

Larissa Inês Kaufmann

**O USO DE FORMULÁRIO *ON-LINE* COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO  
ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DE  
FLORIANÓPOLIS (SC): RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para integralização do curso.  
Orientadora: Profa. Dra. Renata Goulart Castro

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kaufmann, Larissa Inês  
O USO DE FORMULÁRIO ON-LINE COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO  
DO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE UM CENTRO DE SAÚDE  
DE FLORIANÓPOLIS (SC) : RELATO DE EXPERIÊNCIA / Larissa  
Inês Kaufmann ; orientadora, Profa. Dra. Renata Goulart  
Castro , 2023.  
53 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da  
Família, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1.Odontologia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.  
Teleodontologia. 5. Telessaúde. 6. Acesso aos Serviços de  
Saúde. I. , Profa. Dra. Renata Goulart Castro. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III.  
Título.

Larissa Inês Kaufmann

**O uso de formulário *on-line* como forma de organização do acesso aos serviços odontológicos de um Centro de Saúde de Florianópolis (SC): relato de experiência**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para a integralização do curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e aprovado em sua forma final.

Florianópolis, 16 de fevereiro de 2023.

---

Profa. Dra. Renata Goulart Castro,  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Renata Goulart Castro,  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo,  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Me. Valeska Maddalozzo Pivatto,  
Avaliadora  
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Este trabalho é dedicado aos que defendem e acreditam no SUS.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver a residência em saúde da família, por sempre me guiar e abençoar minhas escolhas e caminhos.

Agradeço aos meus pais e minha irmã por todo apoio e incentivo, por serem meu porto seguro e por sempre acreditarem no meu potencial.

Agradeço ao meu namorado Matheus por ter sido tão presente e um grande apoiador nessa caminhada apesar da distância que nos separava.

Agradeço ao meu preceptor Rafael pelas trocas e por ter tornado esse processo mais leve e tranquilo, e principalmente, cheio de aprendizados.

Agradeço à minha orientadora e tutora Renata, que sempre me guiou e me trouxe tranquilidade em diversos momentos, especialmente na construção desse trabalho.

Agradeço às minhas companheiras diárias Andressa e Lorena, vocês tornaram o meu R2 mais especial e mais divertido.

Agradeço a minha querida amiga Luiza, que me acompanha nessa jornada da vida desde a graduação e hoje é família.

Agradeço aos meus amigos de longa data por sempre estarem ao meu lado e vibrando as minhas conquistas.

Agradeço a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e a todos colegas e professores que eu tive a honra de conhecer.

Agradeço aos membros da banca que aceitaram o convite de contribuir com este trabalho.

Agradeço aos profissionais e usuários do Centro de Saúde Jardim Atlântico que me proporcionaram novas experiências e contribuíram na construção da minha identidade profissional.

## RESUMO

O contexto de pandemia forçou uma alteração nos protocolos de biossegurança. As organizações de saúde tiveram de buscar alternativas para realizar o acompanhamento clínico não presencial dos pacientes. Os profissionais de saúde enfrentaram um duplo desafio: avançar nos conhecimentos sobre uma nova doença e adaptar-se a uma nova maneira de prestar cuidados. O avanço das tecnologias em saúde pode ser uma alternativa eficaz e segura para facilitar o contato entre profissionais da saúde e pacientes. Esse trabalho possui como finalidade relatar a experiência da prática profissional de uma residente cirurgiã-dentista na implementação e utilização de um formulário *online*, como ferramenta de acesso e instrumento de agendamento de consulta odontológica, no Centro de Saúde Jardim Atlântico, no município de Florianópolis (SC). Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na modalidade relato de experiência, pois o estudo aborda questões subjetivas e reflexivas do processo de trabalho. O formulário *online* associado à demanda programada permite a ampliação do acesso, entretanto é necessário o aperfeiçoamento para a qualificação do acesso por meio deste modelo. Bem como, percebemos a necessidade de ouvir a população referente a sua satisfação com o formato de acesso atual.

**Palavras-chave:** Telessaúde. Acesso aos serviços de saúde. Teleodontologia.

## ABSTRACT

The pandemic context forced a change in biosafety protocols. Health organizations had to look for alternatives to carry out non-face-to-face clinical follow-up of patients. Health professionals face a double challenge: advancing in knowledge about a new disease and adapting to a new way of providing care. The advancement of health technologies can be an effective and safe alternative to facilitate contact between health professionals and patients. The purpose of this work is to report the experience of the professional practice of a resident dental surgeon in the implementation and use of an online form, as an access tool and instrument for scheduling a dental appointment, at the Centro de Saúde Jardim Atlântico, in the city of Florianópolis (SC). This is a qualitative research, in the form of an experience report, as the study addresses subjective and reflective issues of the work process. The online form associated with the scheduled demand allows the extension of access, however improvement is necessary to qualify access through this model. As well as, I felt the need to listen to the population regarding their satisfaction with the current access format.

**Keywords:** Telehealth. Access to Health Services. Teledentistry.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos.....	19
Figura 2: ilustrando o título e descrição do formulário. ....	29
Figura 3: dados de identificação e configurações importantes.....	30
Figura 4: selecionando a opção “complementos”. ....	31
Figura 5: busca choice removal.....	32
Figura 6: selecionando o complemento.....	32
Figura 7: instalando a ferramenta. ....	33
Figura 8: confirmando a instalação do complemento. ....	33
Figura 9: selecionando o complemento para configuração. ....	34
Figura 10: selecionado “start” para a configuração.....	34
Figura 11: configurando o complemento. ....	35
Figura 12: mensagem com orientações sobre o envio e confirmação do agendamento. .....	35
Figura 13: mensagem quando o formulário está fechado.....	36
Figura 14: acessando a planilha.....	37
Figura 15: aba de respostas e histórico para organização das respostas. ....	37
Figura 16: menu enviado automaticamente assim que o paciente entra em contato com a equipe.....	39
Figura 17: resposta automática enviada após o paciente selecionar a opção do menu. .....	40

**LISTA DE SIGLAS**

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CLS	Conselho Local de Saúde
CS	Centro de Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LGDP	Lei Geral de Proteção de Dados
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMULTSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>12</b>
1.2	Justificativa.....	13
1.1	Objetivos.....	14
1.1.1	Objetivo Geral .....	14
1.1.2	Objetivos Específicos .....	14
<b>2</b>	<b>Marco conceitual .....</b>	<b>15</b>
2.1	Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB).....	15
2.2	Acesso aos serviços de saúde .....	16
2.3	Tecnologias na área da saúde .....	17
<b>3</b>	<b>Revisão da literatura .....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>Método .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Relato de experiência.....</b>	<b>25</b>
5.1	Contextualização .....	25
5.2	Histórico de agendamentos odontológicos no Centro de Saúde Jardim Atlântico... 26	26
5.3	Formulário .....	28
5.4	Configuração do Formulário .....	29
5.4.1	Título do formulário .....	29
5.4.2	Descrição .....	29
5.4.3	Perguntas de Identificação.....	29
5.4.4	Perguntas do agendamento .....	30
5.5	Instalando o <i>Choice Limit</i>   <i>Form Limit</i>   <i>Choice Remove Removal</i> .....	31
5.6	Informação final .....	35
5.7	Acesso a planilha de respostas .....	36
5.8	<i>Whatsapp</i> <sup>®</sup> .....	38
5.9	Organização da agenda dos profissionais.....	40
<b>6</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>42</b>

<b>7</b>	<b>Considerações finais .....</b>	<b>46</b>
<b>8</b>	<b>Referências .....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surge uma nova doença no mundo que possui alto grau de contágio podendo desencadear nas pessoas acometidas a síndrome respiratória aguda grave. Essa doença é causada pelo vírus SARS-CoV-2 e posteriormente foi denominada COVID-19. A transmissão do vírus pode ocorrer por meio do contato com gotículas expelidas pelo nariz e/ou pela boca. A doença apresenta alto grau de transmissão e mortalidade, causando a contaminação de um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Devido ao rápido contágio a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou em janeiro de 2020, situação de emergência de saúde pública de importância internacional e posteriormente, em março de 2020, decretou a pandemia. No Brasil, a situação epidemiológica agrava-se em decorrência da desigualdade social, demográfica e acesso aos serviços de saúde. Principalmente aos serviços de maior complexidade, além da elevada concentração de população vulnerável e alta prevalência de doenças crônicas (GLERIANO *et al.*, 2020; BARRETOS *et al.*, 2020).

O contexto de pandemia forçou uma alteração nos protocolos de biossegurança. As organizações de saúde tiveram de renunciar ao habitual cuidado presencial e buscar alternativas para realizar o acompanhamento clínico não presencial dos pacientes. Dessa forma, os profissionais de saúde enfrentaram um duplo desafio: avançar nos conhecimentos sobre uma nova doença e adaptar-se a uma nova maneira de prestar cuidados. Acredita-se que o avanço em tecnologias interativas em saúde pode ser uma alternativa eficaz e segura para facilitar o contato entre profissionais da saúde e pacientes (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; FAGHERAZZI *et al.* 2020; CELUPPI *et al.* 2021).

As tecnologias em saúde são ferramentas de intervenção utilizadas para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e em longo prazo (BRASIL, 2005).

A partir da Segunda Guerra Mundial e em conjunto com a Revolução Industrial ocorreu a ascensão do desenvolvimento tecnológico e a valorização da ciência, fato que propiciou a adesão da ciência à tecnologia. Considerando que o progresso de máquinas e equipamentos diagnósticos foram os movimentos mais evidentes do avanço tecnológico, no campo terapêutico (BARRA *et al.*, 2009).

As evoluções da tecnologia aconteceram na área da saúde com a inserção da informática e de aparelhos modernos, que apresentam muitos benefícios e rapidez. Destacando que nos últimos anos, o aumento em grande escala do avanço de técnicas e aparelhos que favorecem e

aprimoram as condições de atendimento dos usuários na área da saúde (MARQUES; SOUZA, 2010).

Apesar da garantia constitucional da saúde como direito universal, a saúde bucal como constituinte da qualidade de vida na atenção integral à saúde, a ampliação dos serviços de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e as dificuldades de acesso a esses serviços, ainda se tornam um obstáculo enfrentado cotidianamente pelos serviços de saúde bucal, ressaltando a importância de sua organização (ANTUNES; NARVAI, 2010; ASSIS; JESUS, 2012; RONCALLI *et. al.*, 2016).

## 1.2 Justificativa

A Atenção Básica (AB) corresponde à primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maior parte da população. Acolher essa demanda nas unidades básicas de saúde (UBS) tem sido uma tarefa trabalhosa e complexa (GIOVANELLA, 2012). As barreiras para o acesso nos serviços de AB são motivadas por restrições de recursos financeiros e humanos, estabelecendo limitações no alcance da equidade (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018).

É importante salientar que a expansão da AB por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliou o acesso à saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003), especialmente entre aqueles com menores níveis de renda e escolaridade (SENNA; COHEN, 2002). Dessa forma, a busca por atendimento nos serviços de saúde, em especial na ESF, é determinada pelas necessidades de saúde dos usuários, sejam elas individuais ou coletivas. Portanto, essas necessidades se apresentam como demandas em saúde no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Um estudo desenvolvido em quatro capitais brasileiras destaca que ainda prevalece uma relativa desorganização no atendimento imediato, e as unidades da ESF utilizam recursos tradicionais, como, por exemplo, a definição de horários específicos para responder à demanda (DE ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A saúde bucal na atenção básica tem vivenciado diversas formas de organização da demanda, que funcionam na maioria das experiências a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea (NARVAI, 1994; TERRERI, SOLER, 2008). Pensando nisso, um dos grandes desafios na organização da demanda em saúde bucal é assegurar a racionalidade e praticidade do atendimento aos grupos priorizados sem prejudicar a universalidade e, além

disso, manter as características de um sistema efetivo e resolutivo (MARTINS, AGUIAR, 2011; SOUZA *et. al.*, 2012).

