de visualizar o desenho da linha de cuidado da saúde bucal na RAS, uma vez que foram observadas fragilidades nos pontos de atenção da rede de saúde bucal e de articulação entre os diferentes pontos o que se tornava um obstáculo à implantação de uma atenção integral, resolutiva e de qualidade, voltada às reais necessidades dos usuários no âmbito da saúde bucal. A partir destas reflexões, delineia-se a questão norteadora que conduziu a produção deste relato de experiência, a saber: Como se conforma a linha de cuidado e qual o lugar da saúde bucal na rede de saúde de Ilhéus?



Sabe-se que o fluxograma oferece uma visão nítida a respeito dos fluxos da produção da assistência à saúde e permite a identificação de problemas<sup>12</sup>, assim sendo, torna-se importante e relevante a sua construção no município de Ilhéus para melhor visualização e compreensão de como está estruturada a rede de atenção à saúde bucal e identificar os obstáculos existentes.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no âmbito do PRMSF da UESC na elaboração de um fluxograma analisador da linha de cuidado da saúde bucal no município de Ilhéus com o objetivo de descrever o processo de elaboração do fluxograma e identificar as dificuldades e obstáculos da organização dos serviços assistenciais desta rede e do processo de trabalho do odontólogo na USF.

Quanto ao método, optou-se pelo relato de experiência por analisar a aplicação de processos, métodos e ferramentas contextualizando a experiência, apontando por meio dos resultados as lições aprendidas no mundo do trabalho e os obstáculos e desafios a serem superados e que contribuam com avanço e qualidade do conhecimento produzido neste campo.

O cenário de investigação foi o município de Ilhéus, na USF- Iguape e na gestão da SMS - Departamento de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Bucal. Ilhéus encontra-se localizada na Macrorregião de Saúde no Sul da Bahia, na Microrregião Ilhéus-Itabuna, a 429 km da capital do Estado, possui uma extensão territorial de 1.588 km<sup>2</sup>, densidade demográfica 104,68 hab./Km<sup>2</sup>, IDH de 0,690 e uma população de 184.236 habitantes<sup>13</sup>.

O Sistema Municipal de Saúde é constituído por uma rede composta 76 estabelecimentos e a APS apresenta 50 unidades abrangendo 27 ESF, 12 Unidade Básica de Saúde (UBS) e 17 Unidades de equipes itinerantes, divididas em módulos: norte, centro, oeste e sul, sendo 24 na zona urbana e 26 nos Distritos, com cobertura de 50,03% da população do município. Destaca-se que a maioria das unidades da APS são próprias, mas apresentam infraestrutura física ruim, com escassez de materiais e equipamentos para desenvolvimento das atividades das equipes. No entanto, o quadro de recursos humanos que atua na APS é composto em sua maioria por profissionais concursados.



Os caminhos trilhados na trajetória metodológica deste relato possibilitaram a produção dos momentos vivenciados em ato para elaboração da representação da linha de cuidado integral em saúde bucal na rede de Saúde do município de Ilhéus:

- Aproximação ao mundo do trabalho e cenários de prática por meio da produção de encontros na Unidade Saúde da Família

A equipe de residentes do PRMSF-UESC iniciou as atividades na USF em Abril de 2018. Essa Unidade tem sua área adscrita dividida em 5 microáreas, totalizando 857 famílias. Após conhecer a equipe de saúde da família, foi possível perceber a dinâmica de funcionamento da USF, o processo de trabalho existente e, por meio da territorialização, compreender o território, famílias/usuários e seus determinantes sociais.

Durante esse período inicial o contato com a gestão foi mínimo, mesmo com uma problemática significativa: a ausência do profissional odontólogo e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), que inviabilizava o andamento das atividades específicas da odontologia por parte da residente e prejudicando o cuidado à saúde dos usuários. No entanto, foram iniciadas as atividades de educação e promoção em saúde de forma uni e multiprofissional.

Com a chegada do odontólogo, foram notadas algumas falhas na comunicação entre coordenação de saúde bucal, ESB e coordenação da atenção básica, bem como entre os profissionais que compõem a ESF. Essa lacuna impactava negativamente a assistência prestada aos usuários do serviço, bem como o processo de trabalho da Unidade.

As problemáticas perpassavam pela falha de comunicação com outros setores acerca do profissional da saúde bucal, desconhecimento - por parte dos profissionais - do fluxo e dos serviços ofertados na rede, dúvidas a respeito da referência/contra referência, entraves no fornecimento de material necessário à assistência e manutenção dos equipamentos, assim como pela sobrecarga do nível secundário devido a reduzida/inexistente realização de atividade de promoção e prevenção em saúde e, muitas vezes, pela falta de compreensão das atribuições do profissional odontólogo na atenção básica.





