

Fatores que interferem na assistência em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico

Factors affecting the oral health care of patients in psychological distress

Factores que intervienen en la asistencia de la salud bucal de pacientes con sufrimiento psíquico

Inamari Souza de Almeida Amorim
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Paula Hayasi Pinho
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Helena Moraes Cortes
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Rocío Elizabeth Chávez Alvarez
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Autor correspondente: Inamari Souza de Almeida Amorim – E-mail: inalmeida@yahoo.com.br

Recebido em 17 de outubro de 2023 – Aprovado em: 24 de março de 2024 – Publicado em: 04/05/2024

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde é um sistema público que, ao longo dos anos, apresentou grandes avanços em relação à expansão e ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde através da implantação dos serviços, atuação das equipes de saúde e ampliação das Redes de Atenção à Saúde. **Objetivo:** O estudo buscou identificar os fatores que interferem na assistência odontológica a usuários em sofrimento psíquico nos diferentes serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde de uma grande capital do nordeste brasileiro. **Métodos:** Foi utilizada, como abordagem metodológica, a Pesquisa Convergente Assistencial, com os dados sendo coletados através de observação participante e grupo de convergência. **Resultados:** A partir da análise dos relatos dos profissionais que compõem a Rede de Atenção à Saúde, foi possível identificar os fatores que interferem no cuidado integral em saúde bucal do usuário em sofrimento psíquico que estão relacionados à articulação dos serviços das redes de atenção, como também, fatores relacionados à saúde bucal e mental. **Conclusões:** Observou-se que os fatores abordados pelos profissionais evidenciavam pouca articulação das redes de atenção, com cada uma operando suas ações e serviços de forma independente, sem uma compreensão nítida das potencialidades e dificuldades. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-Chave

*Saúde Bucal;
Saúde Mental;
Serviços de Saúde;
Atenção à Saúde;
Acesso aos Serviços
de Saúde.*

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System (Sistema Único de Saúde, in Portuguese) is a public system that has made great progress over the years in the expansion and strengthening of Primary Health Care, through the implementation of services, the work of health teams, and the expansion of Health Care Networks. **Objective:** The study sought to identify the factors affecting dental care for patients in psychological distress in the different health services of the Health Care Network of a large capital city in northeastern Brazil. **Methods:** The methodological approach used Convergent Care Research, with data collected through participant observation and a convergence group. **Results:** From the analysis of the reports of the professionals who make up the Health Care Network, it was possible to identify the factors that hinder comprehensive oral health care for patients in psychological distress. They are related to the articulation of healthcare network services, as well as to factors associated with oral and mental health. **Conclusions:** It was observed that the factors addressed by the professionals demonstrated that there was little connection among the healthcare networks, as each network carried out its operations and services independently, without a clear understanding of the potentialities and difficulties. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

RESUMEN

Introducción: El Sistema Único de Salud es un sistema público que, a lo largo de los años, ha realizado grandes avances en la expansión y fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud a través de la implantación de servicios, el trabajo de los equipos de salud y la expansión de las Redes de Atención a la Salud. **Objetivo:** El estudio buscó identificar los factores que intervienen en la asistencia odontológica de usuarios con sufrimiento psíquico en los diferentes servicios de salud de la Red Asistencial de una gran capital del nordeste de Brasil. **Método:** El abordaje metodológico utilizado fue la Investigación Convergente Asistencial, con recolección de datos por medio de observación participante y grupo de convergencia. **Resultados:** A partir del análisis de los relatos de los profesionales que componen la Red de Atención a la Salud, fue posible identificar los factores que interfieren en la atención integral a la salud bucal de los usuarios en situación de sufrimiento psíquico, que están relacionados con la articulación de los servicios en las redes de atención, así como factores relacionados con la salud bucal y mental. **Conclusiones:** Se observó que los factores abordados por los profesionales mostraron poca articulación entre las redes de atención, con cada una, operando sus acciones y servicios de forma independiente, sin una clara comprensión del potencial de cada red. Este texto es resultado del programa de posgrado stricto sensu, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

Keywords

Oral Health;
Mental Health;
Health Services;
Health Care;
Health Services
Accessibility.

Palabras Clave

Salud Bucal;
Salud Mental;
Servicios de Salud;
Atención de Salud;
Acceso a Servicios de
Salud.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos, apresentou avanços por meio da expansão e do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), da implantação dos serviços básicos, da atuação das equipes de saúde nos territórios e da ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). São perceptíveis, contudo, diversos entraves à execução das políticas, sobretudo quando versamos acerca da integralidade do cuidado como um princípio estrutural do sistema.

No que se refere à atenção odontológica no serviço público brasileiro, por muitos anos, a assistência foi prestada a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados para as doenças periodontal e da cárie. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores (1).

Com o advento da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, os cuidados com a saúde bucal dos brasileiros no SUS foram instituídos e articulados com outras políticas de saúde e demais políticas públicas, operando através da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) (2-4). Entretanto, os indivíduos em sofrimento psíquico ainda encontram dificuldades para o autocuidado em saúde bucal e, geralmente, apresentam más práticas de higiene bucal, maior prevalência de doença periodontal, maior experiência de cárie e maior prevalência de leucoplasias (5-9). Esses usuários devem ter acesso à APS, e a equipe de saúde bucal (eSB) deve estar apta para oferecer-lhes o devido cuidado, contando com o apoio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo, dessa forma, recomendável o trabalho multidisciplinar (4).