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Relatar a experiência de uma residente inserida em uma Equipe de Saúde Bucal da cidade de Florianópolis na elaboração e implementação de um formulário *on-line* como instrumento de organização do acesso ao serviço odontológico.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Aprofundar os conhecimentos sobre a temática na literatura;
- Descrever o processo de desenvolvimento da proposta do formulário *on-line*;
- Analisar as potencialidades e as dificuldades no uso de formulário *on-line* como ferramenta de acesso ao serviço odontológico;
- Propor o aperfeiçoamento da ferramenta para organização do acesso ao serviço de Odontologia da equipe de Saúde Bucal.

## 2 MARCO CONCEITUAL

### 2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB)

O conceito de APS foi utilizado como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Este documento do governo inglês, objetivava se opor ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundamentado no reducionismo biológico e na atenção individual. Por outro lado, buscava constituir a APS em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês (FAUSTO; MATTA, 2007).

O relatório considerava o modelo de atenção por meio de centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser solucionados por médicos com formação generalista. Situações onde o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis, deveriam então ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse a necessidade de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A concepção de APS elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. A partir de então a atenção primária ganha visibilidade na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências propagadora dessa proposta (FAUSTO; MATTA, 2007).

No ano de 1978, ocorreu a Conferência de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, que buscou uma definição para a APS. (FAUSTO; MATTA, 2007). No final desta mesma década no Brasil, o Movimento Reforma Sanitária se expandia propondo uma estratégia e um dispositivo de atenção integral à saúde articulados ao sistema de saúde de base universal (SAMPAIO, SOUZA, 2002; FAUSTO, 2005). Ocorrendo em 1988 a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde, por meio do Sistema Único Saúde, passou a ser um direito social (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018).

No ano de 1990, o SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). A Lei 8.080/1990 instituiu os princípios e diretrizes do SUS: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990a). A Lei 8.142, entre outras resoluções, dispôs sobre a

participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa da participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1990b; VIACAVAL; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018).

O termo atenção básica foi assumido na política nacional de saúde a partir da NOB SUS 01/96 (SAMPAIO, SOUZA, 2002; FAUSTO, 2005). O Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (BRASIL 2006). Sendo assim, a AB é a noção que melhor traduz a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, fundado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

## **2.2 Acesso aos Serviços de Saúde**

O acesso é requisito essencial para que a atenção básica à saúde garanta suas condições de orientação familiar e comunitária, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade. Vários são os fatores para possibilitar acesso ao usuário, não sendo suficiente apenas profissionais e infraestrutura não são suficientes se o indivíduo não consegue utilizar. Em contrapartida, o horário de funcionamento do serviço e os meios para se chegar até ele (transporte, barreiras geográficas, distância) precisam ser apropriados ao perfil do usuário. Da mesma forma que, a comunicação e os fatores culturais influenciam no acesso (STARFIELD, 2002a; NORMAN; TESSER, 2015).

A análise sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde pode ser vista de diferentes perspectivas e evidencia o nível de diversidade e complexidade do tema, considerando que, “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Seu significado varia entre autores e conjunturas, na literatura é possível encontrar, tanto autores que utilizam a nomenclatura acesso e acessibilidade como sinônimos, e outros que fazem distinção de significados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Starfield (2002b) considera que há distinção entre os termos, acesso e acessibilidade. Para a autora, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Considera, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Para Donabedian (2003) a acessibilidade é a capacidade de produzir serviços em tempo oportuno, com continuidade do cuidado para responder às necessidades de saúde dos usuários. Relaciona-se, também, às características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade

de acesso das pessoas aos serviços de saúde, e à adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades de saúde dos usuários. O autor considera os conceitos acesso e acessibilidade com significados semelhantes.

Donabedian (2003) em um estudo sobre a acessibilidade dividiu-a em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional e indica que essas dimensões se inter-relacionam. A dimensão geográfica refere-se à distância e ao tempo de locomoção do usuário para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. Já dimensão sócio-organizacional considera todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado.

Embora a ampliação da rede básica de saúde tenha colaborado para melhor acessibilidade geográfica, mantém-se a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Persistindo o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, devido à limitação da assistência integral (SOUZA; VILAR; ROCHA, 2008).

Na perspectiva dos indivíduos, um bom acesso é aquele em que o paciente consegue obter “[...] o serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto” (ROGERS; ENTWISTLE; PENCHEON, 1999); em princípio: o usuário consegue o cuidado quando dele necessita.

### **2.3 Tecnologias na Área Da Saúde**

Existem vários significados na literatura para tecnologia. Porém especificamente na área da saúde, Merhy (2007) definiu a tecnologia em três classes: tecnologias leves, tecnologias leve-duras e tecnologia duras. As tecnologias leves, compreendem o gerenciamento de relações entre trabalhador-usuário e incentivam a construção de vínculos e acolhimentos. Surgem então as tecnologias leve-duras, com saberes delineados e com a própria intervenção profissional e seu raciocínio clínico, e por fim, chegam às tecnologias duras, que são estabelecidos os recursos materiais e equipamentos, auxiliando para um atendimento eficaz.

O Brasil tem se destacado como líder na implementação de projetos de grande escala de telessaúde com o propósito de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e aumentar a resolutividade da Atenção Básica (MARCOLINO *et al.*, 2014; PESSOA *et al.*, 2016).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2017, revelaram que 93,2% dos domicílios brasileiros utilizavam *smartphone*. Sendo que, destes 97% o tinham como principal meio de acesso à Internet, de maneira que a mudança de comportamento na forma de acesso à internet resultou na substituição de computadores, *tablets*,

televisores inteligentes e outros equipamentos pelas versões móveis, especialmente *smartphones* (OLIVEIRA, ALENCAR; 2017, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

É visível que o aumento da disponibilidade da tecnologia digital, pode favorecer a construção de novos modelos de assistência à saúde. As tecnologias voltadas para o campo da saúde, podem viabilizar ferramentas que auxiliam na comunicação, estruturação, organização de dados e informações. Da mesma forma que, possibilitam armazenamento, processamento, acesso em tempo real e/ou remoto e compartilhamento destes, tanto pelos profissionais envolvidos na assistência, como pelo próprio paciente (GOMES *et al.*, 2019; ROBERT, 2017).

No contexto da pandemia de COVID-19, o Brasil foi o país que produziu o maior número de aplicativos sobre a doença, com destaque para a participação de governos estaduais no combate à pandemia, com propósito, principalmente, de monitoramento dos casos (BRASIL, 2020).

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A estratégia de busca da pesquisa na literatura científica foi realizada nas bases de dados BBO, LILACS, PUBMED, Scielo e Scopus. Para nortear a estratégia de busca foram utilizados os núcleos centrais do estudo. Para tecnologia da informação foram utilizadas as palavras chaves “Tecnologia da Informação e Comunicação”, “TIC em Saúde” e “TIC na Saúde”, para acessos aos serviços de saúde, as palavras “Acessibilidade aos Serviços de Saúde”, “Acesso a Serviços de Saúde” e “Acesso aos Cuidados de Saúde”, para a delimitação da área da teleodontologia foi utilizado “Teleodontologia” e para telemedicina as palavras “Serviços de Telessaúde”, “Serviço de Telessaúde” e “Telessaúde” (APÊNDICE 1). A busca ocorreu nos idiomas português, inglês e espanhol. Utilizou-se o operador booleano AND entre os núcleos de estudo. Nos núcleos utilizou-se o operador OR, no dispositivo de busca avançada. A partir da busca inicial foram levantados 329 artigos. Durante a seleção de artigos foi utilizado um gerenciador de referências. Foram incluídos todos os textos disponíveis na íntegra online, nos idiomas inglês, espanhol ou português, com o texto completo disponível na internet, que em seu título ou resumo/abstract contivessem palavras relacionadas ao objetivo geral do projeto. Os textos que não contemplaram pelo menos um desses critérios foram excluídos da revisão. Adequaram-se aos critérios de inclusão 23 artigos.



Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos.

Com o surgimento da pandemia de COVID-19, a implementação de fluxos de trabalho digitais pode ser útil para limitar a infecção cruzada (PAPI *et al.*, 2020). A telemedicina refere-se à prestação de cuidados médicos com Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e abrange toda a gama de atividades médicas, incluindo a realização de diagnóstico, tratamento, monitoramento, prevenção de doenças, educação continuada, fortalecimento da rede de profissionais e as atividades de pesquisa. A telessaúde é projetada para auxiliar no gerenciamento e monitoramento de casos e melhorar o acesso aos cuidados em saúde (KOPYCKA; MCLAREN; BILLINGS, 2018; DANIEL; KUMAR, 2014).

Embora a telessaúde esteja disponível como uma ferramenta para fornecer cuidados há anos, seu uso foi um tanto limitado no passado. No entanto, alguns estudos demonstraram um aumento no uso de telessaúde nos últimos anos antes da pandemia. Nos Estados Unidos algumas políticas como, autorizar reembolsos para serviços de telessaúde, melhorar o acesso à banda larga para comunidades carentes, foram implementadas para facilitar a adoção dos serviços de telessaúde (KINTZLE; RIVAS; CASTRO, 2022).

A telessaúde avançou além da videoconferência, sendo o campo rico com uma série de tecnologias de comunicação eletrônica, como o armazenamento e encaminhamento de dados digitalizados (fotos e vídeos) para consultas assíncronas. Uma das áreas que mais se desenvolve neste campo é a saúde móvel, que faz pleno uso de *smartphones* e *tablets* (DANIEL; KUMAR, 2014).

Da mesma forma, em odontologia, foi desenvolvido um método inovador denominado teleodontologia, definida como o uso de tecnologia de informação em saúde e telecomunicações para cuidados bucais. Foi considerada como tendo o potencial de identificar populações de alto risco; facilitar o acesso do paciente ao atendimento odontológico; e reduzir listas de espera, idas aos serviços de saúde, perda de produtividade e também desigualdades no acesso ao cuidado odontológico, bem como custos para o sistema de saúde (DANIEL; KUMAR, 2014; COSTA; PERALTA; MELLO, 2020).

O termo teleodontologia foi implementado pela primeira vez em 1997 por Cook, que definiu como "a prática de usar tecnologias de videoconferência para diagnosticar e fornecer conselhos sobre tratamento à distância" (COOK; AUSTEN; STEPHENS, 2000). Entretanto, em 1994 o exército americano criou um programa denominado "*Total Dental Access Project*", que seguia um modelo virtual para fornecer atendimento odontológico (DANIEL; KUMAR, 2014).

A teleodontologia atua de duas formas: assíncrona pelo compartilhamento de imagens intraorais e/ou extraorais que não são avaliadas em tempo real, e também síncrona pelo uso de tecnologias de interação em tempo real, como videoconferência e serviços móveis de saúde através de aplicativos de *smartphone* e mensagens de texto (TONKABONI; ZIAE; REZAEI, 2021).

A teleodontologia faz parte do processo natural de digitalização da sociedade e da medicina moderna. Possibilita a melhoria dos serviços, quebrando barreiras e também permitindo que pessoas com pouca ou nenhuma possibilidade tenham acesso a cuidados odontológicos (BRADLEY *et al.*, 2010; ESTAI; KRUGER; TENNANT, 2016). O acesso a um cirurgião-dentista é fundamental para a prevenção e tratamento de doenças dentárias, pois uma boa saúde bucal contribui para a qualidade de vida (PETERSEN, 2017).

Além disso, verificou-se que através da teleodontologia é possível aumentar a continuidade do cuidado em muitas situações e, em alguns cenários, pode aumentar o comportamento preventivo de saúde bucal quando usada nessa perspectiva (IRVING *et al.*, 2017).

O acesso à saúde inclui disponibilidade, localização geográfica, acessibilidade e aceitabilidade (pela comunidade) dos serviços. Considerando estas dimensões, o desafio é garantir que todos, independentemente do seu grupo social, gênero, idade etc, possam ter acesso aos cuidados de saúde necessários. Globalmente, um dos pressupostos da integração da tecnologia para cuidados de saúde (e outras iniciativas de desenvolvimento) é que a saúde digital pode contribuir para o acesso equitativo aos cuidados de saúde, especialmente nos países de baixa e média renda (AHAMED *et al.* 2020).