- Aproximação com a Gestão e a produção de outros modos de olhar para Rede de Atenção (in) visível e descontínua

Em Abril de 2019 teve início o rodízio dos cenários de atuação dos residentes, com duração de um trimestre, no qual foi possível conhecer a gestão da atenção básica, com objetivo de compreender os processos de comunicação entre os dois setores. A partir dessa vivência percebeu-se a ausência de comunicação entre as coordenações de odontologia e atenção básica, além da necessidade de permutar entre os dois espaços de forma a propiciar reflexões e possíveis melhorias de interação entre ambos.

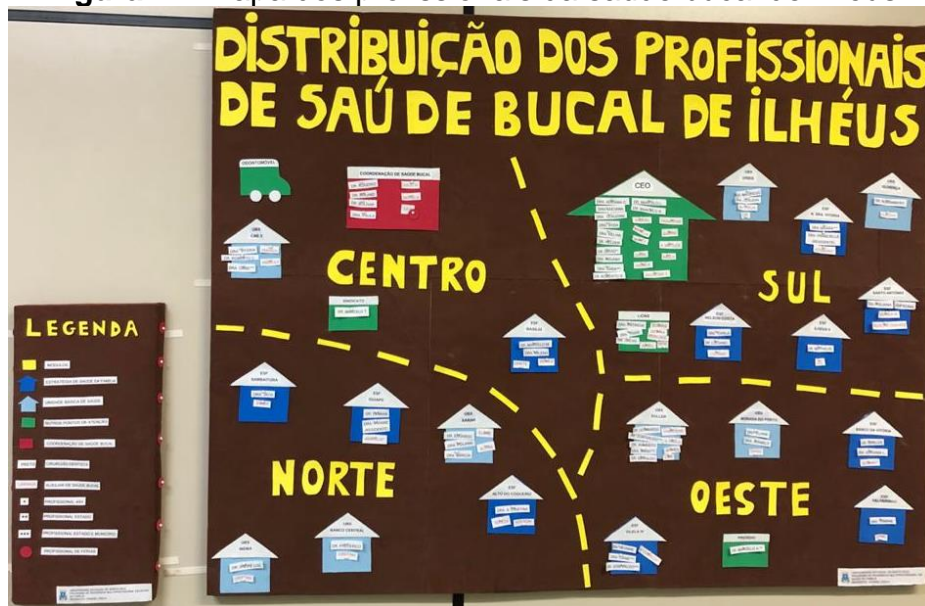
O setor de Saúde Bucal do município de Ilhéus é constituído por um coordenador do departamento, um coordenador do CEO e 6 funcionários administrativos. A rede de atenção à saúde bucal é composta por 107 profissionais, sendo 57 odontólogos e 50 ASB/Técnico em Saúde Bucal (TSB). A distribuição desses profissionais contempla os três níveis de atenção, sendo que o primário é composto por 13 USF, 13 UBS e 1 Unidade Odontológica Móvel (UOM) com ESB, o secundário composto pelo CEO, e terciário representado pelo Hospital Costa do Cacaú.

A vivência nessa coordenação propiciou identificar a ausência de um instrumento que possibilitasse a visualização da rede de atenção, bem como suas consequências no processo de trabalho da coordenação e serviço das Unidades. Pode-se citar como principais reflexos a falta de informações precisas para funcionários e conseqüentemente, para usuários, comprometendo sua linha de cuidado e dificuldade de reorientação dos fluxos diante das adversidades.

No intuito de contribuir para a melhoria do processo de trabalho, após planejamento e conhecimento de todos os pontos de atenção em saúde bucal do município, confeccionou-se um mapa com a distribuição dos profissionais de forma a facilitar a visualização desses pontos e possibilitar a atualização constante da dinâmica desses profissionais na rede (Figura 1).



Figura 1 – Mapa dos profissionais da saúde bucal de Ilhéus



Fonte: Acervo Pessoal

- Elaboração do fluxograma de saúde bucal

A construção do mapa trouxe subsídios para conhecer a rede de saúde bucal e planejar a confecção do fluxograma dessa rede no município de Ilhéus. Realizou-se uma adaptação à realidade do município, utilizando o fluxograma existente preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>2,14</sup>.

Para a confecção do fluxograma foram utilizadas informações coletadas na gestão, coordenação de saúde bucal e atenção básica, bem como por meio da vivência em um dos pontos de atenção da rede, a USF.