Por sua vez, as RAS devem operar de forma cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos, sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, o que implica a continuidade da atenção desde o nível primário até o secundário e o terciário, com vistas à atenção integral e a intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, de forma oportuna e com foco na condição de saúde. Isso implica responsabilidades sanitárias e econômicas que funcionam sob a coordenação da APS e geram valor para a população (10).

Destarte, tanto a RAPS quanto a RASB encontram dificuldades para operar em conjunto. Embora sejam redes distintas, as duas possuem processos equivalentes de cuidado e se integram, pois o cuidado integral depende dessa articulação. Devemos considerar, no entanto, que as duas redes são constituídas a partir de políticas de saúde transversais que visam dar respostas a determinada demanda de saúde da sociedade.

Considerando o exposto, este trabalho buscou identificar os fatores que interferem na assistência odontológica de usuários em sofrimento psíquico nos diferentes serviços de saúde da RAS de uma grande capital do nordeste brasileiro.

Métodos

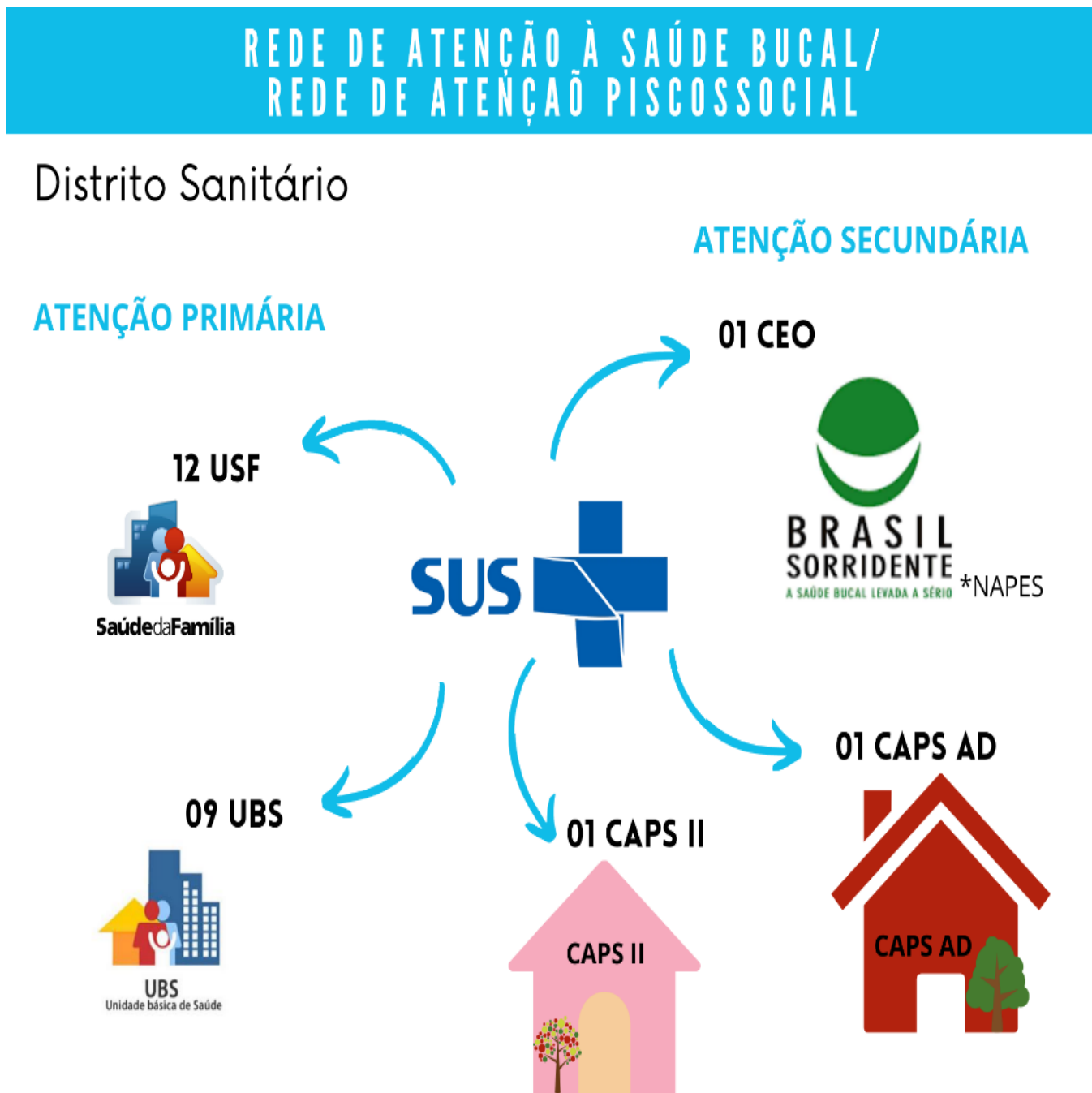
Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido com a utilização da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esse método se caracteriza pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde, que se mantém em estreita relação com ela durante seu processo com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. Assim, esse método é desenvolvido no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática, onde os pesquisadores desenvolvem simultaneamente pesquisa e práticas de saúde com a intenção de provocar mudanças qualificadoras naquela assistência (11).

O caminhar investigativo na PCA se propõe a seguir quatro diferentes fases: concepção, investigação, perscrutação e análise (11). A fase da concepção abarcou a percepção da pesquisadora sobre a dificuldade de acesso dos usuários em sofrimento psíquico a cuidados orais na RAS. Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico: em busca da integralidade do cuidado”, que teve como objetivo construir um fluxograma de articulação dos serviços da APS e da rede especializada (Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) de um Distrito Sanitário (DS) central do município de Salvador, capital do estado da Bahia, no Brasil.

