

ROBERTA APARECIDA FIGUEIREDO VIEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
BRASIL: *análise comparativa entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB***

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2020

Roberta Aparecida Figueiredo Vieira

**O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
BRASIL: *análise comparativa entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Pública, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Coorientador: Profa. Dra. Mara Vasconcelos

Colaboradora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2020

Ficha Catalográfica

V658p Vieira, Roberta Aparecida Figueiredo.
2020 O processo de trabalho das equipes de saúde bucal no
T Brasil: análise comparativa entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-
AB / Roberta Aparecida Figueiredo Vieira. -- 2020.

87 f. : il.

Orientador: João Henrique Lara do Amaral.
Coorientadora: Mara Vasconcelos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Serviços de saúde bucal. 2. Garantia da qualidade dos
cuidados de saúde. 3. Recursos humanos em Odontologia. 4.
Assistência odontológica. 5. Atenção primária à saúde. I.
Amaral, João Henrique Lara do. II. Vasconcelos, Mara. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O 2º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB

ROBERTA APARECIDA FIGUEIREDO VIEIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 28 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof. João Henrique Lara do Amaral - Orientador
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Mara Vasconcelos
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Daniele Lopes Leal
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 28 de outubro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Mauro Henrique Nogueira Guimaraes de Abreu, Coordenador(a)**, em 24/05/2023, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniele Lopes Leal, Professora do Magistério Superior**, em 25/05/2023, às 14:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Henrique Lara do Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 26/05/2023, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mara Vasconcelos, Professora do Magistério Superior**, em 29/05/2023, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2330278** e o código CRC **EA5F1F61**.

*Dedico este trabalho à minha família,
principalmente à minha mãe, Maria José.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por estar sempre presente comigo, possibilitando mais uma vitória.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, exemplo de humildade, honestidade e força. Ela, através do seu amor, paciência e incentivo sempre foi o pilar da minha vida. Devo a ela tudo o que sou. Minha eterna gratidão e saudades sem fim.

Ao meu marido Marcelo, pelo incentivo, auxílio que sempre me deu, através de sua paciência e companheirismo. Agradeço por me dar o maior presente da minha vida, Maria Antônia.

À minha filha Maria Antônia, por ser um incentivo naquilo que eu faço e vivo. Obrigada por eu ser a sua mãe.

Às minhas irmãs Paula e Klíssia, pelo apoio, incentivo, paciência e compreensão pela minha ausência nesse período de estudo.

Aos amigos presentes na minha vida e às amizades que fiz durante o mestrado. Amigos para sempre!

Ao João, com sua calma e capricho, sempre me motivou. Agradeço pelos ensinamentos e atenção. Com ele, pude entender realmente o significado da palavra “coragem”!

À Mara, pela orientação, incentivo e apoio durante a elaboração desse trabalho.

À Raquel, pela relevante contribuição e disponibilidade em compartilhar seu conhecimento.

À UFMG, por ser um exemplo de universidade vigorosa, por proporcionar retorno social, em especial ao Departamento de Odontologia Social preventiva, por ter aberto suas portas, permitindo que eu realizasse um sonho. Que o mestrado profissional tenha sido somente o começo da minha caminhada na instituição. Muito obrigada!

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”

Augusto Cury

RESUMO

O objetivo deste estudo foi fazer uma análise comparativa do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (eSB), entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, em relação à maior ou menor adesão das equipes à Política Nacional de Saúde Bucal. Trata-se de um estudo de abrangência nacional envolvendo as cinco regiões brasileiras, com base em dados secundários da fase de avaliação externa, obtidos de bases públicas. As questões do Módulo VI do instrumento de avaliação externa foram analisadas e selecionadas aquelas com semelhanças possibilitando a comparação entre os ciclos. Seis variáveis foram selecionadas. No 2º ciclo, os registros de cada eSB estavam identificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Neste ciclo, não estava disponível variável que identificasse cada eSB. Quando uma Unidade Básica de Saúde (UBS) possuía informações para mais de uma eSB, optou-se pela resposta mais positiva para representar as equipes desta UBS. No 3º ciclo adotou-se o mesmo procedimento. Desta forma, obteve-se, em ambos os ciclos, um único registro por CNES para efeito de comparação. Um total de 14.649 eSB possuíam dados completos para as variáveis de interesse nos dois ciclos. Os dados foram submetidos à análise descritiva para obtenção das frequências de execução das seis atividades do processo de trabalho. O teste pareado McNemar foi utilizado para testar a significância das mudanças entre os dois ciclos avaliativos. O Índice de Disparidade (ID) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças nas proporções de execução das atividades pelas eSB, entre as regiões do país e entre os dois ciclos avaliativos. Entre os dois ciclos as informações locais deixaram de ser usadas para planejamento das ações das eSB e essa também foi a atividade menos incorporada entre os ciclos. A autoavaliação das eSB foi uma atividade não realizada por um maior percentual de equipes no 2º ciclo, porém com maior incorporação dessa atividade entre o 2º e 3º ciclos. Considerando a análise regional, nos dois ciclos, observou-se os maiores percentuais de realização das atividades pelas eSB da região Nordeste, ultrapassando dados nacionais na maioria das atividades avaliadas. Constatou-se desigualdade entre as regiões, principalmente na utilização de planejamento baseado em informações locais. A autoavaliação obteve avanço entre os ciclos e persistem desafios quanto ao uso de informações locais para o planejamento. O estudo também possibilitou a organização de uma atividade para a educação permanente dos trabalhadores da área da saúde do Município de Betim, gestores e estudantes de odontologia com estágio no SUS do município. Essa atividade permitiu que as eSB refletissem sobre o seu processo de trabalho e em relação à sua maior ou menor adesão à PNSB. A reflexão por parte das equipes foi acompanhada pelos gestores do município e estudantes de odontologia.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Serviços de saúde bucal. Atenção primária à saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

The work process of oral health teams in Brazil: comparative analysis between the 2nd and 3rd cycles of the PMAQ-AB

The aim of the present study was to perform a comparative analysis of the work process of oral health teams (OHTs) between the 2nd and 3rd cycles of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) with regards to greater or less adherence on the part of the teams to the National Oral Health Policy. A study with a national scope was conducted involving the five regions of Brazil using secondary data from the external evaluation phase obtained from public databases. The items on Module VI of the external evaluation instrument were analyzed and those with similarities enabling comparisons between the cycles were selected. Six variables were chosen. In the 2nd evaluative cycle, the records of each OHT were identified through the National Health Establishment Registry (NHER). In this cycle, there was no variable that identified each OHT. When a primary care unit had information on more than one OHT, the most positive response was used to represent the teams of the unit. The same procedure was adopted in the 3rd evaluative cycle. Thus, a single record per NHER was obtained in both cycles for the purposes of comparison. A total of 14,649 OHTs had complete data on the variables of interest in the two cycles. The data were submitted to descriptive analysis to obtain the frequencies of execution of the seven work process activities. McNemar's test was used to determine the significance of changes between the two evaluative cycles. The disparity index (DI) was employed to estimate and compare the magnitude of the differences in the proportions of execution of the activities among the regions of the country and between the two evaluative cycles. This index indicates the mean deviation in the observed proportions in a region in relation to the reference proportion in percentage. Between the two evaluative cycles, was no using local information for the planning of actions of the OHT and this was the least incorporated activity either cycle. Self-evaluation by the OHTs had the lowest proportion of execution in the 2nd cycle but incorporated this activity the most between the 2nd and 3rd cycles. In the regional analysis, the highest percentages of execution of the activities were found in the northeastern region in both cycles, surpassing the national data for the majority of the activities analyzed. Within each evaluative cycle, the largest disparities among the regions regarded the performance of self-evaluations and planning based on local information. Between the evaluative cycles, the DI indicated a reduction of approximately 50% in the disparity among the regions regarding self-evaluation, whereas a 21.8% increase in disparity was found regarding planning based on local information. Inequality was found among the regions, especially in the use of planning based on local information. Improvements occurred between cycles regarding the execution of self-evaluation, whereas challenges persist in terms of the use of local information for planning. This study also enabled the organization of a workshop for the continued education of employees in the health field in the municipality of Betim/MG as well as administrators and students of dentistry performing internships in the public healthcare system in the municipality.

Keywords: Oral health. Oral health services. Primary care. Quality assurance in health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo Conceitual de Donabedian para avaliação da qualidade da atenção à saúde.....	15
Quadro 1 - Fases de Organização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2011, 2013 e 2017.	28
Quadro 2 - Módulos do Instrumento de coleta de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade do 2º e 3º ciclos, 2013 e 2017.	29
Quadro 3 - Elenco das variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eSB - Módulo VI - 2º ciclo do PMAQ-AB - 2013.....	30
Quadro 4 - Elenco das variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eSB - Módulo VI - 3º ciclo do PMAQ-AB - 2017.....	32
Quadro 5 - Variáveis selecionadas nos dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ-ESF	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
EAB	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IEP	Instituição de Ensino e/ou Pesquisa
ID	Índice de Disparidade
INE	Identificador Nacional de Equipe
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB Variável	Piso de Atenção Básica Variável
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	<i>Objetivo geral.....</i>	17
2.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	<i>Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde.....</i>	18
3.2	<i>Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal e organização dos Sistemas de Saúde</i>	20
3.2.1	<i>A influência da formação profissional no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal</i>	23
3.3	<i>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....</i>	24
4	METODOLOGIA.....	29
5	RESULTADOS	39
5.1	<i>Produto científico.....</i>	39
5.2	<i>Produto técnico.....</i>	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES	63
	ANEXO	82

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores conquistas sociais do Brasil e oferta ações de serviço de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2000a; BRASIL, 1990). Enquanto política de saúde, o SUS é permanentemente desafiado a avançar no seu processo de consolidação e embate para que sejam garantidos os direitos já alcançados pela população na área da saúde. Nesse sentido, permanecem como orientadores de sua ação e desenvolvimento os seus princípios finalísticos (universalidade, equidade e integralidade) e operacionais (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social) (BRASIL, 2000a).

Como parte da operacionalização dos princípios do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cumpre o papel de fazer chegar a todos as pessoas os serviços básicos de saúde, de forma descentralizada e com capilaridade. Além de se orientar pelos princípios da universalidade, integralidade do cuidado e equidade a PNAB deve promover a acessibilidade, o vínculo, a responsabilização, a humanização e participação social. Atua na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos e na manutenção da saúde por meio de programas, ações, práticas e cuidados em saúde (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; BRASIL, 2012a). Na PNAB os sujeitos são considerados na sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012a).