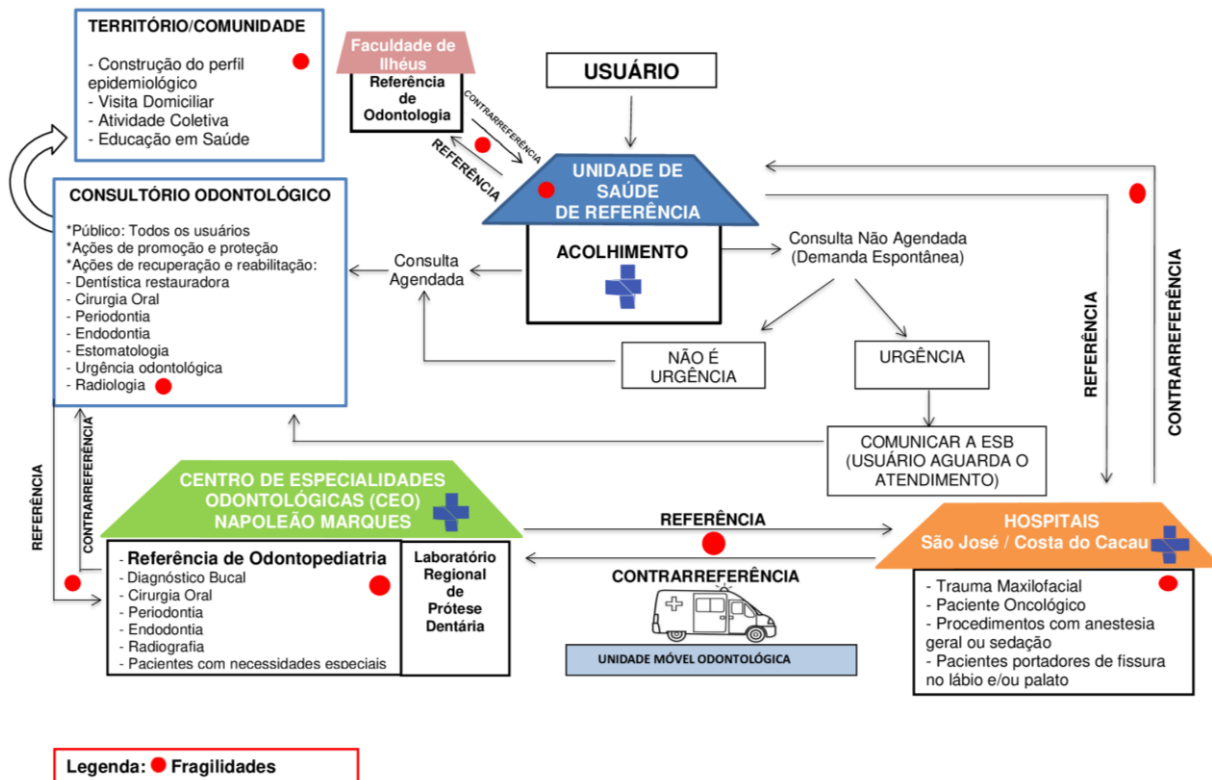
- Cartografia de uma malha (in)visível ao olhar: chegando a alguns resultados produtores de discussão

O fluxograma analisador é composto por figuras geométricas, os algoritmos, representando uma sequência finita e explícita de instruções para solucionar uma problemática. Estes seguem uma linguagem simbólica internacionalmente<sup>15</sup>. Apesar da existência desses símbolos preconizados na elaboração do fluxograma, para efeitos visuais e didáticos, optou-se por mantê-lo no desenho apresentado a seguir.





Figura 2 – Fluxograma da Rede de Atenção à Saúde Bucal de Ilhéus



Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal, 2008a e do Livro-A Saúde Bucal no SUS, 2018 do Ministério da Saúde.

O fluxograma de atenção à saúde bucal de Ilhéus apresenta como principal porta de entrada a APS, representada pela USF e UBS. Após a entrada do usuário na rede, o mesmo tendo consulta agendada, irá aguardar o atendimento. Em caso demanda livre, sendo uma urgência, irá ser atendido no dia. Caso não seja uma urgência e tenha desistência de algum paciente, ele será encaixado, e, se não houver vaga para o dia, o mesmo deverá agendar sua consulta para uma próxima data. O paciente sendo atendido no consultório odontológico, terá acesso aos atendimentos preconizados nesse nível de atenção. Caso necessite de um atendimento especializado o mesmo será referenciado para o CEO. Havendo necessidade, o mesmo deverá ser encaminhado para o nível terciário. Vale destacar que dentro da rede de Ilhéus existe também o curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus que oferta atendimento odontológico. Em todo o percurso desse usuário é de extrema importância a contra referência para sua Unidade de referência.