Os resultados do acesso aos serviços de saúde dependem do uso dos recursos disponíveis. Sendo três componentes principais: entrada no sistema de saúde, oferta adequada de serviços disponíveis e prestação oportuna de cuidados. O primeiro passo para obter acesso aos serviços de saúde é a entrada no sistema de saúde, sendo as principais barreiras significativas o transporte e a distância geográfica. A oferta de serviços disponíveis a partir da entrada do paciente no sistema de saúde revela-se outra importante barreira ao acesso aos cuidados de saúde, dessa forma a falta de disponibilidade do profissional da saúde, especialmente nas comunidades rurais, continua a ser outra barreira notável ao acesso aos cuidados de saúde. Receber cuidados dentro de um prazo razoável também é um componente crucial, portanto longos tempos de espera para receber cuidados agudos em contextos emergentes, bem como cuidados crônicos em ambientes ambulatoriais são um impedimento preocupante. Além disso, se os pacientes decidirem esperar, o atendimento que recebem pode

não estar dentro do período apropriado de quando o tratamento seria mais eficaz (BARBOSA *et al.*, 2021).

Quanto ao uso das TIC na prática odontológica no território brasileiro, possuímos duas resoluções publicadas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). A resolução 226, de 04 de junho de 2020 impede o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, para fins de consulta, diagnóstico, prescrição e elaboração de plano de tratamento odontológico. No entanto na resolução CFO-228, é permitido no âmbito SUS a realização da Odontologia à distância, mediada por tecnologia, enquanto durar o estado de calamidade pública decretado pelo Governo Federal.

As tecnologias digitais coletam e usam grandes quantidades de dados que podem ser pessoais e altamente confidenciais, o que levanta várias questões éticas. Gerenciado corretamente, o uso desses dados pode levar a cuidados de saúde altamente otimizados, onde a prevenção, os tratamentos e o acompanhamento são adaptados às condições de saúde e às necessidades de uma população, comunidade ou mesmo de um indivíduo. A violação de dados pode ser uma grande ameaça a teleodontologia; com o aumento do uso, muito mais dados seriam armazenados e transferidos eletronicamente por meio de servidores em nuvem ou os dados ficariam no *hardware* do sistema, o que aumenta as chances de uma violação de dados. Alcançar um equilíbrio entre acesso e proteção de dados de saúde é uma questão crucial que ainda precisa ser resolvida na maioria dos países (GIRAUDEAU; VARENNE, 2021; SINGHAL; MOHAPATRA; QUIÑONEZ, 2021).

Além disso, as ferramentas digitais devem ser projetadas para reduzir, e não aumentar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Oferece uma oportunidade para melhorar o comportamento saudável, diminuir os fatores de risco comuns às doenças bucais e outras doenças não transmissíveis e contribuir para a redução das desigualdades em saúde bucal (GIRAUDEAU; VARENNE, 2022).

Ainda assim, existem alguns obstáculos identificados quanto ao uso da teleodontologia, tanto para o profissional como para o paciente, sendo os principais: incapacidade de realizar toda a consulta; redução da confiança de pacientes e profissionais de saúde; modificação do conhecimento e habilidades exigidas dos profissionais de saúde e questões ergonômicas; questões relativas à qualidade da informação em saúde e dificuldades organizacionais e burocráticas (DANIEL; KUMAR, 2014).

A mesma conectividade que possibilita a assistência médica virtual também cria ameaças aos pacientes. Por exemplo, para alcançar uma experiência de atendimento virtual, a confiabilidade da internet é fundamental, mas, de certa forma, é uma dependência e se por

algum motivo não houver internet, isso afetaria imediatamente esse modelo de assistência (SINGHAL; MOHAPATRA; QUIÑONEZ, 2022).

A 71ª Assembleia Mundial da Saúde (2018) aprovou a resolução WHA71.7 sobre saúde digital (OMS, 2018). Nessa resolução, os Estados membros foram solicitados a se envolver em ações nos níveis regional e nacional para promover o desenvolvimento da saúde digital, incluindo "trabalhar para a interoperabilidade das tecnologias digitais para a saúde". A resolução também reiterou o diretor-geral da OMS a adotar várias medidas para facilitar o desenvolvimento da saúde digital, incluindo a criação de um departamento de saúde e inovação digital e a elaboração de uma estratégia global de saúde digital para o período 2020-2025. Esta estratégia, tem por objetivo reforçar a política da saúde digital a nível nacional e melhorar o desenvolvimento das estratégias nacionais de saúde digital já lançadas (OMS, 2020; GIRAUDEAU; VARENNE, 2022).

Mais recentemente, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde adotou, em 31 de maio de 2021, uma resolução englobando a saúde bucal (OMS, 2021). A resolução solicitou que o diretor-geral da OMS desenvolvesse uma estratégia global para combater as doenças bucais em 2022 e que traduzisse essa estratégia em um plano de ação global até 2023, considerando o uso da tecnologia digital moderna no campo da telemedicina e teleodontologia (GIRAUDEAU; VARENNE, 2022).

#### **4 MÉTODO**

Este trabalho relata a experiência da prática profissional de uma cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na modalidade relato de experiência. Optou-se pelo método qualitativo, pois o estudo aborda questões subjetivas e reflexivas do processo de trabalho.

Este relato utiliza para seu desenvolvimento a sistematização da experiência e memórias, vivenciada entre março de 2021 a dezembro de 2022, confrontada com discussões de referenciais teóricos, por meio de levantamento bibliográfico, ocorrido ao longo de 2022. Também foi utilizado levantamento documental, por meio do acesso a documentos de sítios institucionais, principalmente do Ministério da Saúde.

## 5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 5.1 Contextualização

Este trabalho relata a experiência de uma cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que ocorre em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis por meio da Escola de Saúde Pública municipal.

O Programa da REMULTISF possui campo de atuação nos territórios ampliados de saúde do Centro de Saúde (CS) Saco Grande e do CS Jardim Atlântico. O CS Jardim Atlântico está localizado na região continental do município de Florianópolis, e faz divisa com outros 3 territórios (Sapé, Coloninha e Balneário do Estreito), além do município de São José/SC. Atualmente a população adstrita no território do Jardim Atlântico são de 6.243 pessoas, e possui duas equipes Básicas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e duas equipes de Saúde Bucal (eSB).

No ano de 2021 o CS dispunha de uma eSB, que era formada por um cirurgião-dentista (CD) e preceptor da residência, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e uma CD residente. Contudo, no ano de 2022 duas novas profissionais integraram o serviço de saúde bucal. Com a vinda de uma nova CD residente e uma ASB, foi possível a ampliação para duas eSB. Atualmente uma equipe é composta pelo CD e uma ASB, e cumprem a carga horária de 30h semanais. A nova equipe é integrada por duas CD residentes e uma ASB, ambos os profissionais possuem carga horária de 40h semanais. Os horários de atendimento clínico são das 07h às 13h, mesmo com profissionais 40h devido a obrigatoriedade da presença do preceptor durante a consulta odontológica. No período da tarde são realizadas outras atividades pelas residentes.

Com o início da pandemia de COVID-19 em março de 2020, todos os atendimentos eletivos foram suspensos e foram priorizados os casos de urgência/emergência, com todos os cuidados de biossegurança reforçados. Essa realidade seguiu até o segundo semestre de 2021, quando da flexibilização nos atendimentos odontológicos.

As restrições sanitárias para diminuir a disseminação do vírus incluíram principalmente o distanciamento social, e conseqüentemente, a diminuição do fluxo de usuários nos espaços físicos do CS, sendo assim foi adotado como estratégia o uso de aparelhos celulares do tipo *smartphone* e aplicativos *on-line*, para auxiliar na comunicação com os usuários e evitar a ida ao CS de forma desnecessária.

O uso das ferramentas do *Google*<sup>®</sup>, como o *GoogleForms*<sup>®</sup>, aplicativo que possibilita a confecção e aplicação de formulários *on-line*, foi uma alternativa para ofertar aos usuários a consulta odontológica. A estratégia possibilitou a organização da demanda programada, de forma que não houvesse aglomerações na sala de espera da unidade nos horários de atendimento.

## **5.2 Histórico de Agendamentos Odontológicos no Centro de Saúde Jardim Atlântico**

Em 2015, o Centro da Saúde experienciou uma forma semelhante de agendamento odontológico como o atual, porém era apenas de forma presencial. O agendamento acontecia uma vez na semana com vagas pré-definidas, entre 10 a 24 novas vagas por semana. Nesse modelo também eram ofertadas uma quantidade menor de vagas para retorno e vagas para acolhimento.

Contudo, após alguns anos, houve um movimento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para adoção do modelo de acesso avançado, que preconizava a organização da agenda em 50% dos horários destinados à demanda programada e outros 50% dos horários para demanda espontânea.

Antes de implantar o modelo solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, a eSB levou a pauta para discussão com o Conselho Local de Saúde (CLS), apresentando os prós e contras tanto do modelo que era atual na época e o então proposto pela gestão. E após a problematização e relevantes apontamentos sobre cada modelo, por consenso, a comunidade considerou importante a garantia do tratamento completado por meio de consultas de retorno, já que a vaga para consulta pelo acesso avançado não garante para todos os usuários a continuidade do tratamento. Entretanto, foram necessárias algumas modificações no modelo de agendamento presencial e semanalmente, como, por exemplo, a ampliação das vagas de acesso à demanda espontânea.

Com a chegada da pandemia de COVID-19 foi necessária a suspensão dos atendimentos odontológicos nos primeiros meses de 2020. A grande maioria dos pacientes eram acolhidos e medicados e, apenas casos de emergência ou urgência recebiam procedimentos. Sendo assim, a forma de acesso adotada foi através do uso do *WhatsApp*<sup>®</sup> das equipes básicas.

Inicialmente paciente enviava a mensagem pelo aplicativo com sua queixa e o profissional realizava o acolhimento e avaliava a necessidade de atendimento e se necessário realizava-se o agendamento, ou então enviava pelo próprio *WhatsApp*<sup>®</sup> as orientações e finalizava o atendimento. Nesse formato não existia o formulário *on-line*.

Conforme o conhecimento sobre a transmissibilidade da doença e o início da vacinação, houve a flexibilização gradual dos atendimentos. Surgiu então um formulário *on-line* desenvolvido por outro CS do município que auxiliou na organização do acesso à saúde bucal e registro das solicitações de atendimento. O uso do formulário *on-line* foi implantado pela equipe odontológica do CS Jardim Atlântico, foram realizadas algumas modificações, principalmente para classificar/categorizar atendimentos, priorizando situações de urgência/emergência, visto que ainda estávamos inseridos nas restrições da pandemia.

Assim que o usuário preenchia o formulário *on-line* e enviava sua solicitação, ao abrir a planilha, ela automaticamente classificava a resposta em cores, conforme as opções selecionadas pelo paciente. A cor vermelha correspondia a situações de urgência/emergência, a cor amarela demais queixas e a cor verde procedimentos eletivos. Através das cores os atendimentos eram priorizados.

Com a diminuição de novos casos de COVID-19, os atendimentos foram sendo retomados, sobretudo os eletivos. O modelo de classificação por cores ainda foi mantido por um período, todavia com a demanda reprimida criou-se uma “fila virtual”, pois o formulário *on-line* permanecia aberto a todo momento e com um grande número de pessoas preenchendo. Além disso, as demandas também chegavam presencialmente no CS. Foi necessário uma nova forma para organizar o acesso aos serviços. Nesse período foi disponibilizado um *smartphone* para a equipe, permitindo a criação do *WhatsApp*<sup>®</sup> da odontologia e não mais necessitando do uso dos aparelhos móveis das equipes básicas, o que facilitou o processo de trabalho e comunicação com a comunidade.

Com retornos positivos dos usuários sobre o agendamento via formulário e *WhatsApp*<sup>®</sup>, optou-se por manter o modelo, porém realizar novas adequações. Como havia retornado aos agendamentos e não mais livre demanda com priorização de casos, removeu-se do formulário a classificação por cores. Foi definido que o agendamento iria ocorrer semanalmente e com vagas pré-definidas. A oferta de vagas de retorno e tratamento completado que estavam suspensas desde o decreto da pandemia foram retomadas. Até então o agendamento era exclusivamente via formulário e pacientes que não possuíam *smartphone* ou apresentavam dificuldades para preencher eram orientados a irem presencialmente à recepção para que um profissional auxiliasse no preenchimento.