Os sistemas de saúde devem se organizar por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015). No Brasil, as RAS são uma alternativa aos modelos de atenção fragmentados que se mostraram incapazes de superar os problemas sanitários. As RAS têm a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da atenção em rede (BRASIL, 2010a).

A PNAB tem na Saúde da Família uma estratégia para a sua reorganização, expansão e consolidação (BRASIL, 2012a). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) promove a reorganização do modelo de atenção à

saúde por meio da ampliação do acesso, qualificação das ações da atenção básica e valorização da promoção à saúde, se orientando pelos princípios constitucionais do SUS. Sua ação e inserção na comunidade promove o vínculo com a população adscrita, atende às necessidades individuais e coletivas, promove o acolhimento, atua nas questões socioambientais e no desenvolvimento comunitário de forma articulada ao controle social (BRASIL, 2005a).

Em todos os países do mundo há mudanças constantes nos cuidados de saúde, onde se exigem respostas rápidas aos fenômenos da transição demográfica e epidemiológica, evolução tecnológica e aumento das expectativas sociais em relação à saúde. Há uma exigência de sistemas de saúde com a Atenção Primária à Saúde (APS) forte e organizada (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

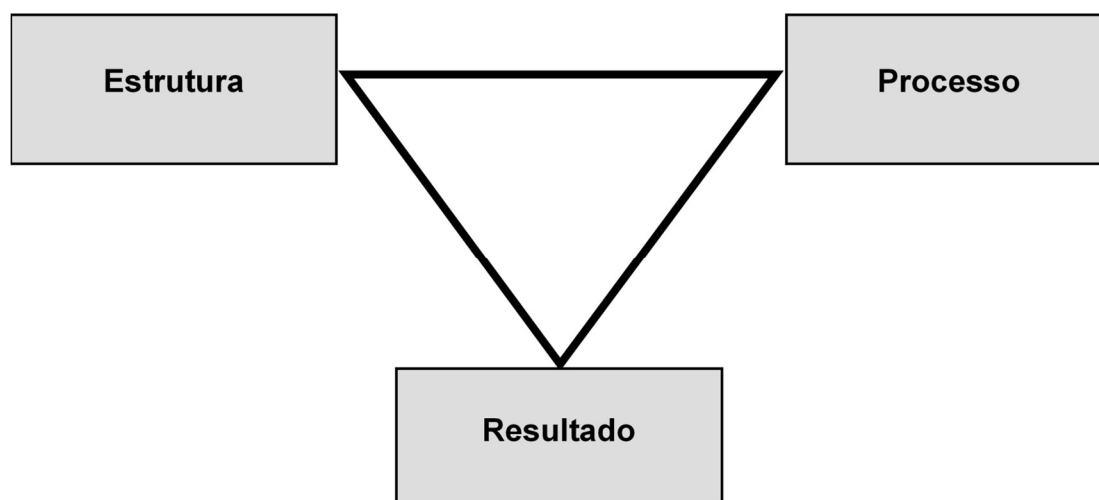
Como parte do esforço de ampliação das políticas públicas na área da saúde, em 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A PNSB tem como eixos principais, a reorganização da atenção básica, por meio das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF, a organização da atenção especializada pela implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), a promoção e proteção da saúde por meio da educação em saúde, oferta de procedimentos individuais e coletivos e ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público e vigilância em saúde bucal. Essas ações deverão ser orientadas por estudos epidemiológicos periódicos (BRASIL, 2018; CHAVES *et al.*, 2017; PUCCA JÚNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010; BRASIL, 2004).

Em 2011, diante da reorganização da APS e consolidação da ESF, por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, publicado no Diário Oficial da União, em 20 de julho de 2011, foi instituído no âmbito do SUS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a finalidade de avaliação dos serviços de APS objetivando a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica. Buscava-se um padrão de qualidade nacional, regional e local, com pagamento de incentivo financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), repassados ao Distrito Federal e municípios participantes com melhores desempenhos (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2011a).

O PMAQ-AB é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nas três esferas de governo que mensura os efeitos das políticas de saúde, subsidia a tomada de decisão, permite a transparência dos processos de gestão do SUS, dá visibilidade aos resultados alcançados e fortalece o controle social com foco na utilização do sistema pelos usuários (BRASIL, 2015a).

Para o desenvolvimento do processo avaliativo do PMAQ-AB foi escolhido o modelo de Donabedian, ou da tríade “estrutura-processo-resultados” (BRASIL, 2011a). Por meio desse modelo faz-se a avaliação com foco na oferta de serviços e práticas assistenciais (BRASIL, 2009). Na tríade de Donabedian a avaliação de estrutura engloba as condições dos equipamentos e ambientes onde os serviços são prestados. A avaliação de processo considera a qualidade dos serviços prestados, de forma individual ou coletiva, quanto à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes. Os resultados são avaliados pelas mudanças nas condições de saúde da população (AGUIAR; MARTINS, 2012).

Figura 1 - Modelo conceitual de Donabedian para avaliação da qualidade da atenção à saúde



Fonte: Adaptado de Donabedian (2003).

No contexto das ações e programas da PNAB, o PMAQ-AB é a principal estratégia para induzir mudanças no processo de trabalho das equipes visando a progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão e cuidado (BRASIL, 2012b). Até o momento foram realizados três ciclos

avaliativos do PMAQ nos anos de 2011-2012, 2013-2014 e 2017-2018 e em todos eles o cuidado à saúde bucal foi considerado.

Diante da dimensão regional do Brasil, diferentes contextos populacionais e a necessidade de um acompanhamento do desenvolvimento da PNSB, este estudo fez uma análise comparativa do processo de trabalho das eSB entre dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB (2013 e 2017) quanto à maior ou menor adesão à PNSB.

2 OBJETIVOS

2.1 *Objetivo geral*

Identificar as mudanças no processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, na atenção primária, entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB.

2.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar o processo de trabalho das eSB na atenção primária à saúde.
- Mensurar o desempenho das eSB nas regiões brasileiras, no 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, quanto ao planejamento das ações, tipo de consulta ofertada, oferta de consulta de retorno, participação em reuniões da Equipe de Atenção Básica, autoavaliação e planejamento baseado em informações locais.
- Organizar e desenvolver atividade formativa, compartilhando os achados do estudo, para educação permanente dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Betim/MG.
- Subsidiar a Coordenação do Programa de Saúde Bucal do município para o planejamento de estratégias de melhoria do acesso e qualidade da atenção.
- Oferecer atividade formativa para alunos do curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras/Betim que atuam no SUS/Betim.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 *Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde*

No Brasil, a Odontologia se organizou como prática liberal, prevalecendo o setor privado de prestação de serviços. Como serviço oferecido à população, a saúde bucal tem suas raízes na Previdência Social. No início da década de 1950, foi instalada a Sessão de Odontologia dos Serviços Especiais de Saúde Pública e, no ano seguinte, implantou-se o modelo de atenção baseado no Sistema Incremental voltado para grupos populacionais mais vulneráveis. Esse modelo, ao longo do tempo, centrou suas ações de forma predominante na dimensão curativa da prática odontológica com pouca valorização das ações de caráter preventivo (CHAVES, 2016; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Durante décadas, o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde bucal foi limitado, fazendo com que a população procurasse a assistência à saúde somente em caso de dor. A falta de serviços odontológicos ou a demora na espera de atendimento foi um fator que contribuiu para que a extração dentária se tornasse uma prática corrente nos serviços de saúde. Essa prática foi consolidada por um perfil profissional do cirurgião dentista voltado de forma exclusiva para a atuação clínica no consultório odontológico (BRASIL, 2015b).

A fluoretação da água é fundamental para a saúde bucal. Nesse sentido, a partir de 1974, ela se tornou obrigatória no Brasil de acordo com a Lei Federal nº 6.050, publicada em 24 de maio de 1974, que instituiu a fluoretação em sistemas de abastecimento quando existissem estações de tratamento (BRASIL, 1974). A fluoretação da água também é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2015b). Além da fluoretação da água o flúor também foi incorporado na pasta dental a partir de 1988 (CHAVES, 2016; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Em 1986, os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) sistematizaram uma proposta de política pública para a área da saúde que foi consolidada como um direito de cidadania pela Constituição Brasileira promulgada em 1988. Ainda no mesmo ano, realizou-se a 1ª Conferência

Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB) onde a saúde bucal foi reafirmada como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e reconhecida sua relação com os determinantes sociais de saúde. Além disso, a 1ª CNSB apontou para a necessidade do reconhecimento da atenção à saúde bucal como parte integrante do SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005).

Para responder à necessidade de reorganização da atenção primária no país foi implantada, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). É parte da ESF a organização de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde (UBS). Cada equipe é responsável pelo atendimento de um número definido de famílias, em um território, com foco nas necessidades sociais e epidemiológicas dessa população (SILVA *et al.*, 2018; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

A adoção do modelo assistencial com a ESF permitiu maiores investimentos e expansão em recursos humanos e da rede de atenção básica, o que tem exigido o monitoramento de resultados e avaliação dos impactos na saúde e bem-estar da população (COLUSSI; CALVO, 2011). A inclusão do cuidado com a saúde bucal na ESF, por meio a Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, permitiu o aporte de recursos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal (BRASIL, 2000b). A inclusão da saúde bucal na ESF trouxe novas perspectivas e desafios para as equipes de saúde bucal (eSB) e processos de gestão dos serviços de saúde (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, em 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil Sorridente. A PNSB possibilitou a expansão e criação de novos serviços de saúde bucal em rede assistencial que articula três níveis de atenção e ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018; BRASIL, 2004).

Embora a inserção das eSB na ESF tenha como objetivo a qualificação da atenção à saúde bucal com melhoria do acesso aos serviços e redução das desigualdades ela ainda acontece com maior impacto em setores com maior fragilidade social. Essa situação exige um esforço da equipe além de seu domínio técnico, sendo necessário uma reorganização do processo de trabalho e conhecimento das necessidades do território (CASOTTI *et al.*, 2014; PERES *et al.*, 2012; BALDANI; ANTUNES, 2011). Colussi e Calvo (2012)

mostraram que a desigualdade quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal pode ser motivada por fatores relacionados à organização das políticas e, principalmente, em relação ao processo de trabalho. Portanto, a avaliação dos serviços de saúde deve considerar não só as condições estruturais de oferta dos serviços de saúde, como também o processo de trabalho em saúde (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; GOUVEIA *et al.*, 2005).