A fase de instrumentação do estudo compreendeu o território do município do Salvador, com uma população estimada em 2.938.092 habitantes (12-13). O território da saúde do município é dividido em DSs, conforme o modelo de atenção de base epidemiológica, operacional e administrativa, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados a partir de um conjunto de mecanismos políticos e institucionais, com a participação da sociedade, para a promoção de mudança das práticas sanitárias (14).

O presente estudo foi desenvolvido em um DS central de Salvador, que tem uma população estimada em 392.542 habitantes e um IDH de 0,730, que é considerado de alto desenvolvimento (15). A RAS própria do DS está descrita na figura 1.

Figura 1. Ilustração gráfica dos equipamentos de saúde na APS e na Atenção Especializada da RASB e da RAPS do DS da pesquisa



Fonte: elaborada pelas autoras, 2021

Participaram deste estudo 12 profissionais, que atuavam na gestão, na assistência na APS e na Atenção Especializada e que atingiram os critérios de inclusão: ser cirurgião-dentista lotado em USF, UBS e CEO do DS; ser profissional de saúde lotado no CAPS AD e CAPS II do DS; ser técnico de referência da gestão, lotado na sede do DS; ser técnico de referência lotado na Coordenadoria de Saúde Bucal e

Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); ser, preferencialmente, servidor municipal com vínculo estatutário, por ter vínculo permanente com os serviços.

No tocante à fase de perscrutação, a produção dos dados se deu por meio da observação participante e do grupo de convergência. O grupo de convergência se apresenta com um método utilizado através da formação de pequenos grupos de discussão com o intuito de desenvolver a pesquisa simultaneamente com a prática assistencial em educação para a saúde ou com as atividades clínicas. O pesquisador tem permissão para acompanhar as atividades como membro do grupo, participando ativamente da discussão em todo o processo de construção (11). Ocorreram quatro encontros do Grupo Convergente, com duração média de duas horas e vinte minutos, no auditório de uma Unidade Básica do território do DS. Ademais, foi também utilizado como instrumento de coleta a observação participante, sendo as informações anotadas pela pesquisadora, em seu diário de campo, durante os encontros do Grupo Convergente, para posterior análise dos conteúdos e percepções vivenciadas no campo.

A análise de dados na PCA segue processos distintos que a fundamentam. O processo de apreensão dos dados se apresenta como um primeiro estágio, sendo os dados obtidos por meio da observação participante e do grupo de convergência. Os conteúdos apreendidos foram organizados para a conversão das informações em unidades menores (11). Os resultados foram analisados por meio das categorias temáticas que foram criadas à luz do referencial teórico da Integralidade do Cuidado sob a ótica de Roseni Pinheiro (16-17).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (parecer n.º 5.185.928; CAAE n.º 52365421.1.0000.0056). A fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se a letra “P” de participante, seguida do número de inserção do sujeito (P1, P2 e assim sucessivamente) na citação direta dos relatos dos participantes.

Resultados e Discussão

Os participantes desta pesquisa compunham um grupo de profissionais de saúde da APS, da Atenção Especializada e da gestão municipal que executavam a atenção à saúde dos usuários em sofrimento psíquico do DS. O grupo foi constituído, em grande parte, por mulheres, pardas, a maioria cirurgiãs-dentistas, com escolaridade em nível de pós-graduação *lato sensu* na área da saúde, com, em média, sete anos no serviço atual, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo, Salvador - BA 2022

Part.	Gênero	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Profissão	Serviço	CH	Tempo de atuação no serviço
P1	F	37	branca	Doutorado	dentista	CEO	20 h	9 anos
P2	F	39	parda	Especializ.	dentista	CEO	20 h	9 anos
P3	F	30	parda	Mestrado	dentista	SMS	40 h	6 meses
P4	F	39	parda	Especiali.	psicóloga	SMS	40 h	1 ano e 3 meses
P5	F	50	preta	Graduação	assistente social	CAPS AD	20 h	11 anos
P6	F	36	preta	Mestrado	enfermeira	DSCB	20 h	7 anos
P7	F	53	branca	Especiali.	dentista	UBS	20 h	12 anos
P8	F	40	parda	Doutorado	dentista	USF	40 h	9 anos
P9	F	56	parda	Especializ.	dentista	UBS	20 h	7 anos
P10	F	48	parda	Especializ.	dentista	UBS	20 h	22 anos
P11	M	32	branco	Mestrado	dentista	USF	40 h	5 anos
P12	F	39	parda	Especializ.	dentista	UBS	20 h	6 anos

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

Fonte: elaborada pelas autoras, 2023

Durante os encontros do grupo de convergência, os participantes refletiram e discutiram sobre os fatores que interferiam no processo de cuidado e que potencialmente repercutiam na assistência à saúde bucal, na articulação das redes e na longitudinalidade do cuidado do usuário em sofrimento psíquico. Assim, a partir dos conteúdos semânticos, emergiram as categorias temáticas definidas como: fatores relacionados à assistência odontológica, fatores relacionados à assistência em saúde mental e fatores relacionados à integração dos serviços da RAS e da RAPS, descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Fatores que interferem no processo de cuidado em saúde bucal do usuário em sofrimento psíquico