Devido a dificuldades que alguns pacientes apresentavam em manusear celulares e/ou ferramentas *on-line*, o atendimento foi alterado para híbrido, sendo presencial e *on-line*. Com isso, uma quantidade menor de vagas é disponibilizada na recepção do CS, seguindo a mesma lógica do formulário.

### 5.3 Formulário *on-line*

No *GoogleForms*<sup>®</sup>, criou-se um formulário *on-line*, com a solicitação de informações de identificação como o nome completo, data de nascimento, endereço e número do celular. Além disso, para facilitar o agendamento dos usuários a equipe optou por já disponibilizar durante o preenchimento do formulário *on-line* as datas e horários disponíveis para os atendimentos. Ao enviar o formulário preenchido a pessoa já faz a reserva da sua vaga, necessitando apenas receber um aviso de confirmação.

A liberação do formulário *on-line* para o preenchimento ocorre semanalmente às quintas-feiras a partir das 13h, com vagas disponíveis para a semana seguinte, de segunda-feira a sexta-feira. O acesso ao link é fornecido via *Whatsapp*<sup>®</sup> da equipe ou na recepção da unidade, sendo um link fixo. O formulário *on-line* é fechado manualmente quando todas as vagas são preenchidas, ou seja, ele permanece aberto até o momento que existem horários disponíveis para a semana seguinte. Um profissional das equipes de SB fica responsável por acompanhar e monitorar o agendamento por meio do controle da planilha e do formulário *on-line*. Ao identificar no formulário *on-line* que não existem mais opções de horários disponíveis, é realizado o fechamento do formulário *on-line* de forma manual. O usuário que tentar acessar o link após esse momento recebe um aviso e é orientado a aguardar até a quinta-feira seguinte para realizar a solicitação de agendamento.

O responsável pela liberação do formulário *on-line* pode desativar o envio de respostas a qualquer momento, sendo importante para correções de possíveis equívocos ou intercorrências que interfiram nos horários disponibilizados. Um exemplo de problema que pode ocorrer é quando dois usuários solicitam o mesmo horário, ao mesmo tempo.

As respostas enviadas pelo formulário *on-line* são visualizadas em uma planilha que é gerada pelo próprio *Google Forms*<sup>®</sup>, sendo possível acompanhar todos os dados dos usuários que já preencheram e enviaram suas informações.

Para permitir o agendamento das consultas, mesmo para aqueles que não possuam aparelhos (*smartphones* ou computadores) ou apresentam dificuldades com as ferramentas disponíveis, são disponibilizadas algumas vagas para agendamento na recepção do CS. O preenchimento das vagas da recepção segue a mesma regra das vagas do formulário, ou seja, ocorre semanalmente às quintas-feiras a partir das 13 horas.

## 5.4 Configuração do Formulário *on-line*

Inicialmente foi criada uma conta para a equipe no *Google*<sup>®</sup>. Por meio desta conta tem-se acesso a todos recursos ofertados pela plataforma, incluindo o *Drive*<sup>®</sup>, *Gmail*<sup>®</sup>, *Forms*<sup>®</sup> e outros. Essa situação possibilita através do *login* e senha, acessar, configurar e cadastrar a máquina de onde todo o acesso aos dados será realizado.

A criação do formulário *on-line* viabiliza adicionar diversas informações e configurar da forma que melhor se adapte ao contexto vivido. Os dados incluídos no formulário *on-line* em questão são listados a seguir.

### 5.4.1 Título do formulário *on-line*

Identifica o formulário *on-line* como “agendamento odontológico”, e também traz informações sobre a data e horário em que o próximo agendamento será liberado aos usuários. O título é um item obrigatório da ferramenta (FIGURA 2).

### 5.4.2 Descrição

A descrição é opcional pela ferramenta, porém é utilizada para explicar brevemente como funciona o agendamento odontológico e como devem ser preenchidos os campos do formulário *on-line*. Orienta ainda casos de urgências/emergências (FIGURA 2).

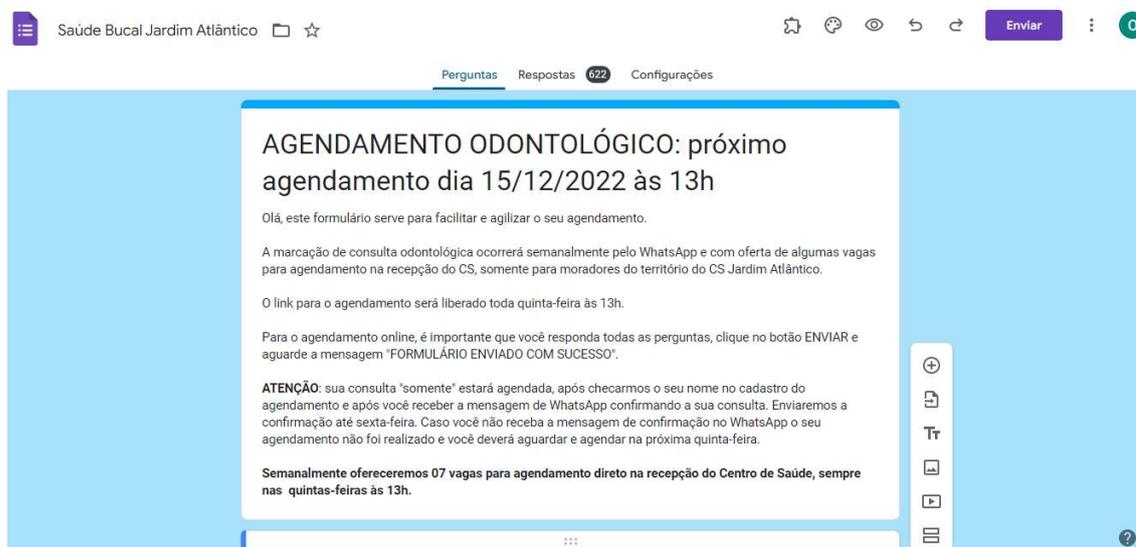


Figura 2: ilustrando o título e descrição do formulário *on-line*.

### 5.4.3 Perguntas de Identificação

A seguir tem-se a sessão de identificação. O formulário *on-line* é composto por quatro perguntas: o nome completo do usuário, data de nascimento, endereço de moradia, e contato telefônico. Essas respostas são fundamentais para o reconhecimento do usuário no sistema de

prontuário eletrônico do município e realizar o contato telefônico, caso seja necessário. Assim, é possível incluí-lo na agenda do profissional, e ainda confirmar se ele pertence ao território adstrito da unidade de saúde. O contato telefônico é preferencialmente realizado pelo aplicativo *WhatsApp*<sup>®</sup> para confirmação do agendamento.

Essas quatro perguntas são configuradas com a opção “resposta curta”, onde o paciente digita as informações solicitadas e possui limite de caracteres (FIGURA 3).

A imagem mostra a interface de configuração de perguntas em um sistema de saúde. O cabeçalho indica 'Saúde Bucal Jardim Atlântico' e 'Respostas 622'. O formulário contém campos para 'Nome completo da pessoa que necessita de atendimento', 'Data de nascimento' e 'Endereço', cada um com um campo de 'Texto de resposta curta'. Há uma opção 'Resposta curta' selecionada e um botão 'Obrigatória' ativado.

Figura 3: dados de identificação e configurações importantes.

#### 5.4.4 Perguntas do agendamento

A quinta pergunta é para a escolha do dia e horário da consulta odontológica. Diferente das perguntas anteriores, ela foi configurada como de "múltipla escolha".

Para que mais de um usuário não reserve o mesmo horário foi importante adicionarmos um complemento no formulário. Os complementos estão disponíveis na própria plataforma e possibilitam esta personalização. O *Choice Limit* | *Form Limit* | *Choice Remove Removal* é um complemento que ao ser ativado na plataforma possibilita que no envio do formulário *on-line* preenchido, a opção de dia e horário selecionado seja excluída automaticamente. Dessa forma, quando outro paciente abrir o formulário *on-line*, não poderá visualizar horários já selecionados por outros usuários.

Conforme os horários são selecionados e excluídos do formulário *on-line* automaticamente, e não restam mais opções disponíveis, existe a necessidade de fechamento para novas respostas. Por esta razão é importante a disponibilidade de um profissional da equipe para acompanhar o período de agendamento aberto, evitando assim que algum paciente preencha o formulário *on-line*, mesmo sem horários disponíveis. O formulário *on-line* não fecha automaticamente assim que todas as vagas são preenchidas.

Todas as perguntas são selecionadas como resposta do tipo “obrigatória”, ou seja, para que as respostas do formulário *on-line* sejam enviadas é obrigatório que o paciente preencha todas as perguntas.

### 5.5 Instalando o *Choice Limit* | *Form Limit* | *Choice Remove Removal*

Para realizar a instalação do complemento da ferramenta é necessário clicar nos três pontos no sentido vertical localizado no canto superior direito, segunda opção da direita para a esquerda. Foi selecionado a última opção disponível na lista, nomeada como “complementos” (FIGURA 4).

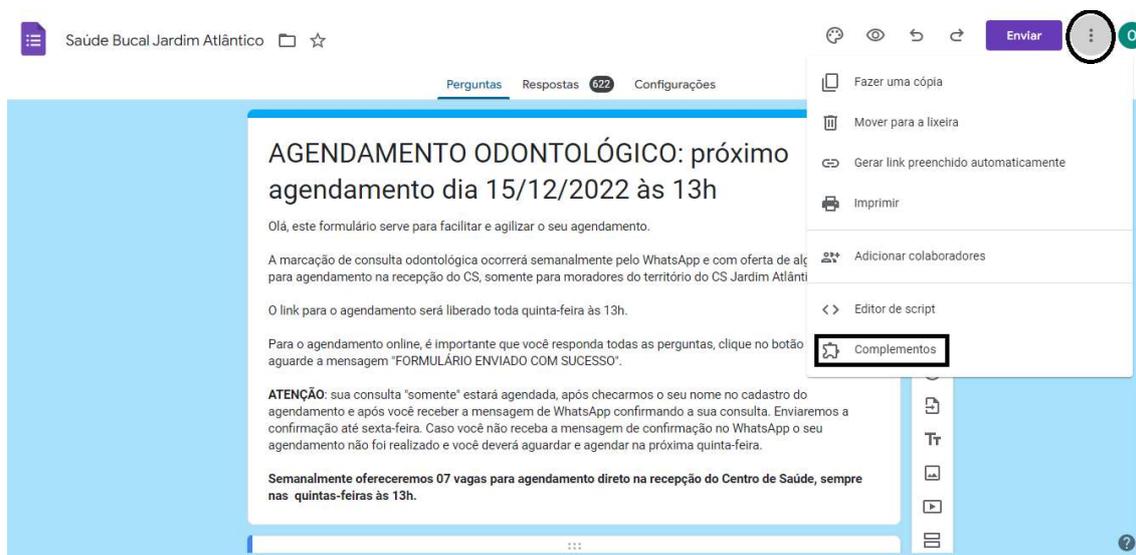


Figura 4: selecionando a opção “complementos”.

Após selecionar a opção “complementos” uma nova tela irá aparecer com inúmeras opções de complementos para serem instalados. Sendo assim, foi feita a busca na caixa de pesquisa pelo termo: *choice removal* (FIGURA 5), e assim que a busca foi concluída o complemento apareceu na primeira fileira da lista de opções. Para proceder a instalação seleciona-se a imagem (FIGURA 6).