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, deve ser realizado pelo trabalhador/equipe, envolvendo a responsabilização desses pelo usuário da sua chegada até sua saída, em todos os pontos de atenção dessa rede<sup>16</sup>.



Observou-se nestes pontos, inclusive na atenção primária, que o acolhimento como prática constitutiva do processo de trabalho das equipes não acontecia e quando era realizado se dava de modo inadequado, constituindo um dos principais problemas da RAS do município. Na vivência das atividades sobre acolhimento, realizadas pela equipe de residência com a equipe de saúde, foi constatado que muitos profissionais acreditam que o mesmo se resumia apenas a escutar demanda do usuário e que este dispositivo seria realizado apenas pelo profissional que realiza a triagem. Esse *modus operandi* é ratificado no estudo realizado por Guedes et al.<sup>17</sup> que identificou a visão distorcida do acolhimento realizado no serviço definindo-o como triagem e organização de filas, executando ações de forma fragmentada, o que compromete a função do acolhimento como dispositivo para organização das demandas nos serviços de saúde.

No entanto, sabe-se que essa diretriz ultrapassa a escuta, deve ser qualificada, ativa e engloba também a extinção de filas, com foco na organização do atendimento com base em riscos/vulnerabilidades e busca adequação da capacidade resolutive, de modo a viabilizar a ampliação do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema. Dessa forma, os profissionais de saúde devem articular as redes internas e externas de serviços para assegurar atenção integral, resolutive e responsável, permitindo a continuidade da assistência<sup>17,18</sup>.

Nos encontros com os usuários durante o trabalho em saúde, os profissionais se utilizam das chamadas “caixas de ferramentas tecnológicas”, conceituadas por Merhy<sup>19</sup> como os saberes implicados na produção do cuidado e seus desdobramentos materiais e imateriais, utilizados de acordo com as necessidades dos indivíduos e com o objetivo que se deseja alcançar. Seguindo essa lógica, as caixas de ferramentas são divididas em três tipos, a saber: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves<sup>19</sup>.

A chamada *tecnologia dura* está relacionada à propedêutica e aos procedimentos, permitindo a utilização dos equipamentos que subsidiam o estabelecimento do diagnóstico, bem como dos equipamentos e medicamentos utilizados na terapêutica; a *tecnologia leve-dura* se refere ao olhar do profissional de saúde sobre o usuário como objeto de intervenção, construído a partir de saberes bem definidos (como a clínica e a epidemiologia) mas durante a interação com o usuário, o que traz uma tensão entre a dureza do pensamento estruturado e a



necessidade de uma maleabilidade exigida na relação com o usuário; a *tecnologia leve* é a produção de relações que se estabelece com escuta promovida nos encontros entre os profissionais e usuários e que possibilita a construção dos vínculos e captura das singularidades e contextos, sendo a ferramenta que aumenta a possibilidade do usuário participar, interagir e também, afetar<sup>19</sup>.

A inversão das tecnologias do cuidado utilizadas na produção da saúde é fundamental para ocorrer a mudança do modelo assistencial. As tecnologias leves e leve-duras devem nortear o processo de trabalho para que realmente se efetive o serviço como produtor do cuidado<sup>7</sup>. Cecílio<sup>18</sup> refere que embora necessários, os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais não são suficientes para garantir aos usuários o acesso equânime, atendendo às suas necessidades, aos distintos serviços da rede de saúde. É indispensável articular as relações entre os trabalhadores da saúde nos diferentes pontos da rede de atenção, envolvendo as tecnologias leves que estabelecem relações de vínculo, responsabilização, cooperação e escuta qualificada.

Dessa forma, o acesso e a produção do cuidado integral do usuário no serviço de saúde dependem das realizações dos trabalhadores de saúde em ato, das tensões e conflitos existentes na gestão do cotidiano<sup>20</sup>.

- Organização do Processo de Trabalho e das Linhas de Cuidado em Saúde: possibilidades de construção de uma malha de cuidados progressivos e ininterruptos

A organização da demanda odontológica nas Unidades da APS em Ilhéus é realizada através das ações programáticas e demanda espontânea, tendo como eixo principal a consulta agendada com dia específico de marcação o que contribui para ocorrência de filas, chegada de madrugada na unidade e a formação de uma demanda reprimida enorme por aqueles que não conseguiam acessar a senha para consulta. O atendimento aos casos de urgência ocorre pelas vagas da agenda destinadas a essa ocorrência ou quando há alguma desistência. Verifica-se, contudo, que essa substituição do usuário em casos de não comparecimento, apesar de ser uma determinação da coordenação de saúde bucal, nem sempre é cumprida na maioria das Unidades. Vale ressaltar, a existência de um quantitativo insuficiente de profissionais para toda a rede e baixa disponibilidade de horas/trabalho dos odontólogos o que contribuiu ainda mais para ampliação da demanda reprimida.