Relacionados à articulação dos serviços da RASB e da RAPS	Relacionados à assistência odontológica	Relacionados à assistência em saúde mental
<p>Entender o papel dos equipamentos de saúde e os encaminhamentos à Atenção Especializada</p> <p>Falta de comunicação entre os equipamentos dos DS</p> <p>Dificuldades na compreensão dos fluxos e constituição da RAS</p> <p>Dificuldades no diálogo e nas ações entre os profissionais das UBS tradicionais</p>	<p>Escassez de material odontológico de qualidade</p> <p>Dificuldades na marcação de alguns serviços para o usuário</p> <p>Ausência de referência distrital em odontologia</p> <p>Ausência de fluxo para atenção terciária em odontologia</p> <p>Ausência de ações preventivas em saúde bucal para usuários em sofrimento psíquico</p>	<p>Escassez de profissionais médicos nos serviços de Saúde mental</p>

Fonte: elaborada pelas autoras, 2022

Fatores relacionados à articulação dos serviços da RASB e da RAPS

Entre as dificuldades que interferiam no processo de articulação entre os serviços da RASB e da RAPS, foram identificadas pelos participantes: entender o papel de cada equipamento de saúde e as situações de encaminhamento para a atenção especializada; falta de comunicação entre os equipamentos do DS; dificuldades na compreensão dos fluxos e da constituição da RAS; dificuldades no diálogo e nas ações com os profissionais das UBS tradicionais.

Em relação ao conhecimento do papel de cada serviço de saúde na rede, os participantes demonstraram um conhecimento limitado sobre os serviços que compõe uma RAS. Foi possível observar que, muitas vezes, o entendimento estava mais ligado às atribuições das categorias profissionais que atuavam nos equipamentos e sobre a proposta de cuidado do equipamento. Desse modo, alguns participantes não tinham a compreensão das funções específicas, do objetivo e dos fluxos de encaminhamentos utilizados pelos serviços.

Eu conheço superficialmente esses serviços, mas não o que a gente consegue acessar ou não justamente isso, a gente até sabe onde esse serviço faz, o que ele faz, o que ele não faz, por exemplo: qual o hospital que eu posso encaminhar? o que não posso? Qual serviço está na minha atividade? Até mesmo na UPA, por exemplo, tenho lá próximo do meu posto um Pronto Atendimento, aí a gente fica vendo se tem aquele atendimento odontológico. Sim ou não? Quando é que o paciente consegue atendimento? Quando não consegue? (P8)¹

O desconhecimento dos profissionais acerca dos serviços que compõe a RAS, bem como das ações e serviços prestados, resulta em uma atenção pouco resolutive que acarreta encaminhamentos inadequados, ocasionando prestação e continuidade do cuidado ineficientes (18). Assim, faz-se necessário fomentar práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) que possibilitem aos profissionais uma reflexão crítica sobre o cenário das práticas partindo do seu cotidiano, para, a partir de então, buscarem-se soluções em conjunto com as equipes em que surgiram os problemas (19-20).

Para Mendes (10), a APS assume o papel de articuladora e centro de comunicação da RAS, o que implica que seja capaz de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema com foco na população. Entretanto, o que se observou neste estudo foi a dificuldade dos profissionais para identificar os fluxos de articulação e comunicação na APS, principalmente os percursos das RAS. Assim, faz-se necessária a mudança da prática do cuidado fragmentado na RAS, o que somente será possível quando apoiada em uma APS capaz de ampliar a ação interprofissional na equipe e entre as equipes e os serviços que compõem a RAS, além da parceria com os usuários e a comunidade (10, 21).

A comunicação entre os trabalhadores dos diversos equipamentos de saúde foi um dos obstáculos relatados pelos profissionais, principalmente quando é necessário contatar outros serviços de saúde. Embora os equipamentos possuam aparelho telefônico, os participantes referem não ter sucesso no contato, nem sempre conseguir acompanhar os usuários encaminhados no sistema de referência e contrarreferência (RCR), e ainda, quando conseguem falar com os especialistas, não se sentem acolhidos pelos colegas, conforme trechos abaixo.

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

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

O processo de comunicação entre diferentes pontos da RAS deveria ser fundamental para operacionalizar a integralidade do cuidado, mas, percebe-se, dos relatos, a dificuldade dos serviços em constituir uma comunicação efetiva entre seus profissionais, o que pode impactar negativamente a

¹ Procurou-se preservar a sintaxe e o vocabulário originais dos depoentes.

efetivação do cuidado integral, embora a comunicação verbal e não verbal sejam ferramentas importantes para o desenvolvimento de uma assistência no campo da saúde. Sabe-se que tais habilidades de comunicação são essenciais para a prestação de um cuidado eficaz e de qualidade, pois possibilita processos de cuidado seguros, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde (22).

A comunicação entre os serviços pode ser realizada por meio do sistema de referência e contrarreferência (RCR), um método que consiste em uma ferramenta de gestão que busca organizar o acesso dos usuários nos níveis de atenção (23), sendo considerado eficaz no seguimento do fluxo do usuário no sistema de saúde e também na vinculação. No entanto, quando esse método não funciona, o cuidado prestado ao usuário é afetado, pois ele fica sem um direcionamento na RAS, o que implica um déficit no acompanhamento de sua condição de saúde de forma integral (24). Isso foi percebido no estudo, quando os profissionais manifestaram a falta de um canal de comunicação entre eles, o que pode acabar prejudicando o cuidado do paciente, que fica sem a ajuda necessária para resolver os problemas de saúde de forma resolutiva.

Tais achados estão em consonância com os resultados do estudo de Mendes *et al.* (25), que revelaram a existência de uma limitada articulação do cuidado na RAS entre profissionais médicos da APS e da Atenção Especializada, dada a escassez ou inexistência de mecanismos que favoreçam o contato direto entre os profissionais e a rotatividade, o que pode justificar as dificuldades de comunicação.