3.2 *Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal e organização dos Sistemas de Saúde*

O modo de desenvolvimento das atividades profissionais pode ser entendido como processo de trabalho pelo qual se obtém um produto. O produto carrega em si uma finalidade ou objetivo e visa satisfazer uma necessidade ou expectativa humana. Para que o processo de trabalho se realize são necessárias ferramentas e estruturas físicas, o conhecimento e as habilidades de quem trabalha. Além disso, as estruturas sociais são determinantes na concepção e desenvolvimento do trabalho. A articulação desses elementos compõe o processo de trabalho e se aplicam às ações de saúde e suas relações com os usuários e profissionais de saúde (FARIA *et al.*, 2009).

Bulgareli *et al.* (2014) apontam em seu estudo a importância da organização do processo de trabalho para a resolutividade das equipes de saúde. Discutem sobre o trabalho em saúde, a necessidade em observar que a produção do cuidado está diretamente ligada à concepção de trabalho e à subjetividade de cada profissional, podendo esses componentes impactar positivamente no cuidado dos usuários. No trabalho em equipe, a abordagem dos problemas passa a ser compartilhada, porém sem perda do núcleo específico da atuação profissional (BRASIL, 2008).

Com o surgimento da PNSB, diretrizes de assistência deram uma nova orientação ao processo de trabalho, tornando as ações dos profissionais na atenção à saúde bucal em equipe um dos elementos mais importantes da política. Foi estabelecido que as ações das eSB devem ser fortalecidas pelas práticas democráticas e de participação e orientadas para responder às necessidades de saúde da população (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2009; BRASIL, 2004).

Apesar de as Unidades de Saúde da Família terem recebido melhorias em suas instalações desde 2003, e novos equipamentos para o atendimento à saúde bucal, muitas eSB possuem população adscrita além do que é recomendado. Isso também acontece quando uma eSB tem sob sua responsabilidade o atendimento da população dos territórios de duas eSF. Essa situação compromete a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações de saúde (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

A estrutura física do local de trabalho pode interferir na produtividade das eSB (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). O PMAQ-AB oferece uma oportunidade para a melhoria das condições de trabalho das equipes em razão dos incentivos financeiros repassados aos municípios. Esses incentivos podem ser revertidos em suprimentos e infraestrutura, podendo colaborar para um melhor desempenho dos serviços de saúde (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

A organização do processo de trabalho das eSB permanece como um desafio embora tenham sido alcançados avanços em indicadores estabelecidos pelo PMAQ-AB. Santos *et al.* (2019) avaliaram o processo de trabalho das eSB participantes do PMAQ-AB e os resultados da pesquisa mostraram que a maioria das equipes, entre 2013 e 2014, planejaram as suas ações de acordo com as necessidades da comunidade e realizaram autoavaliação e monitoramento. Entretanto, essa realidade ainda está distante de ser uma atividade assumida pela totalidade das eSB.

O maior acesso aos serviços de saúde bucal não tem sido acompanhado de uma melhoria significativa nos níveis de saúde bucal devendo ser considerada a determinação social das condições de saúde e a necessidade de revisão do processo de trabalho das eSB (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). Entre os fatores que podem contribuir com a manutenção desse quadro epidemiológico é o atendimento estruturado de forma exclusiva na demanda espontânea. Além disso, o foco exclusivo nas ações clínicas curativas ainda é uma prática hegemônica nos serviços de saúde bucal. As ações da equipe são orientadas para o atendimento da doença e não para a promoção da saúde (BULGARELI *et al.*, 2014).

A atenção à saúde bucal com integralidade só é alcançada por processos dinâmicos que considerem o fluxo da assistência ao usuário centrado

em suas necessidades (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). Nesse sentido, a PNSB propõe duas formas de inserção da atenção à saúde bucal: por linhas de cuidado (com reconhecimento das especificidades próprias das idades) e por condição de vida (saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras) (BRASIL, 2004). Em relação a essa diretriz, Scherer *et al.* (2018) ponderam sobre a existência de um conflito de normas, uma vez que ao mesmo tempo em que se preconiza a necessidade da eSB oferecer um atendimento integral, organizado de acordo com as necessidades de saúde da população, propõe-se um serviço de forma fragmentada, por ciclos de vida e agravos.

A inserção tardia das eSB na ESF, provavelmente, acarretou uma maior dificuldade de integração desses profissionais às eSF já organizadas e com seus processos de trabalho estruturados (BALDANI *et al.*, 2005). Outro fator que contribui com a pouca articulação entre as duas equipes foi a incorporação da eSB na ausência de um planejamento, que considerasse a ESF e a organização do processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2018).

As ações da eSB devem acontecer de forma articulada com o trabalho das eSF. Nesse sentido, faz-se necessário o encontro entre as duas equipes. Esse momento deve propiciar a discussão de questões referentes a organização do processo de trabalho, planejamento, discussão de casos, entre outros (BRASIL, 2018). O levantamento e discussão das fragilidades na articulação das ações entre as equipes favorece o planejamento e avaliação das ações. Embora os princípios do trabalho colaborativo sejam explicitados e recomendados a avaliação e o planejamento periódicos entre as duas equipes nem sempre acontece (BALDANI *et al.*, 2018). Nesse sentido, é reforçada a necessidade de um trabalho articulado entre as eSB e as eSF. Scherer *et al.* (2018) identificaram obstáculos na marcação de consulta odontológica e no acolhimento à demanda espontânea, sugerindo falta de articulação na organização do trabalho e tomada de decisões.

Um primeiro passo para essa integração é o conhecimento mútuo sobre os processos de trabalho, seguido do estabelecimento de agenda conjunta e de ações com potência para o alcance da integralidade na atenção à saúde (SCHERER *et al.*, 2018). Segundo Reis (2007), as ações colaborativas para que sejam atingidos os objetivos propostos pelas políticas de saúde devem ser

valorizadas pelas equipes, gestores e usuários. As equipes devem ter clareza em relação às ações a serem planejadas e a finalidade do seu trabalho (FORTUNA *et al.*, 2005). Além da organização da agenda, é necessário o estabelecimento das competências de cada um dos membros da equipe para resolução dos casos (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Estudo realizado para o Estado de Pernambuco com dados da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-AB mostrou que a maioria das eSB organizavam, compartilhavam suas agendas e faziam planejamento com as equipes da APS, além de colaborarem mutuamente no acolhimento à demanda espontânea e orientação quanto a continuidade do cuidado (SOBRINHO *et al.*, 2015). O acolhimento é uma atividade que deve ser orientada por uma disposição do profissional em se fazer corresponsável pela saúde do usuário. No cuidado integral o acolhimento é indicativo de um serviço com qualidade e momento de fortalecimento do vínculo entre a equipe e o usuário (LIMA *et al.*, 2007; GOUVEIA *et al.*, 2005).

Baldani *et al.* (2018) mostraram, em relação do 2º Ciclo do PMAQ, a existência de desigualdades no Estado do Paraná, em relação à organização do processo de trabalho e desempenho das eSB, se considerados o porte dos municípios e sua condição de maior ou menor carência.

3.2.1 A influência da formação profissional no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal

O sistema de ensino superior tem papel determinante na consecução das Políticas de Saúde, uma vez que a formação profissional deve considerar os princípios dessas políticas. Os cursos de Odontologia, no Brasil, muitas vezes não cumprem com seu papel na formação de cirurgiões dentistas, cuja prática é alienada da realidade socioepidemiológica da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005). O processo de formação não mobiliza os futuros profissionais para o trabalho em equipe e reforça o isolamento das eSB em relação a outros profissionais. Mais recentemente, têm surgido movimentos promissores de valorização do trabalho multiprofissional favorecendo a aproximação entre as eSB e as eSF (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Apesar dos avanços na oferta de serviços de saúde bucal, ainda persistem desafios a serem superados em razão dos limites na formação profissional e no processo de trabalho das equipes, ausência de educação continuada e predominância de ações curativas (HIROOKA *et al.*, 2017).

3.3 *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*

Avaliar os serviços de saúde tem como propósito fundamental avançar na qualificação das ações e cuidados prestados à comunidade (BRASIL, 2005b). No Brasil, com o objetivo de instituir processos de avaliação dos serviços de saúde, em 1999, foi proposto o Pacto de Indicadores da Atenção Básica tornado referência no monitoramento e avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2007). Uma segunda iniciativa foi o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que consistiu em pesquisas avaliativas e específicas dos serviços de saúde (PEREIRA; GROISMAN, 2014). No PROESF as informações obtidas no território pela eSF foram utilizadas para diagnóstico das condições de saúde-doença da população.

Com objetivo de implantação e consolidação de uma política de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, em 2005, o Ministério da Saúde implantou o programa Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), oferecendo aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade do trabalho das eSF (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Adotando o princípio de que avaliar é fazer um julgamento de valor, a avaliação normativa ou avaliação para gestão, consiste no julgamento sobre uma intervenção comparando recursos e organização (estrutura), serviços (processo) e efeitos (resultados) com critérios e normas estabelecidas (DONABEDIAN, 1978). A tríade de Donabedian foi assumida como o modelo para avaliação dos serviços de saúde no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011 (BRASIL, 2017b).

O PMAQ-AB tem como objetivo induzir a qualidade dos serviços de saúde e institucionalizar a avaliação da atenção primária em saúde no SUS,

propõe o uso aprimorado dos Sistemas de Informação e a participação social, a partir da percepção e satisfação do usuário. Além disso, estimula o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de saúde e gestores, buscando estratégias de equidade e cobertura universal à saúde e, na situação específica da PNSB, estabelecendo o desenvolvimento dessa política como uma prioridade da gestão (GIORDANI; HUGO, 2019; ABREU *et al.*, 2018; NEVES).

Os desafios do PMAQ-AB estão relacionados às condições físicas/estruturais das UBS, ambiência pouco acolhedora, falta de organização do processo de trabalho das equipes, rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo com os usuários e falta de integração entre as equipes, apontando necessidade de aprimoramento dessas questões (BRASIL, 2017c).

O PMAQ-AB se organiza em quatro fases no primeiro e segundo ciclos: adesão e contratualização/recontratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Diferentemente do primeiro e segundo ciclos, o terceiro comportou 3 fases: adesão e contratualização, certificação e avaliação externa e recontratualização. Nos três ciclos essas fases se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária (BRASIL, 2017c).