Para essa problemática existem outras possibilidades de organização do serviço que reduz o tempo de espera no agendamento de consultas, a demanda reprimida, o absenteísmo e amplia o acesso aos usuários do SUS, sendo este o acesso avançado apoiado no acolhimento<sup>21</sup>. O modelo Acesso Avançado (AA), também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia, possibilita aos pacientes buscarem, no momento de sua necessidade ou escolha, cuidados primários de saúde com seus profissionais de referência. Nesse modelo não se divide a agenda por períodos reservados a grupos específicos, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, de acordo com a demanda<sup>21</sup>.

Santos et al.<sup>22</sup> ainda sugerem como possíveis soluções para as atividades curativas acumuladas, a formulação de táticas de organização local, por meio de rodas de negociações juntamente com o estabelecimento de critérios de atendimento na USF, visitas domiciliares, atividades de promoção e prevenção gerando, conseqüentemente, corresponsabilização e controle social.

O odontólogo da APS tem como atribuições a construção do perfil epidemiológico e realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, sendo o público alvo todos os usuários adscritos à Unidade. As ações de prevenção e promoção devem ser realizadas individualmente no consultório odontológico/visita domiciliar e coletivamente nos espaços públicos do bairro, como creches, escolas. Já as ações de recuperação e reabilitação incluem dentística restauradora, cirurgia oral, periodontia, endodontia, estomatologia, urgência odontológica e radiologia<sup>2</sup>.

Em relação as atribuições do odontólogo na APS foram identificados no município alguns problemas como a ausência de perfil epidemiológico da população adscrita, o que compromete o diagnóstico e planejamento de acordo com as reais necessidades da população<sup>23</sup>. Bem como a reduzida e/ou inexistência da realização de ações de promoção e prevenção, principalmente de forma coletiva, pela ESB, articulada às condições de trabalho precárias, devido à falta de insumo/equipamentos e/ou sua manutenção, diminuem a resolubilidade no nível primário levando ao aumento da demanda reprimida e comprometimento do funcionamento da rede<sup>24</sup>.



Quanto a problemática dos equipamentos, outro nó crítico diz respeito à falta do aparelho para tomada radiográfica na maioria das Unidades, juntamente com a resistência, por parte de alguns profissionais, em realizar este tipo de atendimento nas poucas unidades que têm o aparelho. Uma das questões levantadas por estes profissionais é o não recebimento de periculosidade, no entanto, a concessão deste benefício depende de uma análise técnica e só é caracterizado o risco quando o grau de exposição é superior ao limite permitido em lei<sup>2</sup>.

A baixa resolubilidade, por sua vez, provoca a permanência desses usuários no serviço por tempo prolongado, sem que haja garantia da solução de seu problema de saúde ou conclusão do tratamento<sup>22</sup>. Dessa forma, faz-se necessária uma boa capacidade de resposta por parte da APS para o melhor funcionamento da rede, por meio, por exemplo, da identificação de casos que precisem ser referenciados ao nível secundário, assim como a garantia do acesso aos distintos níveis de atenção à saúde<sup>25</sup>.

Com relação as limitações em realizar os atendimentos devido à falta de equipamento ou manutenção do mesmo, Santos et al.<sup>22</sup> discorrem a respeito da possibilidade de utilizar um contexto criativo para realizar os procedimentos clínicos possíveis. Cita ainda que a prática do acolhimento em sua amplitude, possibilita novos arranjos e diversas respostas às demandas, redimensionando a dependência da tecnologia dura.

- Seguindo caminhos e linhas para além da APS em busca da malha/rede de cuidado progressivo e ininterrupto: (In) visível

Trilhando o traçado da linha no nível primário, foram detectadas quebras na linha de cuidado pela ESB atuantes nas unidades de atenção primária, principalmente pela ausência e/ou não funcionamento de equipamento e materiais insuficiente. Como consequência foi observado um grande quantitativo de encaminhamentos para atendimento/procedimento no Centro de Especialidade em Odontologia (CEO), a fim de que as necessidades dos usuários fossem supridas por este setor - que oferta atendimentos especializados nas áreas de diagnóstico oral, cirurgia, periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais e radiologia<sup>2</sup>. É importante destacar que a coordenação local orientava os profissionais a realizar a





referência apenas quando necessário, visto que, o município apresentava o nível secundário de serviços odontológicos com grande sobrecarga, principalmente para procedimentos endodônticos.