Por sua vez, os participantes do grupo refletiram que a ausência de uma comunicação fluida entre os serviços da RAS só aumentava o distanciamento entre as equipes de saúde e não permitia que os profissionais conhecessem a realidade dos demais serviços, como relata este participante:

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

Todavia, para a superação da barreira de comunicação entre a RAPS e RASB, é necessário que os profissionais promovam espaços de diálogo por meio de reuniões intraequipe e interequipes, através da implantação do matriciamento, que visa a uma ressignificação do processo de trabalho das equipes de saúde. Desse modo, o compartilhamento de saberes possibilita o alinhamento da linguagem técnica bem como o planejamento do manejo dos problemas psicossociais e de acompanhamento (22, 26-27). Faz-se indispensável, ainda, reconhecer que o compartilhamento cotidiano de informações não faz parte do processo de trabalho dos profissionais da APS e da Atenção Especializada, sendo um campo a ser aprimorado. Assim, promover maior permanência e formação conjunta dos profissionais poderia facilitar

o conhecimento dos fluxos assistenciais e das especificidades da RAS, favorecendo as relações interprofissionais interníveis e o reconhecimento mútuo dos processos de trabalho (25, 28-31).

Outra dificuldade trazida pelos participantes da pesquisa foram as ações fragmentadas e sem diálogo entre os profissionais que atuam em UBS tradicionais que funcionam sem o modelo da Estratégia Saúde da Família. Os participantes relataram maior dificuldade de articular ações com essas unidades que possuíam características de atendimento na APS de Salvador de forma fragmentada. Os profissionais atuavam sem interação e sem promover a articulação das ações e discussão dos casos, como fica evidente nas falas a seguir.

Eu acho que também as vezes é falta de um espaço garantido ali na rotina dos profissionais para que isso aconteça. Então, às vezes, a UBS não tem, por exemplo, ali uma reunião de equipe, nem que seja mensal. Então os profissionais mal se encontram e cada um com sua escala de trabalho, entra e sai faz, sua parte. Eu acho que o serviço também contribui para isso, a lógica de uma organização do próprio serviço que deveria existir e garantir esse espaço em algum momento da rotina. (P8)

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

Carrapato, Castanheira e Placideli (32) observaram que, na UBS tradicional ou na UBS sem Estratégia Saúde da Família, o trabalho está organizado de um modo que favorece a fragmentação e dificulta a integração desejada. Os achados dos autores refletem a realidade do dia a dia da UBS tradicional, em que cada profissional fica em uma sala, atendendo, e, quando necessário, faz encaminhamento para outro profissional; enquanto os casos difíceis são discutidos rapidamente em uma sala e/ou corredor da unidade de saúde, ou seja, sem um espaço formal para isso, além de não serem realizadas reuniões periódicas de equipe com a finalidade de discutir casos e elaborar projetos articulados de atuação, ainda que os profissionais refiram a grande integração da equipe.

Desse modo, o processo de trabalho fragmentado não favorece o diálogo entre as diferentes categorias profissionais da UBS para a construção de um plano de cuidado compartilhado que alcance um cuidado integrado dos usuários que acessam o serviço. Por conseguinte, mesmo que, na UBS, haja profissionais especializados, a falta de interação não permite uma construção coletiva e resolutiva dos casos (32).

Destarte, é necessário que a APS assuma seu papel de coordenação do cuidado e ordenação das redes, mas, para que isso seja alcançado, é necessário que os profissionais tenham um entendimento dessa rede e de como ocorrem os fluxos, mantendo um diálogo fluido com todos os serviços e profissionais para, assim, alcançar um cuidado integral.

Fatores relacionados à assistência odontológica

Quanto aos fatores relacionados especificamente à assistência odontológica, foram identificados: escassez de material odontológico e de qualidade; dificuldades na marcação de alguns serviços para os usuários; ausência de profissional de referência em odontologia no DS; ausência de fluxo para a atenção terciária em odontologia; e ausência de ações preventivas em saúde bucal para usuários em sofrimento psíquico.

Durante a discussão no grupo de convergência, foi possível identificar queixas referentes a insumos e equipamentos disponibilizados. A falta do insumo, ou de sua qualidade, e, até mesmo, a ausência de alguns recursos para a execução dos processos de trabalho, impactam a assistência e causam desmotivação e descrença no SUS nos atores envolvidos. Os participantes da pesquisa citaram algumas situações do seu processo de trabalho que culminaram, muitas vezes, em descontentamento. Entre as demandas, os pontos trazidos se referem a questões relacionadas a materiais e insumos insuficientes e de baixa qualidade, conforme abaixo.

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

Para o melhor funcionamento da clínica odontológica é necessário que, além de recursos humanos qualificados, haja a disponibilidade de uma quantidade de insumos odontológicos bem como de equipamentos e instrumentais. Dessa forma, pode-se inferir que a assistência odontológica se dá basicamente no modelo clínico, que visa dar resposta à demanda de saúde do usuário. Fatores como falta de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados influenciam negativamente no alcance de metas, o que leva a uma avaliação, por vezes, negativa de muitos profissionais e equipes. Assim, é importante enfatizar que a atenção odontológica de qualidade requer a presença desses materiais, além de condições de trabalho adequadas, vínculos não precários e estabilidade profissional (33).

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

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

Freire *et al.* (34) evidenciam que, no Brasil, ocorreu um discreto avanço na cobertura de saúde bucal e na diminuição do não acesso a esses serviços por certos grupos vulneráveis. Ainda assim, de acordo com a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, foi possível observar que, em municípios mais desiguais, há barreiras organizacionais relacionadas a: marcação de consultas, disponibilidade insuficiente de horário e dia de atendimento, e iniquidades no acesso, com a não priorização de indivíduos de baixa renda, sendo necessários esforços importantes para a redução das desigualdades sociais.