Em relação ao primeiro e segundo ciclos, a primeira fase é de adesão ao programa das equipes de saúde incluindo as eSB e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nessa fase também são contratualizados indicadores e firmados compromissos entre as equipes, com os gestores municipais e estes com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

Na segunda fase são desenvolvidas ações pelas equipes e gestores no sentido de promover mudanças no processo de gestão, no cuidado à saúde e melhoria no acesso aos serviços. Essa fase compreende a autoavaliação onde as equipes identificam suas fortalezas e fragilidades; monitoramento, com o propósito de avançar na produção de mudanças nos serviços; educação permanente, que permite o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a mudança e, por fim, o aporte de apoio institucional e iniciativas das equipes (BRASIL, 2015a).

A terceira fase é da avaliação externa. A coleta de informações nessa etapa é realizada por avaliadores sem vínculo com a instituição executora do

programa ou projeto avaliativo (COLUSSI; CALVO, 2012). São parceiras nesse momento as instituições acadêmicas de ensino e pesquisa (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017). Essas instituições selecionam avaliadores para realizar a coleta de informações. Os avaliadores são capacitados para a utilização de instrumento que permite a verificação dos padrões de acesso e qualidade alcançados pelos serviços. Propõe-se nessa etapa o reconhecimento e valorização dos esforços e resultados das ações das equipes e gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Primária (ABREU *et al.*, 2018; BRASIL, 2017a; MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015; FAUSTO *et al.*, 2014). São observadas a infraestrutura e as condições de funcionamento das UBS, realizadas entrevistas com profissionais e usuários e a verificação de documentos comprobatórios das ações (BRASIL, 2015a). Os dados coletados na avaliação externa guardam similaridade com as informações da autoavaliação visando a observação de coerência entre as informações registradas. Essas informações permitem que os resultados obtidos sejam monitorados e comparados ao longo de novos ciclos do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a).

A quarta fase é o espaço da recontractualização após a certificação das equipes. Com base na avaliação de desempenho das equipes é realizada uma nova contractualização de indicadores e compromissos. O resultado da avaliação da equipe permite a comparação com as demais equipes e uma referência para o monitoramento da evolução da própria equipe (BRASIL, 2015a).

No terceiro ciclo do PMAQ-AB foi definido um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, que articulou ações de autoavaliação, apoio institucional das equipes e da gestão, ações de educação permanente, monitoramento de indicadores e cooperação horizontal pela troca de experiências para a melhoria da qualidade da atenção. A avaliação externa teve como referência a avaliação dos dois ciclos anteriores e com adequação para esse ciclo. Nesta etapa foram aplicados instrumentos para verificação do acesso e qualidade, observações da infraestrutura e condições de funcionamento das UBS, entrevistas com os profissionais participantes e verificação de documentos (BRASIL, 2017c).

Desde a implantação do PMAQ-AB foram concluídos três ciclos do Programa, com duração de 24 meses cada. No primeiro ciclo, ocorrido entre os anos 2011 e 2012, os avaliadores e as equipes orientaram a avaliação tendo como referência quarenta e sete indicadores de qualidade (TELLES *et al.*, 2016). No segundo ciclo, ocorrido entre 2013 e 2014, os padrões de qualidade foram definidos por meio de análise do processo de avaliação externa do primeiro ciclo. Os padrões de qualidade foram classificados em: 1) Obrigatórios, que condicionaram a permanência da equipe no programa e se referem à alimentação do sistema de informação (SIAB ou e-SUS) e à existência de sinalização externa do ambiente através de totem e placa; 2) Gerais, que têm um peso menor no processo de certificação e que atribuem certificação às equipes, se atendidos; 3) Essenciais, que foram fortemente cumpridos pelas equipes durante o 1º ciclo avaliativo e são as condições mínimas para o acesso aos serviços e qualidade da atenção. Os padrões de qualidade, se não atendidos, poderiam levar a equipe à perda da certificação ou até ao desligamento do programa (BRASIL, 2013b).

No 3º ciclo do PMAQ-AB, os padrões de acesso e qualidade foram: 1) Essenciais, relacionados às condições mínimas de acesso e qualidade da atenção básica; 2) Estratégicos, considerados dessa forma para que a equipe consiga avançar para os padrões de acesso e qualidade esperados na atenção básica; 3) Gerais, que se constituem naqueles presentes na matriz de pontuação para a certificação da equipe e 4) Obrigatórios, uma vez que condicionam a permanência da equipe no programa, a alimentação do sistema de informação da atenção básica (e-SUS AB e SISAB) e presença de cadeira odontológica (BRASIL, 2017a). As fases do PMAQ- AB do primeiro, segundo e terceiro ciclo estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Fases de Organização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2011, 2013 e 2017.

Ciclos do PMAQ - AB	
1º e 2º Ciclos (2011, 2013)	3º Ciclo (2017)
1- Adesão e Contratualização/ Recontratualização 2- Desenvolvimento 3- Avaliação Externa 4- Recontratualização	1- Adesão e Contratualização 2- Certificação e Avaliação Externa 3- Recontratualização

Fonte: Brasil, 2013. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipe parametrizadas) e NASF; Brasil, 2017. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF.

O processo de autoavaliação das equipes deve ser incentivado pela gestão porque mobiliza os profissionais no sentido de identificar suas fragilidades e propor estratégias para resolução dos problemas (SANTOS *et al.*, 2019; MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

A participação no PMAQ-AB é de adesão voluntária e o repasse de recursos aos municípios depende dos resultados alcançados no processo de avaliação e certificação do programa (BRASIL, 2015a; PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; BRASIL, 2013a). No médio e longo prazo espera-se que, por meio do PMAQ-AB, sejam alcançadas mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, na sua qualificação e na gestão com vistas a atender as necessidades de saúde da comunidade (MEDEIROS; NICKEL; CALVO, 2019).

No Brasil, a avaliação em saúde está em desenvolvimento. Há um reconhecimento da importância da avaliação nas três esferas de governo com foco na avaliação formativa e orientadora de novas práticas em saúde. Nesse caminho, o Brasil alinha-se ao plano internacional de valorização da avaliação dos serviços de saúde como implementado em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França (BRASIL, 2005b).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abrangência nacional envolvendo as cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste), realizado com base em dados secundários sobre processo de trabalho das equipes de saúde bucal obtidos da fase de avaliação externa das eSB nos 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, em 2013 e 2017, respectivamente. No Brasil foram realizados 3 ciclos do PMAQ-AB. A escolha desses dados foi em função da necessidade de comparação entre as variáveis, tendo em vista que as informações coletadas no 1º ciclo foram muito distintas daquelas do 2º e 3º ciclos. Estes dados foram obtidos de bases públicas hospedadas em websites do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil que foram organizados em módulos como apresentado no Quadro 2 (BRASIL, 2013a). Para este estudo foram utilizados os bancos de dados do Módulo VI.

Quadro 2 - Módulos do Instrumento de coleta de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade do 2º e 3º ciclos, 2013 e 2017.

Módulo	Método de coleta	Objetivos
Módulo I	Observação da UBS	Avalia a infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos
Módulo II	Entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos da UBS	Informações sobre o processo de trabalho da equipe e organização do serviço e do cuidado para os usuários
Módulo III	Entrevista com usuário da UBS	Avalia a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde ao seu acesso e utilização
Módulo IV	Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos da UBS	Avalia o processo de trabalho das equipes e cuidado aos usuários
Módulo V	Observação na UBS para a SB	Avalia a infraestrutura, materiais e insumos odontológicos.
Módulo VI	Entrevista com o profissional de SB e verificação de documentos	Avalia o processo de trabalho da SB e cuidado aos usuários

Fonte: BRASIL, instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, 2013 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>>, BRASIL, instrumento de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, 2017 <<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. EAB = Equipe de Atenção Básica; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SB = Saúde Bucal; UBS = Unidade Básica de Saúde.

Nos dois ciclos, os dados sobre processo de trabalho foram coletados por meio de entrevista com profissional da equipe de saúde bucal, preferencialmente o cirurgião dentista (CD), pois este profissional agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho da eSB. O instrumento utilizado foi um questionário desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria

com Instituições de Ensino e Pesquisa. As entrevistas com os profissionais da eSB foram realizadas por uma equipe de avaliadores, sem vínculo com o serviço, previamente capacitada para conduzir a pesquisa (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2013a). Os registros foram feitos por meio de módulo eletrônico em aplicativos instalados em tablets, e enviados para o banco de dados do Ministério da Saúde para análise de consistência e certificação das eSB (SANTOS *et al.*, 2019).

Todas as questões dos Módulos VI do 2º e do 3º ciclo foram analisadas e foram selecionadas aquelas que caracterizassem as atividades diárias das equipes. As variáveis inicialmente selecionadas no 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB estão apresentadas nos quadros 3 e 4, respectivamente.

Quadro 3 - Elenco das variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eSB - Módulo VI - 2º ciclo do PMAQ-AB - 2013.

Cod.	Variáveis	Opções de resposta
VI.4 Vínculo		
4.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Sim. Somente com a equipe de saúde bucal; Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica; Não
VI. 7 Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e opções da gestão para organização do processo de trabalho da equipe		
7.1/3	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?	Semanal; Bimestral; Trimestral; Semestral Anual; A equipe não realiza planejamento
7.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de Saúde Bucal?	Sim; Não
7.3	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim; Não
7.4	A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim; Não
7.6	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal?	Sim; Não
7.8	A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?	Sim; Não
VI.9 Reunião de Equipe		
9,1	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	Sempre; Às vezes; Nunca.
9.2	A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando:	

Cod.	Variáveis	Opções de resposta
9.2/1	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.	Sim; Não
9.2/3	As informações do sistema de informação da atenção básica.	Sim; Não
9.2/4	As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros).	Sim; Não
9.2/5	As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras).	Sim; Não
9.2/6	As questões ambientais do território (incluindo acesso à terra)	Sim; Não
9.2/7	Os desafios apontados a partir da autoavaliação.	Sim; Não
VI. 13 Organização da Agenda		
13.1	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	Apenas consultas odontológicas agendadas; Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea; Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda
13.3	Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?	Todos; Maior parte, os demais são de demanda espontânea; Metade, os demais são de demanda espontânea; Nenhum; Todos são de demanda espontânea
13.4	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?	Sim, Não
13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?	Sim; Não
13.6	Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário; Em qualquer dia da semana, em horários específicos; Dias específicos fixos em até três dias na semana; Dias específicos fixos em mais de três dias na semana; Dia específico fixo uma vez por mês
13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim; Não

Fonte: PMAQ - 2º ciclo. Módulo VI- Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2013 - Cod: Código da variável usado no banco de dados, Variáveis: dicionário das variáveis e Opção de resposta: opção de categorias de respostas.