Reitera-se que o aumento da capacidade resolutive da assistência no nível primário pode reduzir as grandes filas de espera presentes no nível secundário<sup>26</sup>, devido à redução da demanda por atendimento especializado, destinando assim, os recursos para a garantia dos procedimentos que realmente se façam necessários<sup>7</sup>.

O CEO do município é credenciado/habilitado como tipo III, de acordo com a Portaria nº 599, de 23 de março de 2006, visto que comporta 7 cadeiras odontológicas, possibilitando contemplar o município com a especialidade de odontopediatria<sup>2</sup>. Os usuários que necessitavam dessa especialidade eram referenciados, por meio de fluxo informal, para o Centro Social de Saúde Oral (CSSO), instalado no Lions Club. No entanto, o CSSO encontrava-se desativado por problemas de infraestrutura, comprometendo assim a linha de cuidado da criança. Tal situação era agravada por existir um grande nó crítico na rede que era a resistência de alguns profissionais no atendimento de crianças, questão essa que vinha sendo trabalhada pela coordenação com os profissionais para solucionar o problema, além da pretensão de implantar a especialidade de Odontopediatria no CEO.

O serviço de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) era alocado no CEO e encontrava-se em funcionamento por meio do trabalho de um especialista em Prótese Dentária da rede municipal em conjunto com uma equipe de uma empresa terceirizada para confecção das próteses. O município de Ilhéus recebia incentivo federal e estava habilitado para produzir entre 20 e 50 próteses mensais.

Os pacientes que necessitassem de atendimentos com um maior grau de complexidade deveriam ser encaminhados para o nível terciário. No entanto, a assistência nesse nível em Ilhéus ocorre por meio de fluxos distintos e não conectados com a rede. O Hospital Costa do Cacaú era a referência para trauma bucomaxilofacial e o Hospital São José, através da Clione (Clínica Oncológica de Ilhéus), realizava os atendimentos aos pacientes oncológicos no município. No Hospital São José, após realizada a biópsia e sendo diagnosticada uma neoplasia maligna, o paciente era direcionado para realização de cirurgia e/ou tratamento quimioterápico no próprio hospital e, caso este necessitasse de radioterapia, seria encaminhado para o Hospital Manoel Novaes, em Itabuna.



Em paralelo, alguns casos de oncologia que eram encaminhados diretamente para o Hospital Aristides Maltez, em Salvador. Os pacientes portadores de fissura no lábio e/ou palato eram encaminhados para o hospital Irmã Dulce, onde está implantado o Centro de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais (Centrinho), em Salvador. Em todos estes casos, os procedimentos eletivos eram regulados pela Central de Regulação do município e, caso houvesse a necessidade de tratamento em localidades distantes, os pacientes eram direcionados pela Regulação para o Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

No Hospital das Clínicas do Malhado e no Hospital São José ainda existia um atendimento à demanda espontânea, onde eram realizados procedimentos de biópsia, frenectomia e trauma. O odontólogo lotado nesses hospitais era responsável por avaliar a necessidade de realizar o atendimento em nível hospitalar do usuário. Confirmada tal necessidade, o profissional emitiria a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e encaminharia o paciente com os exames complementares para a auditoria, realizada por auditor do serviço público no CEO. Uma vez autorizado, o paciente seria encaminhado para a Central de Regulação, onde é aprovada a internação e marcada a data do procedimento cirúrgico no hospital.

Os Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (PNE) que necessitassem de atendimento em nível hospitalar também não possuíam um encaminhamento seguro dentro da rede de Ilhéus. Essa realidade coincide com os resultados do estudo de Godoi et al.<sup>27</sup> em que foram pontuadas limitações nos fluxos e oferta de serviços no nível terciário.

É notório que existe uma grande desarticulação dos fluxos no nível terciário. Os caminhos percorridos pelos usuários na alta complexidade acontecem independentes dos outros pontos de atenção, inclusive sem conhecimento por parte do setor de Saúde Bucal.

Integrando a rede, a Faculdade de Ilhéus ofertava atendimentos realizados pelos discentes representando um importante ponto de atenção para onde o usuário poderia ser referenciado caso não fosse possível realizar o procedimento necessário nas Unidades e/ou marcação tenha ficado para uma data muito distante. No entanto, por ser uma instância de referência informal, muitas vezes ocorre falha de comunicação e os profissionais da rede recebem informações imprecisas ou



desconhecem a possibilidade de encaminhamento desses usuários para essa instituição de ensino. Para sanar essa dificuldade, sugere-se a criação de um instrumento formal entre SMS e a Faculdade ou a discussão sobre uma rede de petição e compromisso<sup>10</sup>.