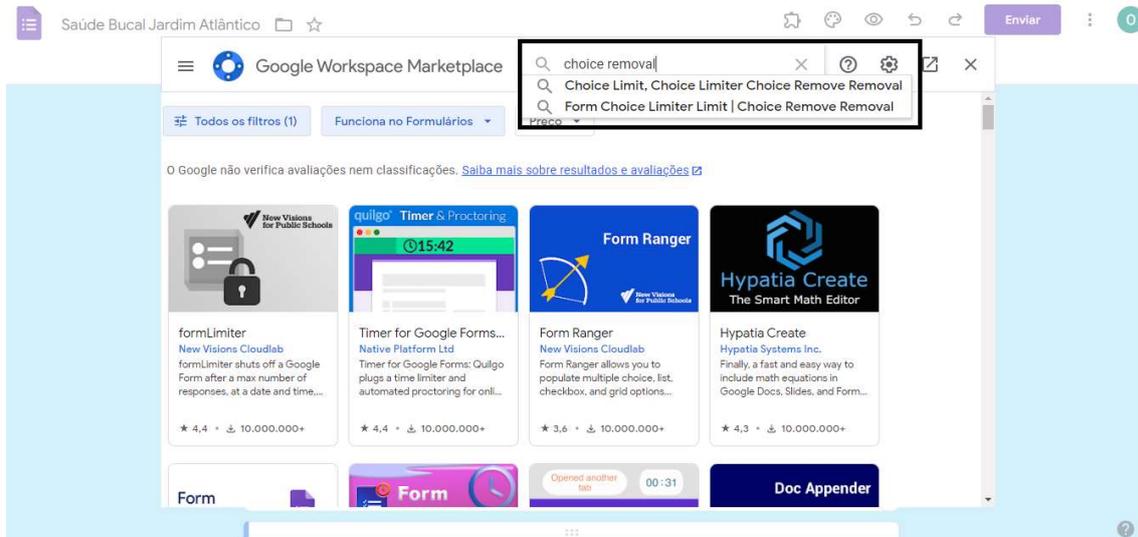


Figura 5: busca *choice removal*.

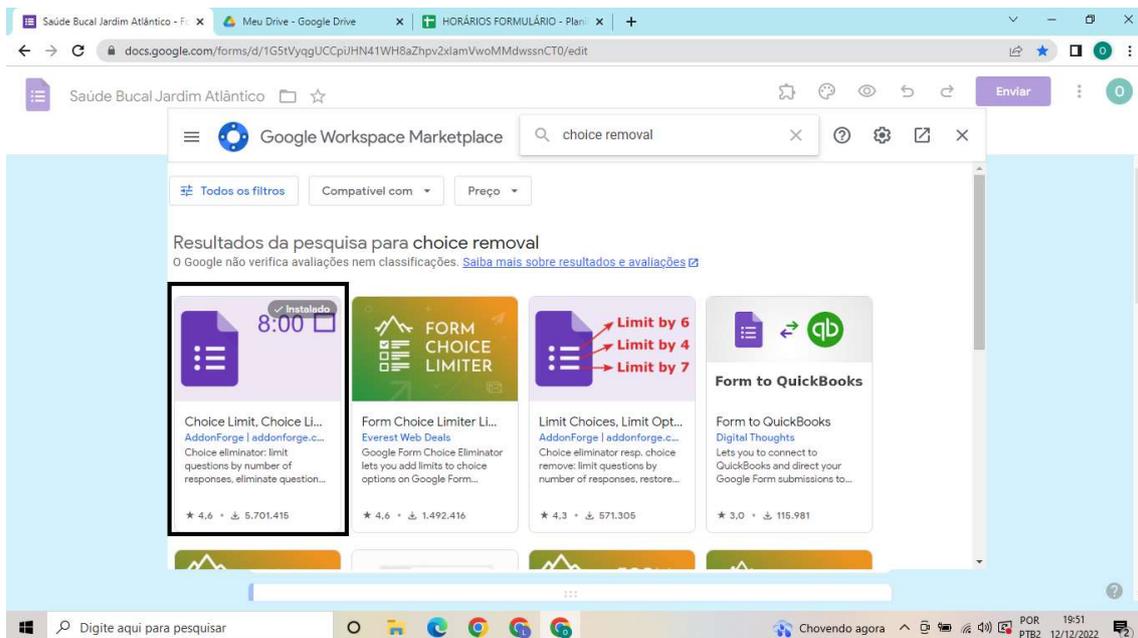


Figura 6: selecionando o complemento.

Ao abrir a tela do complemento foi selecionada a opção “instalar” (FIGURA 7), e em seguida a opção “continuar” (FIGURA 8). A seguir uma nova janela é aberta e uma solicitação de confirmação da conta é requerida. Foi necessário permitir as ações do aplicativo na conta *Google*<sup>®</sup>, e consequentemente foi instalada a ferramenta para utilização do formulário *on-line*.

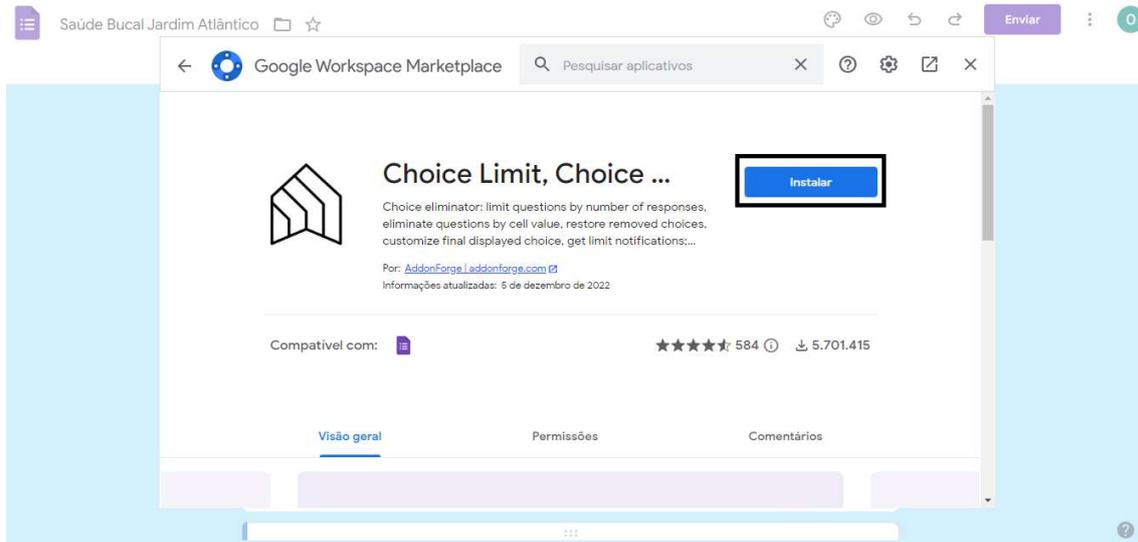


Figura 7: instalando a ferramenta.

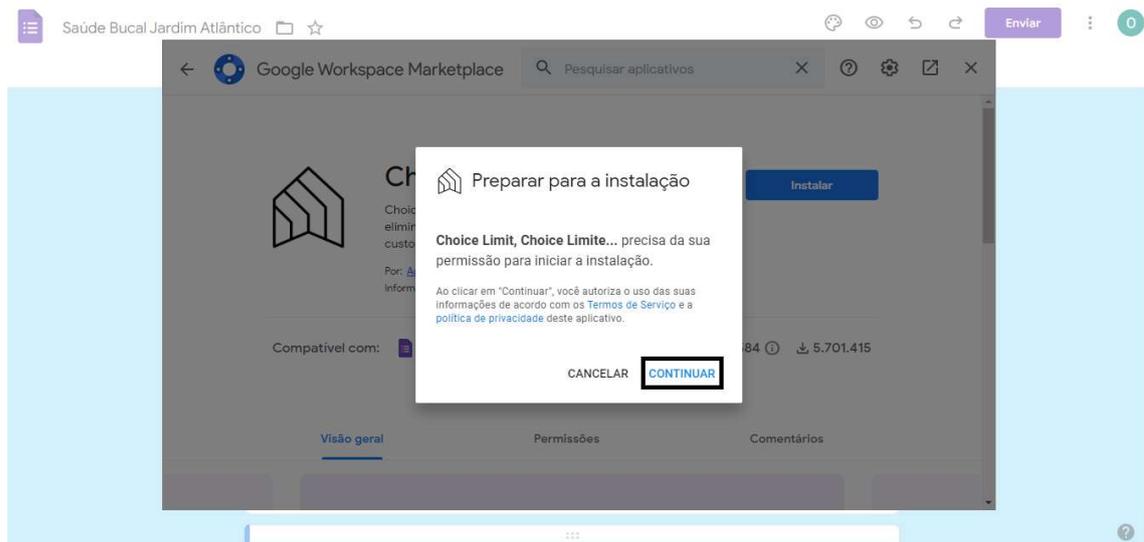


Figura 8: confirmando a instalação do complemento.

Para configurar o complemento seleciona-se o primeiro símbolo no canto superior direito, da esquerda para a direita. Ao clicar no símbolo pode ser visualizada a opção de selecionar a ferramenta para proceder a configuração (FIGURA 9). Em seguida seleciona-se a opção “start” (FIGURA 10).

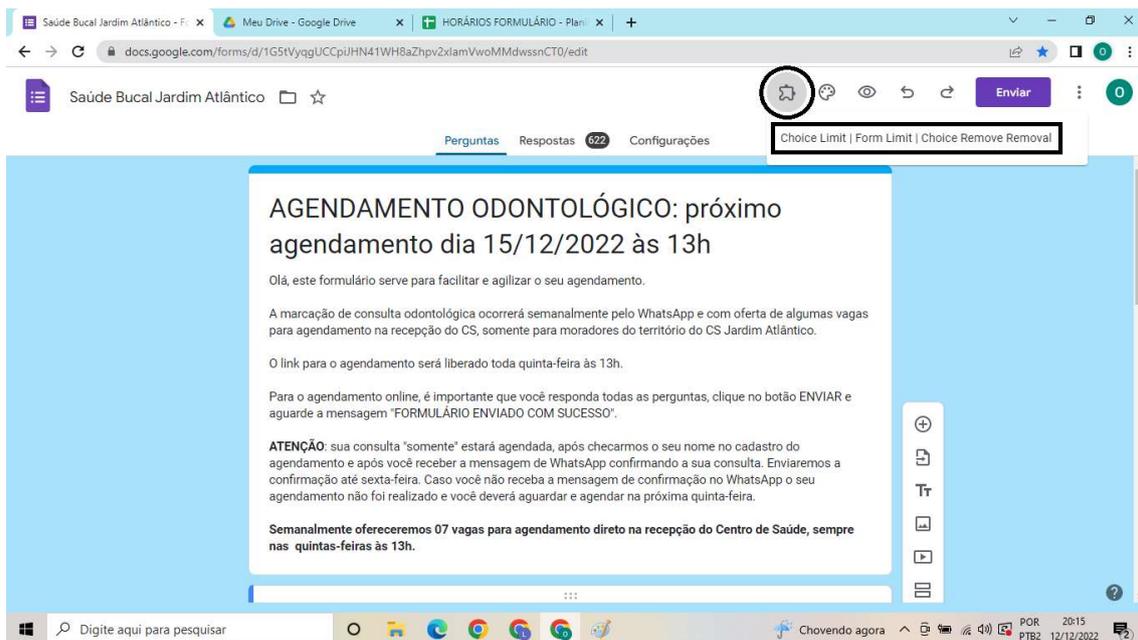


Figura 9: selecionando o complemento para configuração.

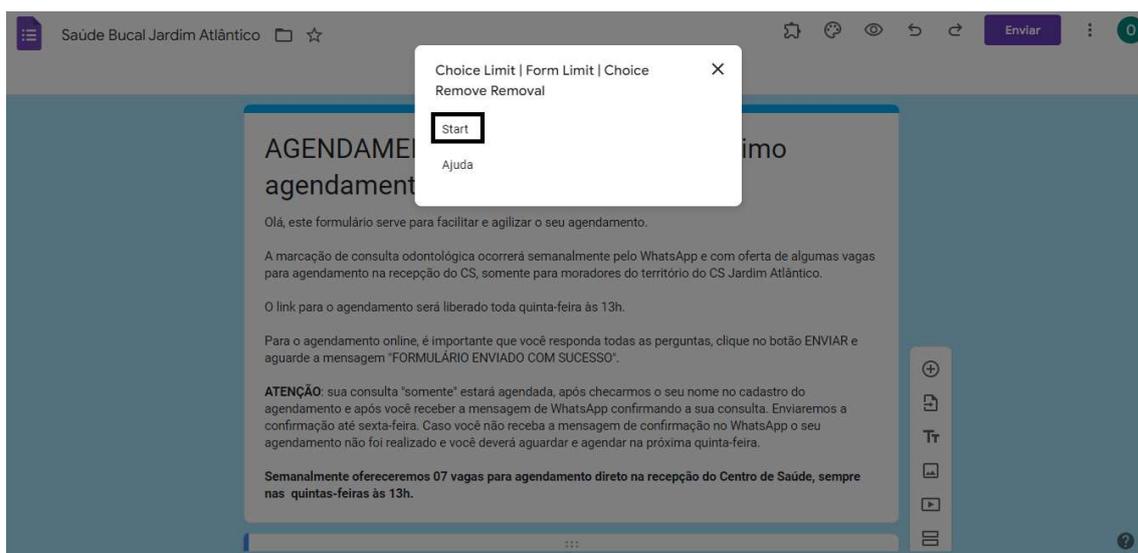


Figura 10: selecionado “start” para a configuração.