Quadro 4 - Elenco das variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eSB -
Módulo VI - 3º ciclo do PMAQ-AB - 2017.

Cod.	Variáveis	Opções de resposta
VI.4 Planejamento, Acompanhamento e avaliação		
4.1-	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim; Não
4.2	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Sim; Não
4.3	A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?	Sim; Não
4.5	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim; Não
4.6	Qual o instrumento utilizado?	AMAQ impresso; AMAQ eletrônico; AMAQ; Instrumento desenvolvido pelo município/equipe; Instrumento desenvolvido pelo Estado; Outro instrumento de avaliação
VI.7 Organização da Agenda e Oferta de Ações de Equipe		
7.2	Existe reserva de vagas na agenda da Equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que:	O usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? O usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação? Nenhuma das anteriores
7.3	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	Atendimento agendado/ programado; Atendimento de demanda espontânea
7.6	No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:	Escuta a queixa do usuário; Avalia a necessidade de saúde do usuário (Geral); Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno (Geral); Realiza atendimento clínico (Geral); Encaminha o usuário para outro serviço; Não realiza acolhimento
7.7	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?	Sim; Não
7.9	Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?	O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha; O usuário é atendido por ordem de chegada; A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral); Outros
7.11	Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?	Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais; No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal; Pelo Agente Comunitário; Outro

Cod.	Variáveis	Opções de resposta
7.12	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade ao tratamento odontológico?	É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio); No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento; Outro(a)

Fonte: PMAQ - 3º ciclo. Módulo VI- Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2017 - Cod: Código da variável usado no banco de dados, Variáveis: dicionário das variáveis e Opção de resposta: opção de categorias de respostas.

Entre as variáveis inicialmente selecionadas foram identificadas aquelas que guardassem semelhanças entre o 2º e 3º ciclos possibilitando comparação. A construção das variáveis foi de acordo com as semelhanças das questões e categorias de respostas do questionário do PMAQ-AB, desconsiderando a organização do roteiro original. A escolha desse critério foi pela paridade das questões. Seis variáveis foram selecionadas. As seis variáveis selecionadas e a correspondência entre as categorias de respostas foram apresentadas no Quadro 5. O código 1 foi atribuído para a resposta positiva, ou seja, quando a equipe desenvolve a atividade no seu processo de trabalho. Em relação à variável oferta de consulta de retorno do 3º ciclo, o código 1 foi atribuído às opções de respostas que indicaram uma condição mais favorável à garantia de uma consulta de retorno para a continuidade do tratamento odontológico dos usuários.

Quadro 5 - Variáveis selecionadas nos dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal.

Variável	Segundo ciclo (2013)			Terceiro ciclo (2017)		
	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas
Planejamento das ações	VI. 7.1/3	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?	- Semanal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual = 1 - A equipe não realiza planejamento = 0	VI. 4.1	A equipe de saúde bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0
Tipo de consulta ofertada pela ESB&	VI. 13.1	A agenda de atendimento clínico garante:	- Apenas consulta odontológica de demanda espontânea = 0 - Apenas consultas odontológicas agendadas = 0 - Consulta odontológica de demanda espontânea e agendada = 1	VI. 7.3	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	- Apenas consulta odontológica de demanda espontânea = 0 - Apenas consultas odontológicas agendadas = 0 - Consulta odontológica de demanda espontânea e agendada = 1
Oferta de consulta de retorno	VI. 13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou o tratamento?	Sim = 1 Não = 0	VI. 7.12	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade ao tratamento odontológico?	- Ao final da consulta anterior = 1 - Pela ESB e comunicada ao usuário = 1 - Posteriormente pelo usuário na UBS = 1 - Pelo usuário na USB no dia de marcação de consulta = 0 - No dia da consulta através de senha = 0
Participação da ESB em reuniões da EAB	VI. 9.1	A ESB participa das reuniões da EAB?	Sempre = 1 Às vezes = 1 Nunca = 0	VI. 4.2	A ESB participa de reuniões em conjunto com a EAB?	Sim = 1 Não = 0

Variável	Segundo ciclo (2013)			Terceiro ciclo (2017)		
	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas
Autoavaliação pelas ESB	VI. 7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela ESB nos últimos seis meses?	Sim = 1 Não = 0	VI. 4.5	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0
Planejamento baseado em informações locais	VI. 9.2/4	A ESB planeja/programa suas atividades considerando as informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico, outros)?	Sim = 1 Não = 0	VI. 4.3	A ESB investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população no território?*	Sim = 1 Não = 0

Fonte: Brasil, Módulo VI - Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2013 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>>. Brasil, Módulo VI - Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2017 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. ESB = Equipe de Saúde Bucal; EAB = Equipe de Atenção Básica; ESF= Equipe de Saúde da Família. Os códigos 0 e 1 foram utilizados para demonstrar as categorias de respostas às questões dos dois ciclos avaliativos definidas como equivalentes. & Para tipo de consulta ofertada pela ESB, a oferta de consulta odontológica de demanda espontânea e agendadas foi considerado o processo de trabalho mais favorável, recebendo código 1. *Código da variável usado no banco de dados e dicionário de variáveis. **Esta questão está na dimensão planejamento, Acompanhamento e Avaliação do questionário.

No 2º ciclo do PMAQ-AB participaram 18.114 eSB. Neste ciclo, os registros de cada eSB estavam identificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é um código que identifica cada Unidade Básica de Saúde. Neste ciclo, não estava disponível uma variável que identificasse cada eSB. Portanto quando uma UBS possuía informações para mais de uma eSB, optou-se pela resposta mais positiva para representar os resultados das equipes desta UBS. Após esse procedimento foram identificadas 16.189 eSB identificadas com um único CNES. Dentre essas, 1.540 eSB estavam com dados incompletos para as variáveis de interesse em cada ciclo.

No 3º ciclo do PMAQ-AB o total de eSB participantes foi de 25.090. Entre essas, 2.097 foram excluídas do estudo. Foram motivos da exclusão: 726 equipes eSB estavam desativadas permanentemente; 601 eSB desistiram de participar da avaliação externa; 76 eSB onde a gestão informou que não desejava que a equipe participasse da avaliação externa; 25 eSB não sabiam que estavam participando do PMAQ; 60 UBS estavam em reforma ou ampliação e a eSB não estava fazendo atendimento em outro local; 424 equipes onde não havia profissional para responder a entrevista; 170 eSB funcionavam permanentemente em outro local; 15 equipes não eram de modalidades elegíveis para o PMAQ-AB (Equipe Fluvial, Equipe Indígena, Equipe do Sistema Penitenciário, Equipe Consultório na rua). Restaram após a exclusão 22.993 eSB.

Embora no 3º ciclo, cada equipe tenha sido identificada pelo Identificador Nacional de Equipe (INE), adotou-se o mesmo procedimento realizado no 2º ciclo, colapsando os dados de duas ou mais equipes e obtendo-se a resposta mais positiva para representar as eSB que estavam vinculadas a um mesmo CNES. Após colapso dos dados naquelas UBS com mais de uma equipe restaram 20.558 eSB. Desta forma, obteve-se, em ambos os ciclos, um único registro por CNES. Entre essas 5.909 estavam com dados incompletos para as variáveis de interesse em cada ciclo. Restaram, portanto, para os dois ciclos avaliativos, um total de 14.649 eSB com dados completos para as variáveis de interesse. O CNES, comum no banco de dados de cada ciclo, foi utilizado para vinculação dos bancos de dados.

Realizou-se análise descritiva para a obtenção das frequências de execução das atividades no processo de trabalho das eSB nos dois ciclos. A execução das atividades pelas eSB foi comparada usando tabelas 2 x 2 entre as respostas obtidas nos ciclos avaliativos 2 e 3. Gráficos demonstraram as mudanças no processo

de trabalho das equipes entre os ciclos. Foi elaborado um gráfico para evidenciar a proporção de eSB que mantiveram ou abandonaram atividades no processo de trabalho. Outro gráfico demonstrou a incorporação das atividades no processo de trabalho das ESB entre os ciclos. O teste pareado McNemar foi utilizado para testar a significância das mudanças entre os ciclos, considerando que são medidas repetidas. A hipótese de nulidade foi que as mudanças em um sentido (eSB incorpora uma ação) são iguais às mudanças em outro sentido (eSB abandona alguma ação). Para avaliar disparidades no processo de trabalho entre as regiões brasileiras, foi calculado o percentual de execução das atividades nos ciclos avaliativos 2 e 3.

O Índice de Disparidade (ID) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças nas proporções de execução das atividades pelas eSB entre os ciclos. Os valores deste índice indicam o desvio médio das proporções observadas em uma região brasileira em relação à proporção de referência, em percentual, ou seja, o espalhamento das proporções em torno do valor de referência. Embora, em princípio, qualquer grupo de referência possa ser escolhido, a literatura recomenda aquele com melhor resultado (PEARCY; KEPPEL, 2002). Neste estudo, o índice foi calculado considerando a região com maior proporção de execução das atividades e a proporção observada no Brasil. As proporções de equipe que mantiveram, incorporaram, abandonaram ou que nunca executaram uma atividade foram obtidas para o Brasil e para as regiões brasileiras. Foram construídas tabelas com a proporção das eSB que realizavam as atividades no seu processo de trabalho nos 2º e 3º ciclos do PMAQ para o Brasil e regiões brasileiras e distribuição percentual das variáveis quanto ao desempenho do processo de trabalho das eSB, por regiões brasileiras permitindo comparação entre o 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico Stata versão 15.0 e o Excel (Microsoft Excel®).

A partir do estabelecimento de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Betim/MG foi possível a proposição de um produto técnico na forma de uma atividade de educação permanente com o objetivo de compartilhar com os trabalhadores do município os resultados deste estudo. A proposta inicial de divulgação dos resultados do estudo foi estruturada e ampliada considerando as expectativas do município, formuladas em três objetivos: a educação permanente dos trabalhadores da área da saúde, oferta de subsídios ao processo de gestão da

atenção à saúde bucal e formação profissional de estudantes de odontologia com atividades de estágio no SUS/Betim.