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

Quando entrei, logo tinha uma ótica de ter dentista distrital, ter reuniões [com] uma periodicidade mensal ou bimensal. Então eu acho que necessariamente seria uma forma de discutir essas questões práticas e também matriciar. (P10)

Desse modo, uma das estratégias consideradas para a articulação das redes seria haver um profissional de referência em odontologia, no espaço do DS, que atuaria como apoiador institucional, favorecendo a articulação das práticas e estratégias de gestão para produção em saúde bucal. Sua atuação ocorreria na provocação de mudanças significativas na forma de operar os serviços de saúde, na apreensão crítica dos gestores e trabalhadores sobre a forma de gestão adotada e na promoção das mudanças nas práticas de cogestão. O apoio institucional, nesse contexto, é pensado como um potente dispositivo de apoio e acompanhamento dos coletivos nessa perspectiva (35).

Souza *et al.* (36) analisaram a atuação do apoiador institucional com as equipes de saúde bucal (eSB), e constataram que as equipes que receberam ações do apoio institucional mostraram-se satisfeitas, o que indica o quanto o apoiador pode impactar positivamente o processo de trabalho. Desse modo, a inserção de um profissional que seja direcionado para essa atuação mostra-se como uma potente estratégia de articulação das práticas de saúde bucal no DS.

Ao tratarmos da ausência de fluxo para a atenção terciária em odontologia, os profissionais informaram que não conheciam o fluxo de encaminhamento dos usuários que necessitam realizar procedimentos odontológico sob sedação, como descrito a seguir.

O que a gente sabe é que existe uma dificuldade maior em acessar o serviço, o Hospital Y. (P11)

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

O atendimento odontológico sob sedação em ambiente hospitalar é indicado quando todas as técnicas de manejo de comportamento não permitirem o atendimento odontológico seguro, pois alguns transtornos psiquiátricos e de comportamento e dificuldades de comunicação e/ou cooperação durante o procedimento odontológico podem impactar a colaboração do usuário. Os procedimentos realizados durante a anestesia geral baseiam-se na condição sistêmica do usuário e em sua saúde bucal, atendendo às individualidades, realizando assim um plano terapêutico singular (37).

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

Eu tive essa experiência em um CAPS que tinha uma frequência de uso de fazer orientação, a gente tinha isso uma vez por mês. Os dentistas das unidades, as articulações dos encontros ... foi uma experiência muito bacana. É o que eu não consegui ter no distrito, eu não consegui essa vivência. (P4)

Denis et al. (38) evidenciaram que a falta de escovação e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos foram consideradas como contribuintes para uma higiene bucal desfavorável em usuários em sofrimento psíquico. A população estudada pelos autores apresentou baixa frequência de visitas odontológicas e índice de higiene oral predominantemente entre moderado e ruim, indicando que a higiene bucal das pessoas em sofrimento psíquico precisa ser reforçada e os métodos de orientação devem ser aprimorados para tal público.

Desse modo, promover um espaço com ações e atividades educativas em saúde bucal e de promoção de saúde para usuários em sofrimento psíquico fomenta uma cultura de cuidados com a saúde bucal. O cuidado com os dentes é um aspecto relevante para potencializar ações que objetivam a reabilitação social do sujeito, não devendo, portanto, ser negligenciado pelos atores sociais que participam ativamente do cuidado desses indivíduos (38-39).

Dessa maneira, portanto, entende-se que, para o funcionamento pleno dos serviços odontológicos, são imprescindíveis insumos e equipamentos odontológicos prontos para uso. Assim, é necessário coordenação, manutenção e monitoramento efetivos desses serviços, de forma que as equipes de saúde

bucal tenham o apoio necessário para prestar atendimentos seguros e de qualidade. A ausência da oferta de cuidados preventivos bucais gera condições orais desfavoráveis, logo é essencial a necessidade de as equipes articularem essas ações nos serviços. As dificuldades em acessar os serviços de saúde na APS, na atenção especializada e no nível terciário se deve à falta de conhecimento dos profissionais da RAS e de fluxos institucionais definidos, bem como às articulações fragilizadas entre os serviços.

Fatores relacionados à saúde mental

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

A falta de psiquiatra no CAPS tem provocado a ida de muitos usuários aos postos da atenção básica na busca da receita. (P5)

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

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

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

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

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

A relação estabelecida entre o indivíduo com transtorno mental e a figura do médico psiquiatra ainda é muito marcante no cuidado em saúde mental. Desse modo, a ausência desse profissional gera impactos na RAS. Percebe-se uma prática associada ao uso do medicamento que tem como pano de fundo a medicação como recurso de escolha em detrimento do acolhimento e de outras estratégias de suporte psicossocial. Tal reflexão não subtrai a importância do médico psiquiatra no contexto da atenção psicossocial (40).

Assim, a ausência do profissional médico na atenção especializada provoca uma desorganização na RAS, diante da lógica que aponta os psicotrópicos como um recurso central das ações em saúde mental, com a maior parte dos usuários do CAPS recebendo, como intervenções, o uso de medicamentos (41). No entanto, é fato que, numa RAS, cada componente desempenha funções peculiares; assim, é preciso que exista uma lógica organizacional que a atravesse, além de um sentimento de pertença e de responsabilização compartilhada entre os nós da rede (40).