Lembrando que a ferramenta só está apta a funcionar em perguntas que são configuradas como múltipla escolha no formulário *on-line*. Sendo assim, apenas na pergunta referente à escolha do dia e horário para agendamento foi possível realizar essa configuração. Logo, uma aba do complemento abriu no canto inferior direito da tela. Cliquei na caixa “*number limit*” e então na opção “*Limit each choice*” selecionei o número 1 (FIGURA 11), pois corresponde a quantidade de respostas que serão aceitas em cada alternativa da quinta pergunta do formulário *on-line*. Conforme são realizadas as configurações o complemento salva automaticamente. Por

fim, a instalação da ferramenta *Choice Limit* | *Form Limit* | *Choice Remove Removal* no formulário *on-line* foi concluída.

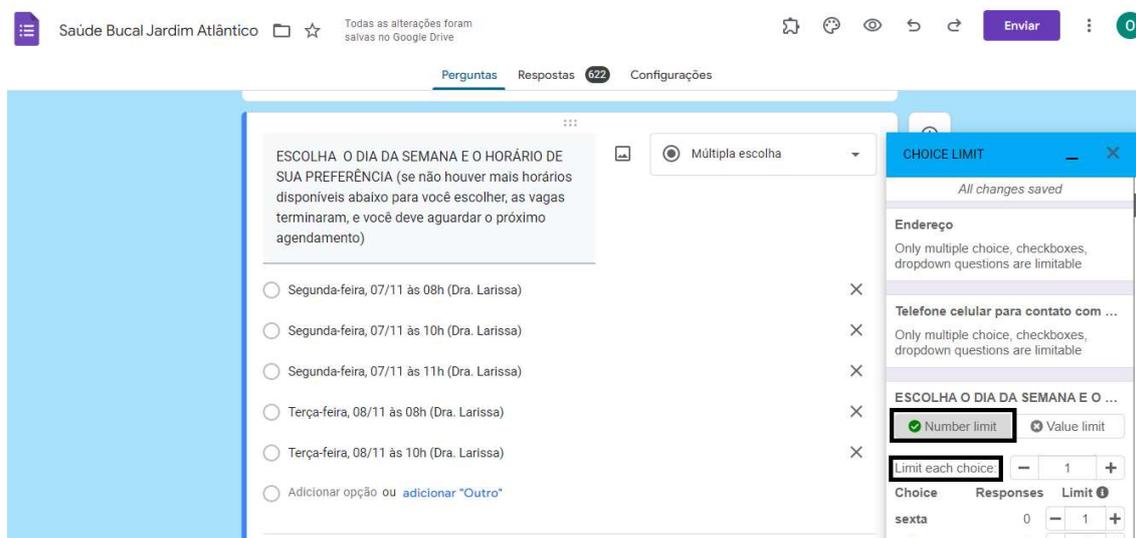


Figura 11: configurando o complemento.

## 5.6 Informação Final

Ao final do formulário *on-line* adicionamos orientações sobre o envio, a importância de clicar na opção enviar e visualizar a informação confirmando o envio do mesmo, e caso a mensagem de confirmação do envio não apareça, a necessidade de retornar as perguntas e verificar se todas foram respondidas. É informado ainda que a validação do agendamento ocorre após contato via *WhatsApp*<sup>®</sup> confirmando a data e horário que foi selecionado (FIGURA 12).

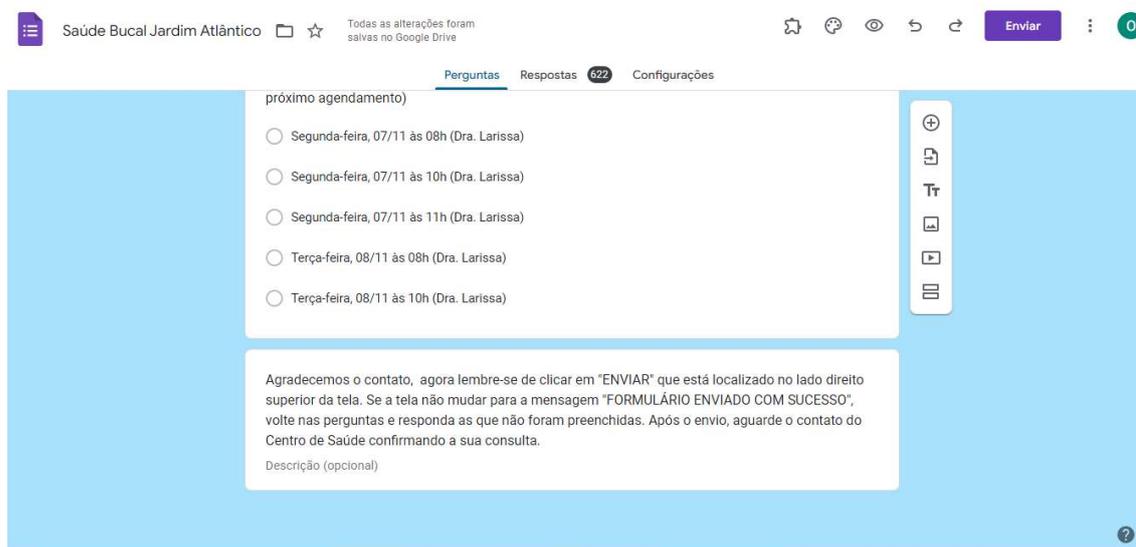


Figura 12: mensagem com orientações sobre o envio e confirmação do agendamento.

Outra mensagem adicionada ao formulário *on-line* é quando ele está fechado para receber respostas, utiliza-se o espaço para informar que os horários disponíveis foram preenchidos e reforçar que o agendamento ocorrerá novamente na quinta-feira da semana seguinte, no horário das 13h, e em casos de urgência o paciente pode buscar atendimento no centro de saúde no período da manhã (FIGURA 13).

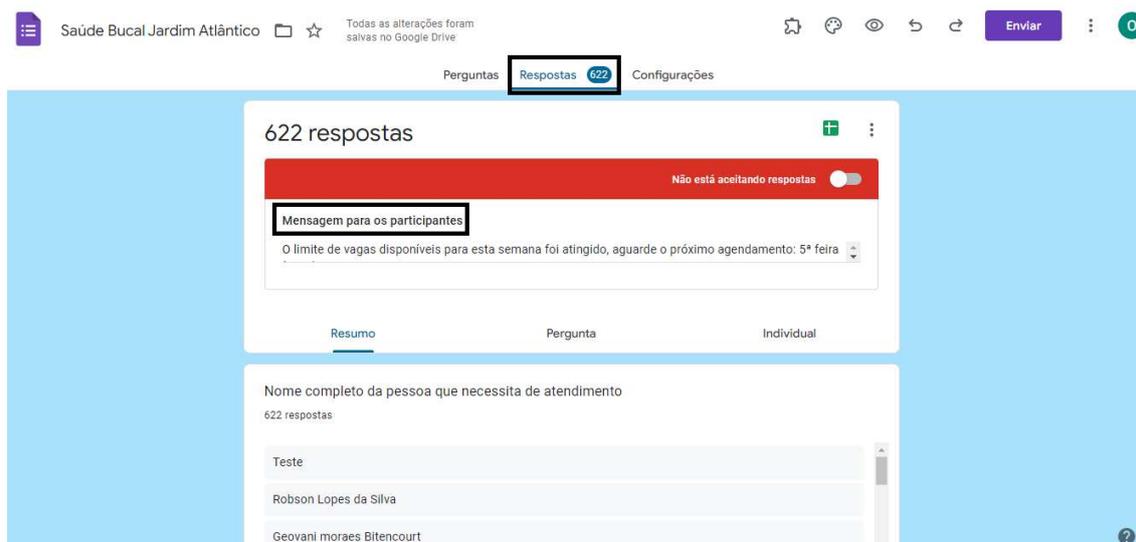


Figura 13: mensagem quando o formulário está fechado.

### 5.7 Acesso a Planilha de Respostas

A visualização das informações enviadas pelos pacientes após preencherem o formulário *on-line* podem ser na própria plataforma ou então, por meio de uma planilha. O acesso a planilha é via formulário *on-line*, selecionando o símbolo da planilha na aba respostas (FIGURA 14). Ao acessar a mesma, todos os dados preenchidos estão elencados, e também apresentam-se por ordem de preenchimento, além disso é possível verificar a data e o horário que o usuário enviou sua resposta.

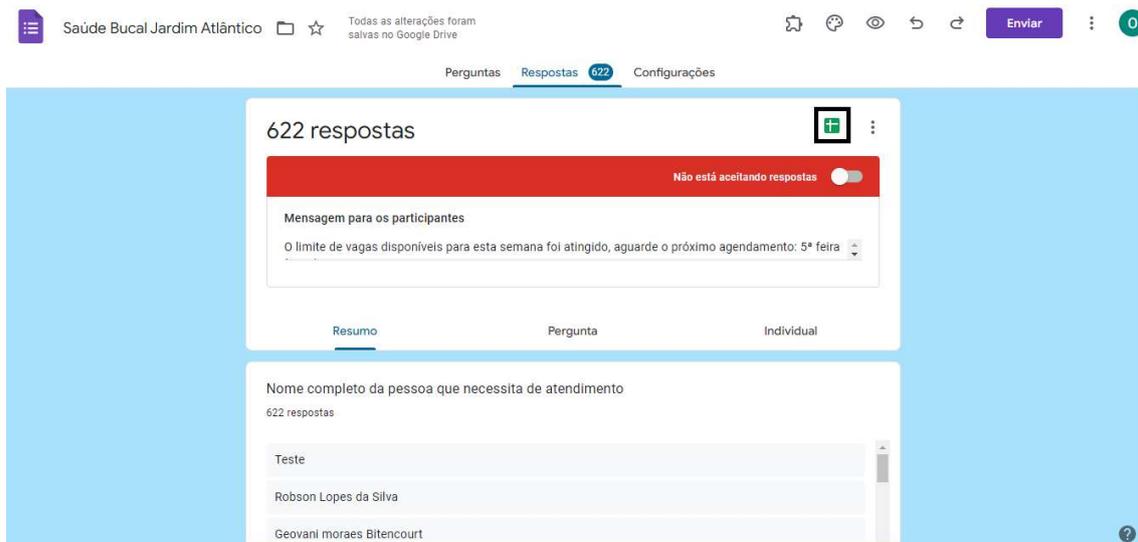


Figura 14: acessando a planilha.

Por meio da planilha, as equipes de SB acompanham se o preenchimento está ocorrendo da forma correta, certificando-se que os horários já selecionados não estão mais disponíveis no formulário *on-line* e caso seja detectado algum erro, esse possa ser corrigido a tempo.

O profissional responsável por realizar o agendamento utiliza a planilha para verificar as informações dos pacientes e posteriormente adicioná-los à agenda dos CD. Com intuito de tornar a visualização dos dados mais organizada na planilha, criamos uma aba denominada histórico, onde são incluídos todos os usuários que já foram agendados e os mesmos são removidos da aba respostas (FIGURA 15).

Carimbo de data/hora	Nome completo da pess	Data de nascimento	Endereço	Telefone celular para con	ESCOLHA O DIA DA SE
03/11/2022 13:02:10	Fulano	00/00/00	R Evaldo Schaeffer, 422,	101010101	Segunda-feira, 07/11 às 11h (Dar. Larissa)

Figura 15: aba de respostas e histórico para organização das respostas.

## 5.8 *Whatsapp*<sup>®</sup>

O *WhatsApp*<sup>®</sup> é uma ferramenta importante para o agendamento odontológico da unidade. É por meio do aplicativo que os usuários recebem o *link* do formulário *on-line*, permitindo que um maior número de pessoas consiga participar do agendamento.