A organização da atividade cumpriu as seguintes etapas: 1) identificação da atividade, 2) detalhamento dos objetivos, 3) consolidação de um público-alvo, 4) resultados esperados ou pretendidos, 5) metodologia, 6) carga horária, 7) local ou meio de transmissão virtual, 8) programação, 9) definição da equipe responsável pela atividade. Esses itens constam de um formulário padrão já utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim.

Além desses tópicos dois foram pré-definidos pelo município: 1) avaliação e certificação e 2) monitoramento posterior à ação. Estão pendentes a definição da data da atividade e ambiente virtual para realização da oficina.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em um artigo científico submetido ao *Journal Public Health Dentistry* e produto técnico a ser desenvolvido na forma de uma atividade formativa de educação permanente para os trabalhadores da área da saúde do Município de Betim - MG e estudantes do curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras/Betim que atuam no SUS/Betim. A confirmação da submissão do artigo e as normas do periódico estão disponíveis no Anexo A. A versão em língua portuguesa do artigo está disponível como Apêndice A e a proposição da ação educativa no Apêndice B. O ofício do aceite da ação educativa pela Prefeitura Municipal de Betim está disponível no Apêndice C.

5.1 *Produto científico*

DISPARITIES IN THE WORK PROCESS OF ORAL HEALTH TEAMS IN BRAZIL: an analysis of two evaluation cycles

DISPARIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: uma análise de dois ciclos de avaliação

Abstract

Objective: Compare the work process of oral health teams that participated in two evaluation cycles of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), considering disparities among the different regions of Brazil.

Methods: The work process was evaluated in terms of the planning of actions, type of care offered, follow-up appointments, participation in team meetings, self-evaluation and the use of information for planning. McNemar's test was used for comparisons between cycles. The disparity index was employed to compare differences among the different regions of the country.

Results: A total of 14,649 teams participated. In the two cycles, the least-performed activities were self-evaluation and planning, although a greater percentage of the incorporation of self-evaluations was found between cycles. Information was not used for planning by 25.92% of the teams and this was the least incorporated aspect. The northern and midwestern regions has the lowest percentages of teams performing self-evaluation and planning. The northern region stood out regarding adherence to self-evaluation. The northeastern region had the highest percentages regarding the overall execution of activities. Reductions occurred among all regions of the country in disparity regarding self-evaluation, whereas an increase in disparity occurred regarding information-based planning.

Conclusion: Advances were detected in the work process of the teams that participated in the two evaluation cycles of the PMAQ-AB, with a reduction in regional disparities. However, challenges persist regarding the use of local information for the planning of actions.

Keywords: Oral health. Dental health services. Primary health care. Quality assurance, Health Care.

Introduction

The Family Health Strategy was implemented in Brazil with the aim of reorganizing the primary care model with the reorientation of the work process of health teams in the public healthcare system¹. The effort to break from the biomedical model in dental practice was expanded with the establishment of the National Oral Health Policy^{1,2}. However, the hegemony of the biomedical model persists, demonstrating the need for the evaluation of oral health services².

The institutionalization of the evaluation of primary care, including oral health care, occurred through the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), instilling changes in the work process of health teams^{3,4}. Adherence to the PMAQ-AB is voluntary and the number of participating teams has increased with each evaluation cycle.

Moreover, financial incentives are offered to Family Health Teams based on the results achieved⁵.

The PMAQ-AB adopted the Donabedian model with its triad of “structure”, “process” and “outcomes” as reference for the evaluation of the quality of health care. “Process” constitutes health actions and relations with both patients and providers. “Structure” regards the material aspects of the offer of services and “outcomes” refers to the needs of the population⁶. Considering the need to monitor healthcare services⁷, the aim of the present study was to compare the work process of oral health teams (OHTs) that participated in two evaluation cycles of the PMAQ-AB, investigating disparities among the different regions of Brazil.

Methods

A national study was conducted involving the five regions of Brazil using secondary data on the work process of OHTs in two evaluation cycles of the PMAQ-AB (2013 and 2017). The data were obtained from public databases on websites of the Primary Care Department of the Brazilian Health Ministry⁸.

Three evaluation cycles of the PMAQ-AB have occurred in Brazil. The present study considered data from Cycle 2 and 3. The choice of these cycles was based on the need for the comparison of variables. Cycle 1 (2012) was not included because the questions and information collected were quite different from the data collected in Cycles 2 and 3.

In the two evaluation cycles (2013 and 2017), the data were collected through an interview with the dentist or technical professionals on the team^{3,4}. The instrument was a questionnaire and interviews were conducted by evaluators with no ties to the service^{3,4}. The records were stored in an electronic module and sent to the Health Ministry⁹. For the present study, we selected questions that characterized the activities of the teams and addressed similar aspects between

the two cycles to enable comparisons. Six variables were selected. The correspondence between the response categories is displayed in Table 1. Code 1 was attributed to a positive response (team developed the activity). Regarding the variable “offer of follow-up appointment” in the 3rd cycle, code 1 was attributed to answers that indicated a more favorable condition.

Table 1 - Variables selected in two evaluation cycles of PMAQ-AB regarding work process of oral health teams.

Variable	Second cycle (2013)			Three cycle (2017)		
	Code*	Questions	Response categories	Code*	Questions	Response categories
Planning of actions	VI. 7.1/3	Team performs activity of planning and scheduling its actions with what frequency?	- Weekly, Bimonthly, by trimester, by semester or annually = 1 - Team does not perform planning = 0	VI. 4.1	Oral health team performs activity for planning its actions?	Yes = 1 No = 0
Type of appointment offered by OHT ^{&}	VI. 13.1	Clinical care schedule ensures:	- Only dental care by spontaneous demand = 0 - Only scheduled dental appointments = 0 - Dental care by spontaneous demand and appointments = 1	VI. 7.3	The clinical care of the oral health team ensures:	- Only dental care by spontaneous demand = 0 - Only scheduled dental appointments = 0 - Dental care by spontaneous demand and appointments = 1
Offer of follow-up appointment	VI. 13.7	OHT ensures follow-up appointment for continuity of treatment of patient who began treatment?	Yes = 1 No = 0	VI. 7.12	What is the main form of scheduling an appointment to give continuity to dental treatment?	- At the end of the previous appointment = 1 - By OHT and communicated to the patient = 1 - Subsequently by the patient at the primary care unit = 1 - By the patient at the primary care unit on the day of scheduling the appointment = 0 - On the day of the appointment based on order of arrival = 0
Participation of OHT in meetings of primary care team	VI. 9.1	Does OHT participate in meetings of the primary care team?	Always = 1 Sometimes = 1 Never = 0	VI. 4.2	Does OHT participate in meetings of the primary care team?	Yes = 1 No = 0
Self-evaluation by OHTs	VI. 7.5	Was any self-evaluation process performed by the OHT in the last six months?	Yes = 1 No = 0	VI. 4.5	Was any self-evaluation process performed by the OHT in the last year?	Yes = 1 No = 0

Variable	Second cycle (2013)			Three cycle (2017)		
	Code*	Questions	Response categories	Code*	Questions	Response categories
Planning based on local information	VI. 9.2/4	Does the OHT plan/schedule its activities considering local information (study of demand, epidemiological scenario, etc.)?	Yes = 1 No = 0	VI. 4.3	Has the OHT investigated the epidemiological oral health profile of the population covered?***	Yes = 1 No = 0

Source: Brazil, Module VI - Interview with oral health professional and verification of documents at health unit. Brazil, 2013 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>>. Brazil, Module VI - Interview with oral health professional and verification of documents at health unit. Brazil, 2017. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. OHT = oral health team. Codes 0 and 1 used to demonstrated response categories of questions in two evaluation cycles defined as equivalent. & For type of care offered by OHT, the offer of dental care based on spontaneous demand and scheduled appointments was considered the most favorable work process, receiving code 1. * Code of the variable used in database and dictionary of variables. ** This question is in the planning, follow-up, and evaluation dimension of the questionnaire.

In the 2nd cycle, the records of each OHT were identified by the National Health Establishment Registry (NHER), which is a list of codes identifying each primary care unit. In this cycle, there was no variable available for identifying each OHT. When a primary care unit had information on more than one OHT, the most positive response was used to represent the teams of the unit. The same procedure was adopted in the third cycle, collapsing the data of two or more teams and using the most positive answer to represent the OHTs of single unit. Thus, a single record was obtained for each health establishment in both cycles.

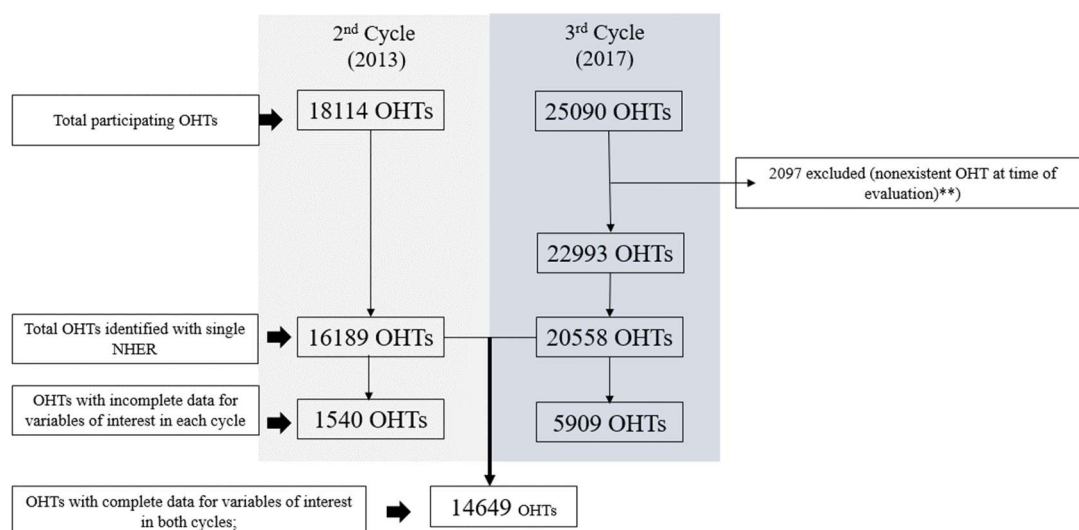
Descriptive analysis was performed to determine the frequency of the activities of the OHTs in the two cycles. The execution of the activities of the OHTs was compared using 2 x 2 tables for the answers in the 2nd and 3rd cycles, determining the proportion of OHTs that maintained, incorporated or abandoned activities of the work process. As repeated measures were performed, McNemar's test was used to determine the significance of changes between cycles. The disparity index was employed to estimate and compare the magnitude of differences in the proportions of the execution of activities by the OHTs between the cycles. The values of this index indicated the mean deviation of the proportions found in a region of the country in relation to the reference proportion (in percentage values). The index was calculated considering the

region with the largest proportion of the execution of activities and the proportion found for Brazil as a whole¹⁰. The proportions of teams that maintained, incorporated, abandoned or never executed a given activity were obtained for Brazil and each of its regions. All analyses were performed with the aid of Stata version 15.0 and Excel[®] (Microsoft).