Gonçalves e Peres (42) identificaram em sua revisão que, em muitos municípios, a prática de renovação de receitas está relacionada à dificuldade de acesso ao médico psiquiatra, como também às dificuldades do médico generalista em manejar os casos de saúde mental. Essa é uma demanda comumente atendida sem maiores questionamentos, intensificando a fragmentação das intervenções e a sensação de impotência dos profissionais de saúde não médicos.

Viegas e Penna (43) observaram que a desmotivação dos profissionais está associada tanto à insatisfação em relação às condições de trabalho e aos incentivos não condizentes com o esforço que fazem, fatores que, somados à insuficiência de recursos materiais, interferem no desenvolvimento da assistência prestada; quanto à insuficiência de meios de transporte para o profissional e os doentes, à insuficiência de recursos humanos e à alta rotatividade dos profissionais, fatores que acarretam a descontinuidade da assistência.

Destarte, é preciso compreender que o trabalho em saúde mental, considerando-se o atual contexto político, expõe os trabalhadores a inúmeras tensões no seu cotidiano, sendo fundamental para superar tais barreiras vivenciadas criar atividades de capacitação e educação permanente das equipes, de modo a evitar a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas (44).

Em face do exposto, é possível observar que vários entraves relatados pelos participantes impactam de alguma forma a construção de um cuidado integral. Dessa forma, de certo modo, existe uma divergência teórica entre como é idealizado o funcionamento das RAS e como ele é vivido, praticado e

experienciado por profissionais e, conseqüentemente, pelos usuários que acessam os serviços de saúde bucal e de saúde mental.

Conclusão

No estudo foi possível observar que os fatores que interferem na assistência odontológica estão relacionados à articulação dos serviços, como também a fatores relacionados à assistência odontológica e à assistência em saúde mental. O modo de fazer saúde se estabelece, muitas vezes, por ações fragmentadas e nos faz refletir sobre qual o cuidado integral que buscamos. Desse maneira é comum observarmos, no cotidiano do cuidado, ações que dividem os usuários por tipo de demandas. A partir de então, são responsabilizadas diferentes categorias de cuidado para solucionar cada problema separadamente, almejando a resolução do “todo”, porém de forma fragmentada. Assim, uma articulação entre os serviços e as RAS se faz necessária, de maneira que possibilite um encontro entre os profissionais e destes com os usuários, na base do diálogo, fomentando um cuidado em saúde colaborativo, acolhedor e singular.

Para tanto, observa-se que dos fatores identificados que interferem na garantia da assistência à saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico infere-se a pouca articulação entre RASB e RAPS do DS no território investigado, com cada uma das redes operando suas ações e serviços de forma independente, sem compreensão clara das potencialidades e dificuldades que cada RAS pode apresentar. Em vista disso, é preciso fazer uma reflexão acerca das repercussões da ausência/ruídos de comunicação, ou até da ausência de canais comunicacionais, que tendem a reforçar a fragmentação do cuidado, comprometendo, de certo modo, a integralidade, uma vez que impede a APS de exercer seu papel de coordenação do cuidado e de ordenação da rede, tendo-se em vista que ela não consegue dialogar com os serviços especializados, até mesmo para buscar uma forma de discutir os casos e promover um encaminhamento mais seguro e resolutivo.

Quando tratamos do pleno funcionamento dos serviços odontológicos, é imprescindível que as equipes tenham acesso aos insumos e equipamentos odontológicos de qualidade e em condições de uso. Assim, é necessária coordenação, manutenção e monitoramento efetivo desses serviços, de forma que as equipes de saúde bucal tenham o apoio necessário para prestar atendimentos seguros e de qualidade. A ausência da oferta de cuidados preventivos bucais gera condições orais desfavoráveis, logo é essencial que as equipes articulem essas ações nos serviços. As dificuldades em acessar os serviços de saúde na APS, na

atenção especializada e no nível terciário se devem à falta de conhecimento dos profissionais da RAS e de fluxos institucionais definidos, bem como às articulações fragilizadas entre os serviços.

Neste estudo, percebeu-se que a falta do psiquiatra no CAPS vem afetando a RAPS do DSCB, em relação tanto à sobrecarga do serviço em dar respostas assistenciais quanto à repercussão da ausência de acompanhamento, que reverbera na APS, que acaba por assumir uma demanda para a qual não estava preparada. Esse cenário causa sofrimento e angústia nos usuários, que não têm suas necessidades atendidas, e nos profissionais que estão nos serviços, por se sentirem impotentes, já que não conseguem responder às necessidades dos usuários que assistem.

Por se tratar de um estudo qualitativo, a pesquisa possibilitou a discussão e a reflexão dos sujeitos sobre sua prática assistencial e os fatores que influenciam o cuidado. No entanto, o estudo não abordou o acesso e o cuidado prestado pela RAS estudada sob a ótica dos usuários em sofrimento psíquico, o que representa a principal limitação do presente estudo, sendo assim necessário esse olhar em pesquisas futuras.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Referências

- 1- Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Gytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10: 297-302
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 3- Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Braz Oral Res* 2009;23(Spec Iss 1):9-16
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- 5- Aljabri MK, Gadibalban IZ, Kalboush AM., Sadek HS, Abed HH. Barriers to special care patients with mental illness receiving oral healthcare: A cross sectional study in the Holy City of Makkah, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal* 2018, 39: 419-423
- 6- Alkhabuli JOS, Essa EZ, Al-zuhair AM, Jaber AA. Oral Health Status and Treatment Needs for Children with Special Needs: A Cross-Sectional Study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2019, 19: 1-10
- 7- Brizuela-Bogado AE, Cristaldo-Valiente JM, Bañuelos-Gómez F, Lubary RV, Adorno CG. Trastornos temporomandibulares e índice de dientes cariados, perdidos y obturados en personas con discapacidad psicossocial crónica internadas en el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, 2018. *Revista Salud Pública Paraguai* 2020, 10(1):63-73
- 8- Moraes Junior RC, Rangel ML, Carvalho LGA, Figueiredo SC, Ribeiro S, Educational and Dental Profiles of Brazilian Patients with Special Needs Attended at a Center for Dental Specialties. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* 19(1): 3819,2019
- 9- Ngo DYJ, Thomson WM, Subramaniama M, Abdina E, Angd KY. The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Research*; 2018; 266: 206-2011
- 10- Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011
- 11- Paim L, Trentini M. Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos, In: PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 1.
- 12- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2015
- 13- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2016