A eSB possui um celular com número próprio e o *WhatsApp*<sup>®</sup> instalado com o objetivo de facilitar a comunicação entre a eSB e a população do território. Todavia, o *WhatsApp*<sup>®</sup> está configurado para enviar respostas automáticas por meio de um menu. O usuário pode optar por cinco opções ao entrar em contato com a equipe: informações sobre o agendamento odontológico; informações sobre atendimentos de urgência/acolhimento; agendamento de retorno para mostrar radiografia; agendamento de retorno de consulta do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e; desmarcar a consulta (FIGURA 16).

Ao selecionar uma das opções o usuário irá receber uma resposta com as orientações sobre sua dúvida (FIGURA 17). Ele também consegue retornar ao menu inicial e selecionar outra opção, caso seja necessário. Em situações onde as opções disponíveis no menu não atendem as dúvidas do paciente, ele pode deixar seu questionamento e o profissional irá retornar para sanar as dúvidas. Apesar do aplicativo ser configurado para enviar respostas automáticas, a equipe acompanha diariamente todas as mensagens recebidas.

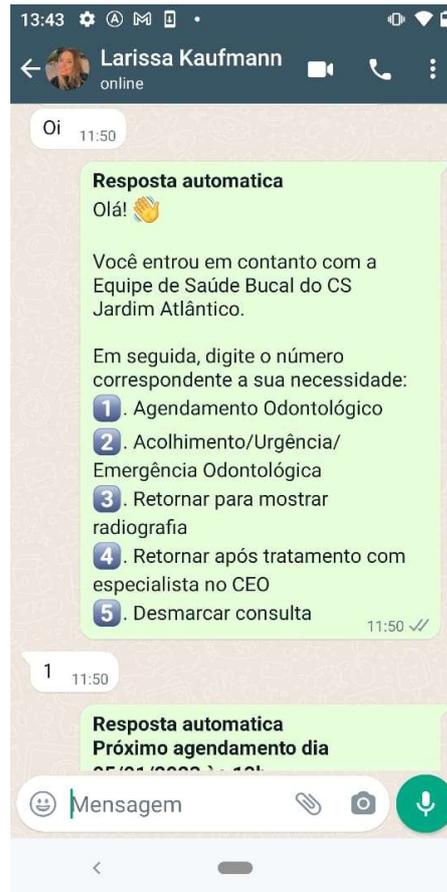


Figura 16: menu enviado automaticamente assim que o paciente entra em contato com a equipe.

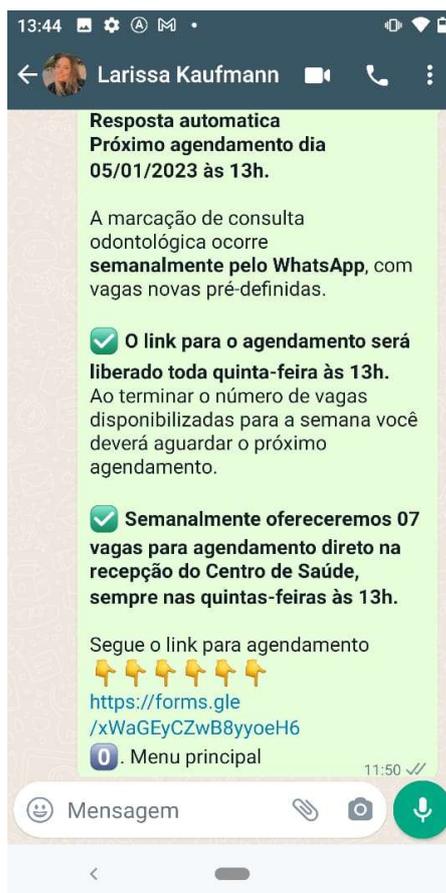


Figura 17: resposta automática enviada após o paciente selecionar a opção do menu.

## 5.9 Organização da Agenda dos Profissionais

Cada CD organiza sua agenda e reserva quais horários serão para o formulário *on-line*, para a recepção, horários de retorno e acolhimento. Atualmente são três CD, sendo duas residentes, e estruturalmente o CS dispõe de 2 consultórios. Desse modo, as residentes atendem em dupla e contam com o apoio de uma ASB.

O CD realiza os atendimentos a cada 30 minutos, assim são ofertados 11 horários para consulta por dia. São disponibilizadas 6 vagas por dia para agendamento no formulário e 1 vaga por dia para agendamento na recepção. Para acolhimento da demanda espontânea são abertas 04 vagas por dia. Quando existe a necessidade de agendamento para retorno, são utilizados os horários que seriam ofertados no agendamento via formulário, todavia, é possível agendar no máximo 3 retornos por dia.

Já as CD residentes utilizam a mesma agenda, e possuem o tempo de consulta de 45 minutos, portanto na agenda estão disponíveis 5 horários por dia para agendamento. O primeiro horário fica disponível para consulta de demanda espontânea, já outros 2 horários do dia para agendamento via formulário, sendo que um desses horários caso for necessário é utilizado para

oferta de retorno. E por fim, 1 horário do dia é destinado para agendamento efetuado presencialmente na recepção do CS.

No formulário junto com as opções de data e horário está identificado o profissional que irá realizar a consulta.

Assim que todas as vagas são preenchidas o formulário é fechado, e através da planilha gerada pelo formulário um profissional confirma os dados e adiciona os usuários que reservaram seu horário na agenda dos cirurgiões-dentistas, além disso é enviado uma mensagem de confirmação da data e horário da consulta por *WhatsApp*<sup>®</sup>. Quando o paciente comparece na unidade para realizar o agendamento na recepção, a consulta automaticamente é confirmada.

## 6 DISCUSSÃO

O formulário *on-line* para auxiliar o agendamento odontológico já está em uso há mais de um ano e meio, e ao longo desse período foi identificado alguns problemas operacionais. Inicialmente, a dificuldade de encontrar um complemento gratuito, sendo necessário a instalação de diferentes complementos para que o formulário *on-line* funcionasse adequadamente. Cada novo complemento que era instalado apresentava uma nova forma de configuração. A falta de um complemento padrão causou a dependência de um único profissional para configurar o formulário *on-line* e o complemento, e além disso solucionar os problemas que podem surgir. A dependência também estava interligada ao profissional que apresentava maior facilidade em lidar com as novas tecnologias e apresentava o domínio do programa utilizado.

A dificuldade de encontrar um complemento padrão e capacitar a equipe para configurar e resolver imprevistos, combinado com a dificuldade que alguns profissionais apresentam em utilizar as tecnologias nos traz uma insegurança quanto ao futuro do modelo de agendamento desenvolvido.

Para a permanência do formulário *on-line* é necessário ouvir a opinião da população quanto ao modelo de entrada no serviço odontológico utilizado pela eSB. A proposta de acesso por meio do formulário *on-line* foi elaborada no início da pandemia, devido a urgência de uma nova organização para o acesso no serviço odontológico do Centro de Saúde Jardim Atlântico. O modelo foi tão bem aceito pelos profissionais, que mesmo com as flexibilizações a eSB optou em manter o formulário *on-line* e aprimorá-lo conforme a nova realidade vivenciada. Por outro lado, não se tem a percepção dos usuários sobre o novo modelo adotado, principalmente quanto às suas limitações no uso das TICs e se na perspectiva da população o uso de formulário *on-line* está favorecendo o acesso. Ademais, Beaunoyer, Dupéré e Guitton (2020) discutem como a pandemia do coronavírus potencializou as desigualdades digitais, e como essas desigualdades tiveram impacto sobre os determinantes da saúde (BEAUNOYER; DUPÉRE; GUITTON, 2020).

Diante disso, para Souza e Krüger (2010), o CLS torna-se o espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base, por se tratar de um espaço menos formal e menos burocratizado.

Visto que os aspectos de analfabetismo digital ainda estão presentes em uma grande parcela de usuários, o qual depende de auxílio para o desenvolvimento de atividades comuns nos celulares, o uso de aparelhos móveis pode ser uma barreira (COELHO; MORAIS; ROSA, 2020). Pensando nas dificuldades enfrentadas por alguns usuários com o uso de telefone móvel, e buscando a ampliação das alternativas para o acesso, foi elaborado como estratégia a disponibilização de vagas (em menor quantidade), além das vagas no formulário *on-line*, para agendamento presencialmente na recepção do CS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 traz a universalidade, equidade e integralidade como princípios do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica (BRASIL, 2017). É de extrema importância analisarmos se o formato de acesso ofertado a população do CS Jardim Atlântico está em conformidade com os princípios da política que organiza a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que estamos inseridos.

A universalidade evidenciada como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Básica pelo acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, assim como, busca responder às necessidades da população (BRASIL, 2017). Para a garantia do acesso universal, além das vagas para agendamento presencial, são ofertadas vagas para acolhimento diariamente.

É relevante considerarmos também os modelos já experimentados pela eSB quanto ao agendamento, em anos que o agendamento era totalmente presencial e uma vez na semana, os quais propiciavam o acesso apenas para os usuários que possuíam disponibilidade em estarem no CS no horário do agendamento. Em contrapartida, com o formulário *on-line* foi oportunizado o acesso para a população que está em outras atividades como, por exemplo, no trabalho que dificultaria a vinda presencial para agendar a consulta.

Conforme a OMS, equidade é o passo principal para o sistema universal (OMS, 2008). Na PNAB, a equidade é descrita como a “oferta de cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (BRASIL, 2017).

A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se considerar que as normas que regem o SUS abrangem a concepção de equidade horizontal, isto significa, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Segundo Kawachi *et al.* (2002), igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis. Em contrapartida, equidade e iniquidade são conceitos políticos que manifestam um compromisso moral com a justiça social. A OMS orienta que os serviços de saúde precisam se voltar para as necessidades e expectativas das pessoas e para políticas públicas que garantam a saúde das comunidades, na perspectiva da equidade, minimizando a exclusão social (OMS, 2008).

A reflexão a partir das observações dos autores citados sobre a equidade e ao relacionarmos com o modelo de acesso atual do CS, indica a necessidade de pensarmos em novas alternativas para evitarmos as iniquidades. Na busca pela oferta de serviço equânime, o aumento no número de vagas de acolhimento foi uma opção adotada, além do mais, o espaço possibilita a identificação dos usuários que necessitam com mais urgência o serviço e a inserção no sistema conforme suas queixas. Entretanto, ainda assim é fundamental a adoção de outras alternativas.

Conforme McCollum *et al.* (2016), os programas de Agente Comunitário em Saúde (ACS) promovem a equidade de acesso à saúde. Nesse sentido, a presença das ACS no território se torna uma das possibilidades no alcance da equidade.

A visita domiciliar (VD) é a atividade principal do ACS (LIMA; GIOVANELLA; FAUSTO; ALMEIDA, 2021), a qual eles mesmos reconhecem maior importância e que compõem a sua rotina de trabalho (RAMOS; MOROSINI; FONSECA, 2017). Por meio da VD o ACS está capacitado a identificar áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhar pessoas doentes aos serviços, acompanhar o tratamento e reabilitação das pessoas atendidas pelas unidades de saúde. Dessa forma, o ACS torna-se um elo entre a comunidade e os serviços de saúde e facilita a criação de vínculo entre usuários e profissionais (BRASIL, 2000).

Todavia, modificações na PNAB em 2017 referentes à configuração das equipes da ESF podem tornar os ACS uma categoria profissional em extinção, não apenas pela redução de agentes vinculados a cada equipe, mas também pela descaracterização de suas atribuições (MOROSINI; FONSECA, 2018; SILVA *et al.* 2020; BRASIL, 2017). Estas questões podem romper vínculos, articulações, acompanhamento, monitoramento, ações educativas e de prevenção, e promover iniquidades em saúde (KESSLER *et al.*, 2022).

Outra estratégia importante para a garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, que possibilita identificar os diferentes níveis de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades (BRASIL, 2013).

O alcance da integralidade ocorre quando as RAS atendem às necessidades de saúde da população adscrita, garantindo sua autonomia. Na PNAB a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (BRASIL, 2017). No empenho para a garantia desse princípio, o oferecimento do tratamento completado associado à organização da demanda de forma programada se torna uma opção viável.