Results

A total of 18,114 OHTs participated in the 2nd cycle. After collapsing the data based on the criterion of more positive answers at primary care units with more than one team, 1540 OHTs were excluded due to incomplete data. A total of 25,090 OHTs participated in the 3rd cycle, 2097 (8.36%) of which were excluded for being considered nonexistent. As occurred in the 2nd cycle, the data were collapsed at units with more than one team. The final number of OHTs in the 3rd cycle was 20,558. A total of 14,649 OHTs had complete data for the variables of interests in both cycles. Figure 1 displays the flow diagram linking the data.

Figure 1 - Flow diagram of number of participating OHTs in each cycle of PMAQ-AB and steps for identification of those with complete data on the variables of interest in both evaluation cycles.

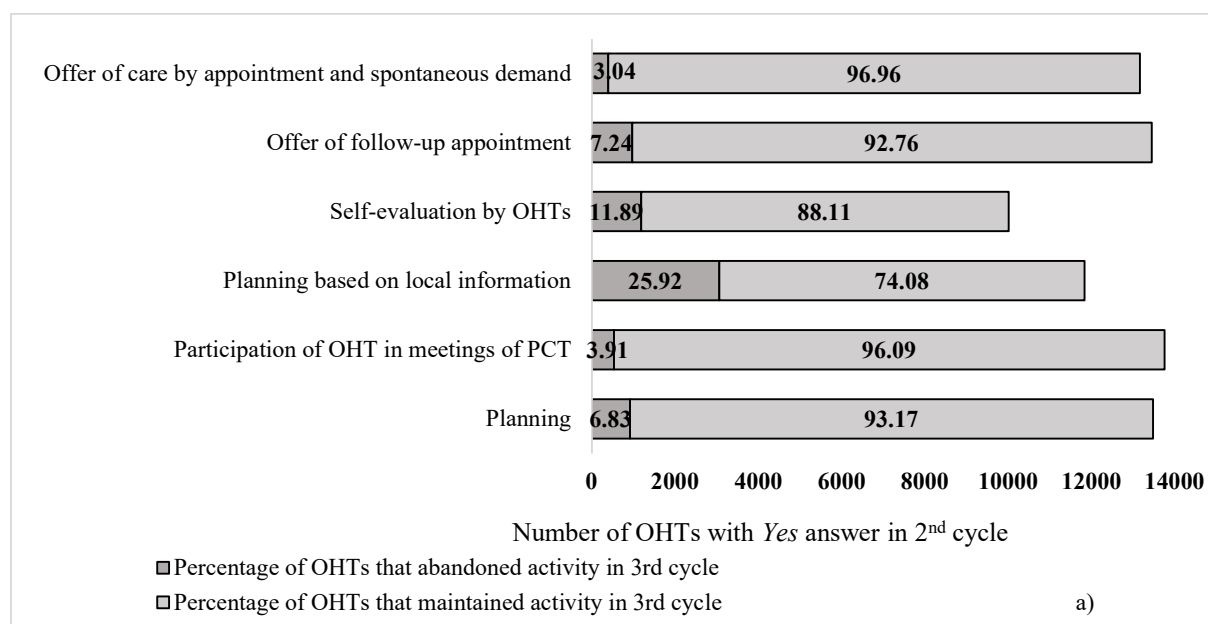


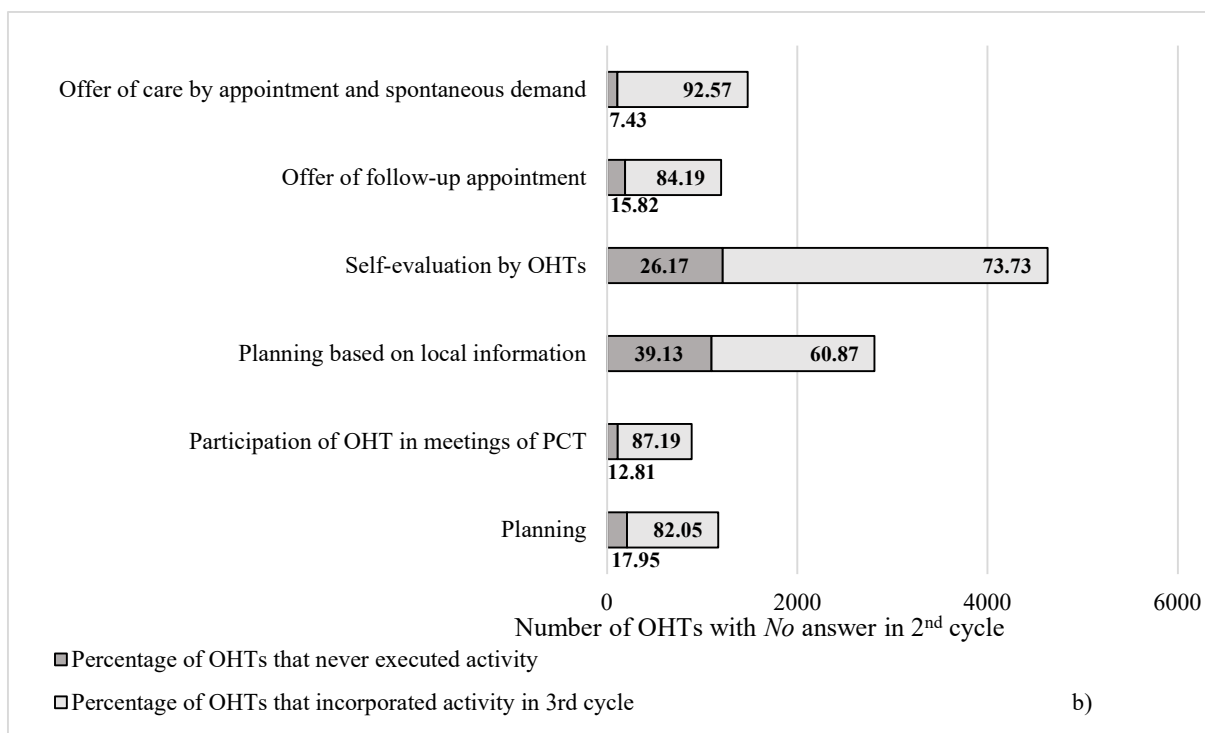
1-***Reasons for exclusion of 2097 OHTs: 726 OHTs permanently deactivated; 601 OHTs declined to participate in external evaluation; 76 OHTs for which management reported not wanting the team to participate in external evaluation; 25 OHTs did not know that they were participated in the PMAQ-AB; 60 primary care units were undergoing renovation or expansion and OHT was not offering services at other location; 424 OHTs for which there was no professional to answer the interview; 170 OHTs worked permanently at other location; 15 teams were not eligible modalities for PMAQ-AB (River Team, Indigenous Team, Penitentiary System Team, "Street Office" Team).

In the 2nd cycle (2013), the proportion of executed activities ranged from 68.38% (self-evaluation by OHTs) to 93.92% (participation of OHT in meetings of the primary care team). The least executed activities were self-evaluation (68.38%) and planning based on local information (80.79%). All other activities were performed by 90% or more of the OHTs. In the 3rd cycle (2017), the proportion of executed activities ranged from 71.54% (planning based on local information) to 96.56% for the type of care offered (by spontaneous demand and appointment). The least executed activities were planning based on local information (71.54%) and self-evaluation by the OHTs (83.56%).

Figure 2 displays the distribution of OHTs according to changes in the work process between the 2nd and 3rd cycles. A high percentage maintained their activities between cycles. However, 25.92% abandoned planning based on local information. Four activities were incorporated by more than 80% of the teams, however, self-evaluations and planning based on local information were never performed by 26.17% and 39.13% of the OHTs, respectively.

Figure 2 - Distribution of OHTs according to changes in work process between cycles 2 and 3 of PMAQ-AB. Brazil, 2013 and 2017.





a) Percentage of teams that maintained or abandoned activities in their work process. b) Percentage of teams that incorporated or never executed activities in their work process. PCT: primary care team; OHT: oral health team.* Percentages calculated considering number of OHTs that executed or did not execute each of the activities in the 2nd cycle.

The percentages of OHTs that either incorporated or abandoned the execution of an activity between the cycles were significant with regards to the type of care offered ($p < 0.001$), self-evaluation ($p < 0.001$), planning based on local information ($p < 0.001$) and participation of OHT in meetings of primary care team/family health team ($p < 0.001$). The number of teams that incorporated the offer of care by spontaneous demand and by appointment (9.35%), self-evaluation (23.31%) and participation in meetings with primary care team/family health team (5.30%) was higher than the number that abandoned these activities (2.73%, 8.13% and 3.67%, respectively). The number of OHTs that abandoned use of local information for planning (20.94%) was higher than the number of teams that incorporated these activities (11.69%). No significant differences between cycles were found regarding the percentage of OHTs that incorporated and abandoned the offer of follow-up appointments ($p = 0.4062$) and the planning of actions ($p = 0.3684$). The percentages of teams that maintained activities between the 2nd and 3rd cycles were as follows: offer of care by spontaneous demand and by appointment (87.17%),

offer of follow-up appointment (85.16%), self-evaluation (60.25%), planning based on local information (59.85%), participation of OHT in meetings with primary care team (90.25%) and planning of actions (85.73%). The proportion of teams that never executed any activity ranged from 7.52% (planning based on local information) to 8.31% (self-evaluation).

In the regional analysis, the proportions of the execution of activities were highest in the northeastern region, surpassing the national data. For planning based on local information and offer of follow-up appointments, the southern region had the highest percentages of execution in both cycles (Table 2).