- 14- Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, In: Distritos Sanitários: O processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde / Organizador: Eugênio Vilaça Mendes. 3ª Edição. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, cap. 4.
- 15- Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 – Volume II Distritos Sanitários. Salvador: Secretaria de Saúde, 2019
- 16- Pinheiro R, Ferla A, Silva Junior, A.G. da. A integralidade na atenção à saúde da população. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007;12(2):343-349
- 17- Pinheiro R. Integralidade do cuidado: a promessa política e a confiança no direito, In: Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. / Organizadores: Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins. Rio de Janeiro / Recife: Universitária UFPE – ABRASCO. 2011.
- 18- Silva TL, Tomaszewski-barlem JG, Barlem ELD, Brum RG, Neutzling BRS, Lourenção LG. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Rev enferm UERJ*. 2020; 28:1-7
- 19- Cruz EL, Santos RMM. Attention to the health of the person in psychological distress in the Family Health Strategy. *Saúde em Redes*. 2019; 5(1): 127-144;
- 20- Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM, M.M DA. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate*. 2019; 43(120): 223-239
- 21- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, 2018; 22(2):1525-34
- 22- Witiski M, Makuch DMV, Rozin L, Matia G. Barreira de comunicação: percepção da equipe de saúde. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2019;18(3):1-10
- 23- Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GDC, Baggio MA, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2016; 30(1): 295-304
- 24- Paixão TM, Sousa AI, Souza MH, Farias SNP. Coordination of primary care: limits and possibilities for integration of care. **Rev enferm UERJ**, 2019; v. 27
- 25- Mendes LS, Almeida PF, Santos AM, Samico IC, Porto JP, Vázquez ML Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad. Saúde Pública*.2021;37(5):1-16
- 26- Goveia AO, Paes CLA, Santos VRC, Ferreira IP. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5):1-9
- 27- Matos R, Santos GM, Rocha RB, Mendonça AMG. Apontamentos acerca do matriciamento como processo de trabalho na atenção primária à saúde: um recorte da experiência de Montes Claros – MG. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*.2018; 3(5): 51-71
- 28- Almeida PF, Madina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*.2018; 42(1): 244-260
- 29- Cruz EL, Santos RMM. Attention to the health of the person in psychological distress in the Family Health Strategy. *Saúde em Redes*, 2019; 5(1): 127-144
- 30- Paula FR, Mello MGS. Centro de Especialidade Odontológica e Unidade Básica de Saúde: análise de Redes Sociais como estratégia de governança. *Vitalle*,2019; 31(2): 53-63
- 31- Tofani LFN, Furtado LAC, Guimaraes CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(10):4769-4782
- 32- Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Perceptions of primary healthcare professionals about quality in the work process. *Saúde Soc.*, 2018; 27(2):518-530
- 33- Barbosa MJL, Rodrigues PP, Barbosa AML, Balencar LM, Maia ER. Processo de Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Revisão Integrativa. *Revista Contexto & Saúde*, 2018; 18(35): 50-60
- 34- Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2021; 30(3)
- 35- Machado SS, Moreira LCH, Nascimento MAA, Casotti E. Institutional Support according to the perspective of managers, supporters and workers: coming closer to reality from different places. *Interface*, 2018; 22(66): 813-25
- 36- Souza KRS, Baumgarten A, Frichembruder K, Bulgarelli PT, Santos CM; Bulgarelli AF. O apoio institucional e as ações das equipes de saúde bucal na atenção primária à Saúde no Brasil. *Rev. APS*, 2020; 23(1)
- 37- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 38- Denis F, Milleret G, Wallenhorst T, et al. Oral health in schizophrenia patients: A French Multicenter CrossSectional Study. *Presse Med.*, 2019; 48(2): 89-99
- 39- Oliveira RMP, Oliveira Júnior NG, Cavalcanti PCS, Alves M, Saidel MGB, Dutra VFD, Loyola CMD. The importance of oral health in psychosocial reahabilitation: Smiling and caring in mental health. *Research, Society and development*, 2021; 10(5)

- 40- Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29(3)
- 41- Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B; Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.*, 2018;42
- 42- Goncalves RC, Peres RS. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. *Rev. SPAGESP*,2018;19(2):123-136
- 43- Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*,2013;17(1):133-14
- 44- Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*,2019;35(11).

Como citar

Amorim ISA, Pinho PH, Cortes HM, Alvarez REC. Fatores que interferem na assistência em saúde bucal dos usuários em sofrimento psíquico. *Revista Portal Saúde e Sociedade*, 9 (único): e02409004esp. DOI: 10.28998/rpss.e02409004esp



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado

Conflito de interesses

Sem conflito de interesse

Financiamento

Sem apoio financeiro

Contribuições dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: ISAA, PHP. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: ISAA, PHP. Redação preliminar: ISAA, PHP. Revisão crítica da versão preliminar: ISAA, PHP, HMC, RECA. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.