A organização dos atendimentos em todo percurso da rede ocorre na recepção dos pontos de atenção, com isso o usuário precisa se deslocar para a Unidade de referência no primeiro momento apenas para agendar a consulta e retornar no segundo momento para o atendimento. Corroborando com estes achados o estudo de Franco<sup>10</sup>, refere que este processo burocrático de acesso à consulta somado a ausência de ferramentas como o acolhimento e a oferta insuficiente levam a exclusão de parte dos usuários da assistência. Em pesquisa, constatou-se que usuários com acesso geográfico facilitado e mais jovens tiveram mais chances de obter assistência integral<sup>28</sup>.

Em todo o percurso do fluxo existem nós críticos na referência e contra referência, seja pela referência desnecessária, por falta de responsabilização da equipe em assegurar o atendimento e/ou pouca/ausência da contra referência. Outra dificuldade enfrentada nos serviços de referência é a ausência de um fluxo de referência e contra referência definido e a não efetivação das linhas de cuidado que comprometem o funcionamento do serviço em rede<sup>24</sup>. Dessa forma, é fundamental que ocorra a articulação entre as unidades dos distintos níveis de complexidade, por meio da utilização de forma responsável da referência e contra referência nos fluxos assistenciais para assegurar o acesso, efetivar o vínculo e garantir a continuidade do cuidado do sujeito<sup>7, 25</sup>.

Isto posto, percebe-se que o cuidado em saúde se constrói a partir de um complexo arranjo que envolve acolhimento, procedimentos, fluxos, conhecimento, compartilhamento e conflitos, que terão como resultado a integralidade da atenção<sup>29</sup>. Assim, esse relato de experiência permitiu compreender que a principal questão norteadora para a mudança nos serviços de saúde é a organização dos processos de trabalho, devendo a mesma ser centrada no usuário<sup>7</sup>, utilizando-se do fluxograma para análise desses processos. Para além disso, faz-se necessário compartilhar responsabilidades na rotina dos serviços de saúde, numa proposta contra hegemônica do fazer saúde<sup>30</sup>.



No entanto, a construção do fluxograma não é suficiente por si só; faz-se necessário efetuar-lo dia-a-dia, na vivência entre os diferentes serviços, com todos os atores, gestores, trabalhadores e usuários. Nesses encontros é que se dá a produção do trabalho em saúde e se efetiva a integralidade e valorização da vida, dimensões fundamentais para a consolidação do SUS<sup>17</sup>. Verifica-se também a necessidade de uma proposta de construção de educação permanente para qualificação dos processos de trabalho realizados pelas ESB.

Dessa maneira, considerando o papel da residência na produção de conhecimento nas redes onde está inserida, foi proposto a Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus, a realização de impressão do fluxograma de atenção à saúde bucal do município para fixação nos pontos de atenção, de forma visível a todos funcionários e usuários do serviço, com os respectivos endereços dos componentes da rede. Essa ação tem como finalidade o conhecimento, por parte desses atores, da rede e do fluxo de assistência à saúde bucal de Ilhéus, das atribuições dos profissionais em cada nível, dos locais onde funcionam esses serviços, no intuito de facilitar a produção do cuidado e empoderar os sujeitos.

## CONCLUSÃO

Esse relato descreve a construção do fluxograma da rede de atenção à saúde bucal do município de Ilhéus e aponta os serviços ofertados através do desenho de fluxo, mostrando a sua potência como ferramenta para visualizar os nós críticos existentes na rede que comprometem a integralidade e continuidade do cuidado ao usuário.

Os principais obstáculos observados encontram-se naquela que deve ser a ordenadora e coordenadora da rede, a APS. Os problemas vão desde a prática do acolhimento até a escassez de recurso material para ofertar a assistência. Estes nós críticos nos processos de trabalho e assistência no nível primário comprometem e interrompem acentuadamente a teia de processos existentes na rede. Com igual relevância, têm-se os nós críticos nos pontos de atenção secundária e terciária, sendo esse último altamente desarticulado dos demais pontos de atenção.