É preciso ter equilíbrio entre demanda espontânea e demanda programada. O modelo fragmentado voltado para o atendimento espontâneo e de condições agudas desequilibra as respostas sociais e de acompanhamento longitudinal do usuário e seus familiares (MENDES, 2011)

Outro ponto de discussão se refere aos dados pessoais, uma vez que no formulário *online* solicitamos que os pacientes preencham e enviem seus dados como, nome completo, endereço, data de nascimento e número de telefone. Esses dados podem ser acessados em qualquer computador, basta possuir o *login* e senha, causando uma preocupação quanto a segurança dos dados pessoais dos pacientes.

No Brasil, a Lei nº 13.709/2018, chamada de Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) aborda sobre o tratamento de dados pessoais, dispostos em meio físico ou digital, feito por pessoa física ou jurídica de direito público ou privado (BRASIL, 2018).

Perante a lei são situações de exceção para a dispensa de consentimento em casos de proteção à vida ou tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da saúde; em serviços de saúde; por autoridades públicas sanitárias; ou, ainda, no caso de estudo por órgãos de pesquisa. Por conseguinte, essas possibilidades, mesmo que sejam em situações de exceção, entram na discussão pela questão do uso das informações sem o consentimento do titular-usuário, o que pode trazer incertezas quanto à privacidade de dados (COELHO; MORAIS; ROSA, 2020).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o formulário *on-line* já está em operação há mais de 1 ano, existem apontamentos consideráveis quanto às potencialidades e desafios/dificuldades em relação ao seu uso. A ferramenta propiciou o acesso de novos pacientes, pois a entrada ao serviço não está limitada ao paciente que pode comparecer presencialmente no CS, dessa forma viabilizou que em outros ambientes os usuários pudessem realizar o agendamento, conseqüentemente um número maior de pessoas pode iniciar o tratamento odontológico.

Aliado a isso, a organização da demanda de forma programada trouxe benefícios ao paciente como, por exemplo, a possibilidade de escolher o horário que se encaixe com a sua rotina, evitando longos tempos de espera na recepção. Concomitante a isso, o tratamento completo, através da oferta de consultas de retorno, uma importante pauta solicitada pela população nas reuniões do CLS.

Entretanto, algumas modificações ainda são necessárias para a otimização do formulário. Pode-se citar a necessidade da padronização de um complemento, dessa forma a operacionalização do formulário *on-line* se torna mais eficiente, não envolvendo tantos profissionais durante o agendamento. Também a reorganização do formulário *on-line* em busca da oferta de um acesso mais equânime, e o amparo de um sistema que forneça segurança aos seus dados pessoais, evitando que ocorra o compartilhamento do mesmo e gere contratempos ao paciente.

E para finalizar, é de suma importância voltarmos a ouvir sua opinião sobre o atual modelo de acesso, para identificarmos quais são suas barreiras durante o uso do formulário *on-line* e se ele está atingindo o objetivo principal, facilitando a entrada do usuário no serviço odontológico do CS Jardim Atlântico.

## REFERÊNCIAS

AHMED, T.; RIZVI, S. J.R.; RASHEED, S.; IQBAL, M.; BHUIYA, A.; STANDING, H.; BLOOM, G.; WALDMAN, L. Digital Health and Inequalities in Access to Health Services in Bangladesh: Mixed Methods Study. **JMIR Mhealth Uhealth**. 2020 Jul 21;8(7):e16473.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95. 2011.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, abr. 2010.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8, p. 815-823, 2003.

BARBOSA, W.; ZHOU, K.; WADDELL, E.; MYERS, T.; DORSEY, E. R. Improving Access to Care: telemedicine across medical domains. **Annual Review Of Public Health**, v. 42, n. 1, p. 463-481, 1 abr. 2021.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P. do; MARTINS, J. de J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 8, n. 3, 2009.

BARRETO, M. L.; BARROS, A. J. D.; CARVALHO, M. S.; CODEÇO, C. T.; HALLAL, P. R. C.; MEDRONHO, R. A.; STRUCHINER, C. J.; VICTORA, C. G.; WERNECK, G. L. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 22 abr. 2020.

BEAUNOYER, E.; DUPÉRE, S.; GUITTON, M. J. COVID-19 and digital inequalities: reciprocal impacts and mitigation strategies. **Computers In Human Behavior**, v. 111, p. 106424, out. 2020.

BRADLEY, M.; BLACK, P.; NOBLE, S.; THOMPSON, R.; LAMEY, P. J. Application of teledentistry in oral medicine in a Community Dental Service, N. Ireland. **British Dental Journal**, v. 209, n. 8, p. 399-404, out. 2010.

BRASIL. **Lei nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Oficial da União, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. **Lei no 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **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). Diário Oficial da União; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Criação da Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPG) no âmbito do SUS. Portaria GM/MS n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico N° 09. Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE**. Diário Oficial da União; Abr. 2020.

CELUPPI, I. C.; LIMA, G. S.; ROSSI, E.; WAZLAWICK, R. S.; DALMARCO, E. M. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n. 3, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO-226**. <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226>. Acessado em: janeiro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO-228**. <https://site.crosp.org.br/uploads/arquivo/9fb935f04d1b8e4d8eed246b9e82aa0f.pdf>. Acessado em: janeiro de 2023.

COELHO, A. L.; MORAIS, I. A.; ROSA, W. V. S. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 183-199, 29 set. 2020.

COOK, J; AUSTEN, G; STEPHENS, C. Videoconferencing: what are the benefits for dental practice?. **British Dental Journal**, v. 188, n. 2, p. 67-70, jan. 2000.

COSTA, C. B.; PERALTA, F. S.; MELLO, A. L. S. F. How Has Teledentistry Been Applied in Public Dental Health Services? An Integrative Review. **Telemedicine And E-Health**, v. 26, n. 7, p. 945-954, 1 jul. 2020.

DANIEL, S. J.; KUMAR, S.. Teledentistry: a key component in access to care. **Journal Of Evidence Based Dental Practice**, v. 14, p. 201-208, jun. 2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

ESTAI, M.; KRUGER, E.; TENNANT, M. Role of telemedicine and mid-level dental providers in expanding dental-care access: potential application in rural australia. **International Dental Journal**, v. 66, n. 4, p. 195-200, ago. 2016.

FAGHERAZZI, G.; GOETZINGER, C.; RASHID, M.; AGUAYO, G.; HUIART L. Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: challenges, recommendations, and a call for papers. **Journal Of Medical Internet Research**, v. 22, n. 6, p. 19284, 16 jun. 2020.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**, 2005. Tese Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: **ESPJV/FIOCRUZ**, 2007. p. 43-67.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro, 2012.

GIRAUDEAU, N.; VARENNE, B. Advocacy for a Digital Oral Health That Leaves No One Behind. **Jdr Clinical & Translational Research**, v. 7, n. 1, p. 25-28, 8 jul. 2021.  
GLERIANO, J. S.; FABRO, G. C. R.; TOMAZ, W. B.; GOULART, B. F.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n., p. 1-8, 2020.

GOMES, M. L. S.; RODRIGUES, I. R.; MOURA, N. S.; BEZERRA, K. C.; LOPES, B. B.; TEIXEIRA, J. J. D.; VASCONCELOS, C. T. M.; ORIÁ, M. O. B. Avaliação de aplicativos móveis para promoção da saúde de gestantes com pré-eclâmpsia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 275-281, jun. 2019.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J.. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**. 2020 Mar 25;368:m1182.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD Contínua TIC 2017: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país**. 20 de dezembro 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de->

[imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet- chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais](https://imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet- chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais)>. Acesso em: outubro de 2022.

IRVING, M.; STEWART, R.; SPALLEK, H.; BLINKHORN, A. Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care: a qualitative systematic review.. **Journal Of Telemedicine And Telecare**, v. 24, n. 3, p. 129-146, 16 jan. 2017.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal Of Epidemiology & Community Health**, v. 56, n. 9, p. 647-652, 1 set. 2002.

KESSLER, M.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4253-4263, nov. 2022.

KINTZLE, S.; RIVAS, W. A.; CASTRO, C.A. Satisfaction of the Use of Telehealth and Access to Care for Veterans During the COVID-19 Pandemic. **Telemedicine And E-Health**, v. 28, n. 5, p. 706-711, 1 maio 2022.

KOPYCKA-KEDZIERAWSKI, D.T.; MCLAREN, S.W.; BILLINGS, R.J. Advancement Of Teledentistry At The University Of Rochester's Eastman Institute For Oral Health. **Health Aff (Millwood)**. 2018 Dec;37(12):1960-1966.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na amazônia, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, 2021.

MARCOLINO, M.S.; ALKMIM, M. B.; ASSIS T. G. P.; SOUSA L. A. P.; RIBEIRO A. L. P. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; 35(5/6):345-352.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 141-144, fev. 2010.

MARTINS P.; AGUIAR A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11ª região de saúde do Ceará. **Sanare**. 2011;10(1):6-12.

MCCOLLUM, R.; GOMEZ, W.; THEOBALD, S.; TAEGTMEYER, M. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. **Bmc Public Health**, v. 16, n. 1, 20 maio 2016.

MENDES, E. V. **Organização Pan-Americana da Saúde. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, D.F.: OPAS; 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 192p.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018.

NARVAI P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.  
NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**. 2015;24(1):165-79.

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. The use of health applications for mobile devices as sources of information and education in healthcare. **Rev Digit Bibliotecon Cienc Inf**. 2017;15:234-245.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para saúde digital 2020-2025**. Genebra: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações sobre intervenções digitais para o fortalecimento do sistema de saúde**. Guideline. Geneva: OMS; 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca**. Lisboa: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Bucal**. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Digital**. Genebra: OMS, 2018.

PAPI, P.; MURRO, B.; PENNA, D.; POMPA, G.. Digital prosthetic workflow during COVID-19 pandemic to limit infection risk in dental practice. **Oral Diseases**, v. 27, n. 3, p. 723-726, 16 jun. 2020.

PESSOA, C.; SOUSA, L.; RIBEIRO, A.; OLIVEIRA, T.; SILVA, J. L.; ALKMIM, M.B.; MARCOLINO, M. S. Description of Factors Related to the use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. **J Int Soc Telemed eHealth**. 2016; 4:e4 (1-9).

PETERSEN, P. E. **Inequalities in oral health: the social context for oral health**. Community oral health, 2nd ed. Berlin: Quintessence Publishing, 2007.

RAMOS, M.; MOROSINI, M.; FONSECA, A. **Processo de Trabalho Dos Técnicos Em Saúde Na Perspectiva Dos Saberes, Práticas e Competências**. Rio de Janeiro: OPAS, Fiocruz; 2017.

ROBERTS, S.; CHABOYER, W.; GONZALEZ, R.; MARSHALL, A. Using technology to engage hospitalised patients in their care: a realist review. **BMC Health Serv Res**. 2017; 17:388.

ROGERS, A.; ENTWISTLE, V.; PENCHEON, D. Improving access needs a whole systems approach: and will be important in averting crises in the millennium winter. **British Medical Journal, London**, v. 319, n. 7214, p. 866-867, 1999.

RONCALLI, A. G.; MOIMAZ, S. A. S.; GOMES, A. M. P.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. Demand organization in public oral health services: analysis of a traditional model. **Rgo - Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 64, n. 4, p. 393-401, dez. 2016.

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. **Atenção básica: política, diretrizes e modelos coletivos no Brasil**. São Paulo: NEPP, Unicamp, 2002.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.523-535, 2002.

SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. O.; SILVEIRA, D. C. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58-69, mar. 2020.  
SINGHAL, S.; MOHAPATRA, S.; QUIÑONEZ, C. Reviewing Teledentistry Usage in Canada during COVID-19 to Determine Possible Future Opportunities. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 19, n. 1, p. 31, 21 dez. 2021.

SOUZA G. B.; JUNQUEIRA S. R.; ARAUJO M.E.; BOTAZZO C. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes. **Saúde Debate**. 2012;36(95):562-71.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 393-413, jun. 2013.

SOUZA, E. C.F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002a.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasil: UNESCO Brasil, 2002b.

TERRERI A. L. M.; SOLER Z. A. S. G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cad Saúde Pública**. 2008;24(7):1581-7.

TONKABONI, A.; ZIAEI, H.; REZAEI, N. Teledentistry during COVID-19. **International Journal of Clinical Practice**, 75, n. 12, 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**,