Este trabalho foi elaborado com o intuito de contribuir para que a gestão possa repensar e redirecionar a organização da saúde bucal no município de Ilhéus. Espera-se que esses resultados possam colaborar e que outros estudos aconteçam nessa direção para dar andamento e complementar essas reflexões e implementar melhorias nessa rede, visando efetivar o modelo usuário centrado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família [internet]. Diário Oficial da União, 2000. [acesso em 22 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde [internet]. 2018. [acesso em 22 de maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde [internet]. 2004. [acesso em 24 de maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 2010. [acesso em 24 de maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde [internet]. 2011. [acesso em 24 de Novembro de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 24 de Maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
7. Franco TB, Magalhães Júnior HM. A integralidade na assistência à saúde: A organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). O





trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano [internet]. São Paulo: Hucitec, 2007. [acesso em 23 de Maio de 2020]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASIST%20CANCAIA%20%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FAlio.pdf>

8. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde Debate [internet]. 2017;41(115):1177-1186. [acesso em 22 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt>

9. Vale EG, Pagluica LMF. Construção de um conceito de cuidado em enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Revista Brasileira de Enfermagem [internet]. 2011;64(1):106-113. [acesso em 26 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tKdjzqfTy7vLbd6tbm6BpGp/?lang=pt&format=pdf>

10. Franco TB. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG. In: Merhy et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec [internet], 2007. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/fluxograma\\_descritor\\_e\\_Projetos\\_Terapeuticos\\_-\\_Prof\\_Dr\\_Tulio\\_Franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/fluxograma_descritor_e_Projetos_Terapeuticos_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf)

11. Nascimento VF. Fluxograma de Acesso e Atendimento de Enfermagem em Unidade de Saúde Da Família. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [internet]. 2013;4(1):1922 – 1927. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/208>

12. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. Ciên. Saúde Colet. [internet]. 2012;17(3):635-42. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9B5zft9fKK5Fy6ZXpxG6Ytg/?lang=pt>

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo, 2010 [internet]. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17. Ministério da Saúde [internet], 2008. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)

15. Ribeiro PP, Baumart AD, Anversa ETR. Fluxograma Descritor/Analisador: Ferramenta para Melhoria dos Processos de Trabalhos na Atenção Primária à Saúde. IV Mostra Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão da FISMA [impresso], 2018.



16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 4. ed. Editora do Ministério da Saúde [internet], 2008. [acesso em 27 de Maio de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)
17. Guedes AVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. Bras. Enferm. [internet], 2013;66(1):31-7. [acesso em 30 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntFtXDpDYV6Fbpgtp6gfBc/?lang=pt>
18. Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec [impresso], 1997.
19. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE et al. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis [impresso], 2016.
20. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública [internet]. 2011;27(2):295-304. [acesso em 30 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J9ttNqTBPT8ChfqZBKLRjxF/abstract/?lang=pt>
21. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. Saúde Debate [internet]. 2019;43(121):605-613. [acesso em 30 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gBZ9q7kH36VM9pphyhfXsPq/?lang=pt>
22. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2007;23 (1):75-85. [acesso em 1 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z3MQCvLkGt73DstZtXyLk4b/?lang=pt>
23. Silva MHN, Ávilla AL, Silva BPS, Alves LSR, Santos DAS, Rafael JC. Perfil Epidemiológico E Social Da População Atendida Em Uma Unidade Básica De Saúde Em Cuiabá. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [internet]. 2013;4(2):2129-2138. [acesso em 1 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/246>
24. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2013;21:131-139. [acesso em 1 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJKRpWnv74KRLYDsjqcB/abstract/?lang=pt>



25. Silva HEC, Gottens LBD. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciê. Saúde Colet.* [internet]. 2017;22(8):2645-2657. [acesso em 1 de Junho de 2020]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/CQ8tFrFmXDJGTssvYLXZv5K/abstract/?lang=pt>
26. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities. *Ciê. Saúde Colet.* [internet]. 2012;17(11):3115-3124. [acesso em 1 de Junho de 2020]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/zkfxmj8BjpLRFYzntgHDmTK/abstract/?lang=pt>
27. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção a saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014;30(2):318-332. [acesso em 5 de Junho de 2020]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/hRKRwDRnq3cyqYKSMvTPmRv/abstract/?lang=pt>
28. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Brazilian oral health policy: factors associated with comprehensiveness in health care. *Rev. Saúde Publica* [internet]. 2010;44(6):1005-1013. [acesso em 5 de Junho de 2020]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xdGYhm6GFVwcXg45q6DGyfM/abstract/?lang=en>
29. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* IMS ABRASCO [internet]. 2003:197-210. [acesso em 5 de Junho de 2020]. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GESTÃO-HOSPITALAR.pdf>
30. Reis VM, David HMSL. Fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Rev. APS* [internet]. 2010;13(1):118-125. [acesso em 5 de Junho de 2020]. Disponível em:  
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>