The disparity index revealed greater divergences among the regions of the country in the 2nd cycle regarding self-evaluation, which ranged from 45.45% in the northern region to 73.64% in the northeastern region, and planning of actions based on local information, which ranged from 71.85% in the midwestern region to 84.40% in the southern region. The index revealed greater divergences among the regions in the 3rd cycle regarding self-evaluation, which ranged from 72.01% in the northern region to 88.23% in the northeastern region, and the planning of actions based on local information, which ranged from 60.78% in the northern region to 74.95% in the southeastern region (Table 2).

In the comparison of the disparity index calculated using data on Brazil as a whole, a reduction of approximately 50% was found between cycles regarding divergences among regions in terms of self-evaluation by the OHTs. For planning based on local information, the increase in the disparity index was 21.8%. The disparity index calculated based on the best regional percentages revealed similar results, but with greater mean disparity compared to the value obtained for Brazil as a whole (Table 2).

Table 2 - Proportion of OHTs that executed activities in their work process in cycles 2 and 3 of PMAQ-AB for Brazil and separate regions. 2013 and 2017.

Activities executed by OHTs	Brazil	N	NE	SE	S	MW	DI Brazil	DI ref
Second cycle								
Planning of actions	92.01	87.23	94.35	89.82	92.71	88.85	3.84	4.24
Participation of OHT in meetings of primary care team	93.92	90.19	95.68	92.32	94.09	92.03	1.94	2.94
Planning based on local information	80.79	74.87	82.44	84.40	77.25	71.85	5.85	7.39
Self-evaluation by OHTs	68.38	45.45	73.64	72.17	64.82	53.26	14.82	15.99
Offer of follow-up appointment	91.80	86.82	88.69	97.63	92.04	95.54	3.08	5.19
Offer of care by appointment and spontaneous demand	89.90	84.58	88.97	92.24	93.22	87.03	2.65	2.98
Third cycle								
Planning of actions	92.29	90.30	95.04	90.84	89.06	88.77	2.80	4.45
Participation of OHT in meetings of primary care team	95.55	93.87	97.61	93.64	94.14	93.78	1.85	3.07
Planning based on local information	71.54	60.78	73.41	74.95	68.21	65.40	7.13	8.53
Self-evaluation by OHTs	83.56	72.01	88.23	83.73	77.76	76.56	6.99	9.72
Offer of follow-up appointment	92.06	86.21	89.21	97.63	91.94	95.37	3.13	5.22
Offer of care by appointment and spontaneous demand	96.56	93.36	96.56	98.55	95.89	93.85	1.21	2.00

N: North; NE: Northeast; SE: Southeast; S: South; MW: Midwest. DI: disparity index; DI Brazil: index calculated using proportion found for Brazil as reference; DI ref: index calculated using highest value found among regions as reference; OHT: oral health team.

Table 3 - Distribution of variables regarding work process performance of OHTs in Brazil - comparison between cycles 2 and 3 of PMAQ-AB.

Activities executed in work process of OHTs	Regions of Brazil				
	North	Northeast	Southeast	Midwest	South
Planning of actions					
Maintained	80.69	90.09	82.22	83.87	79.97
Incorporated	9.60	4.95	8.62	5.08	8.80
Abandoned	6.54	4.26	7.60	8.83	8.88
Never executed	3.17	0.70	1.56	2.21	2.35
p-value	0.017	0.70	0.131	<0.001	0.948
Participation of OHT in meetings with primary care team					
Maintained	85.80	93.61	87.20	88.96	87.03
Incorporated	8.07	4.00	6.44	5.19	6.75
Abandoned	4.39	2.08	5.12	5.14	5.01
Never executed	1.74	0.31	1.24	0.72	1.21
p-value	<0.001	<0.001	0.02	0.944	0.08
Planning based on local information					
Maintained	48.62	61.99	65.46	55.11	48.48
Incorporated	12.16	11.41	9.48	13.10	16.92
Abandoned	26.25	20.45	18.94	22.14	23.37
Never executed	12.97	6.14	6.12	9.66	11.23
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Self-evaluation by OHT					
Maintained	36.26	66.74	63.63	54.60	43.93
Incorporated	35.75	21.49	20.10	23.16	32.63
Abandoned	9.19	6.90	8.54	10.22	9.33
Never executed	18.79	4.87	7.73	12.02	14.11
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Offer of follow-up appointment					
Maintained	75.79	79.46	95.64	85.82	90.59
Incorporated	10.42	9.76	1.99	6.11	4.78

Activities executed in work process of OHTs	Regions of Brazil				
	North	Northeast	Southeast	Midwest	South
Abandoned	11.03	9.23	1.99	6.21	3.95
Never executed	2.76	1.55	0.38	1.85	0.68
p-value	0.73	0.34	1.0	0.95	0.35
Offer of care by appointment and spontaneous demand					
Maintained	79.88	86.24	91.00	90.04	82.25
Incorporated	13.48	10.32	7.54	5.86	11.61
Abandoned	4.70	2.73	1.32	3.18	4.78
Never executed	1.94	0.70	0.22	0.92	1.37
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

McNemar's test.

Table 3 displays the proportions of activities incorporated or abandoned by the OHTs among the regions of Brazil between the two cycles. With regards to planning based on local information, the proportion of OHTs that abandoned this activity was significantly larger than the proportion that incorporated it in all regions of the country. In four regions (North, Northeast, Southeast and Midwest), the proportion of teams that abandoned the activity was approximately twice as large as the proportion that incorporated it, with the largest proportion of abandonment in the northern region (26.25%) and the smallest in the southeastern region (18.94%). Regarding self-evaluations, approximately three times as many OHTs incorporated this activity compared to those that abandoned it. The difference in these proportions was significant in all regions of the country. The northern region had the largest proportion of incorporating the activity (35.75%) and the southern region had the smallest (20.10%).

Discussion

The present results enable comparisons of the percentage of OHTs that abandoned or incorporated activities between two cycles of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). Moreover, disparities among the different regions of Brazil were found in the comparison of the percentages of the execution of these activities.

Statistically significant change occurred in the percentage of teams that either incorporated or abandoned four of the six activities investigated. Regional disparities were larger for self-

evaluations by the OHT and the use of local information for planning. Moreover, the change in the disparity index between cycles was also larger for these activities, which may reflect the incorporation or abandonment of these activities by the OHTs. In the calculation of the disparity index, the northeastern region was selected as reference due to the fact that this region had the best results regarding the execution of third activities in both cycles.

Self-evaluation was the activity with the largest percentage of adherence between cycles in all regions of Brazil, especially the northern and southern regions. The increase in the incorporation of this activity likely contributed to the reduction in disparities among the regions in the 3rd cycle. A determinant for this result is the PMAQ-AB, which encourages the reorientation of the work process with the incorporation of self-evaluation by the OHTs⁹.

Planning based on local information was the least incorporated and most abandoned activity between cycles, which likely increased the disparity among the regions in the 3rd cycle. The percentage of teams that abandoned this activity was significant in all regions of the country, especially the northern and midwestern regions. Despite the conclusion of three cycles of the PMAQ-AB, the encouragement for the execution of this activity and the need for knowledge from the OHTs on the socio-epidemiological status of the population, planning based on local information continues to be a challenge. The little involvement and knowledge on the part of OHTs regarding the living conditions and health status of the population hinders the proposal of actions directed at real needs¹¹. The southeastern region had the highest percentage of the execution of this activity by the OHTs in both cycles. Historically, this region has the most economic development in the country, favoring the offer of better healthcare services, which may explain the greater incorporation of the actions of planning¹².

In both cycles, the northern and midwestern regions had the smallest proportions regarding the execution of self-evaluation and planning based on local information, although adherence to

self-evaluation increased the most in the northern region between cycles among all regions of the country. The poorer performance of these regions may be associated with the lower degree of regional development in comparison to the other regions¹².

Among the activities studied, the offer of care by spontaneous demand and appointment was that with the greatest adherence of the teams in both cycles. The incorporation of care by both spontaneous demand and appointment among the OHTs that previously offered only one or the other modality can be seen as an expansion of access to services. The organization of the schedule should consider the care model and work process, including flexibility in the occurrence of unforeseen events^{13,14}. Between the two cycles, there was a reduction in the disparity among the regions of the country regarding the offer of care by spontaneous demand and appointment.

The proportion of OHTs that incorporated participation in meetings of the primary care team was greater than the proportion that abandoned this activity. A total of 90.25% of the teams that previously had this practice maintained it in the 3rd cycle. However, the integration of OHTs to primary care teams remains incipient¹⁵.

In general, the present study demonstrated advances in the work process of the OHTs that participated in the evaluation cycles of the PMAQ-AB conducted in 2013 and 2017. However, some activities need to be incorporated by a larger number of teams, such as the use of local information for planning. The regional disparities demonstrate the importance of the regionalized analysis of the results of public policies in the health field, considering the different situations encountered throughout Brazil¹². Thus, the implantation of public policies based on the principle of equity is needed, with priority investments in regions with poorer socioeconomic and health statuses.

The PMAQ-AB is an opportunity for OHTs to evaluate and improve their work processes. However, this goal will only be reached if administrators and employees perceive the importance of making such efforts and work to strengthen their work processes while rejecting approaches that indicate the use of punitive or inspection actions.

The method employed by the PMAQ-AB for the evaluation of health teams includes voluntary adherence to the program, which may result in selection bias, as teams that adhere to the program may be those with the best conditions, which could overestimate the results. Although representativeness is not a criterion for adherence, the 2nd cycle involved 73.44% of all OHTs registered in Brazil (N = 24,666)¹⁶ and the response rate was 80.87%. The 3rd cycle included the OHTs that were also evaluated in the 2nd cycle, leading to the exclusion of 5909 teams (23.55%). Therefore, the results of the 3rd cycle do not correspond to the cross-sectional estimates of this cycle.

We addressed important aspects of the work process of the OHTs. However, regional and cultural contexts were not discussed in depth. The northeastern region had the best overall results, but other regions stood out with regards to particular activities. These occurrences indicate the need for further investigations.

Conclusion

Advances were detected in the work process of the oral health teams that participated in two evaluation cycles of the PMAQ-AB, with a reduction in regional disparities. However, challenges persist regarding the use of local information for the planning of actions.

Contributors

Vieira, R. A. F. designed the study and wrote the manuscript. Vasconcelos, M. oriented the study design and performed revisions of the manuscript. Ferreira, R.C. organized the databank

and performed the statistical analyses. Amaral, J. H. L. contributed to the general design of the study as well as the writing and corrections of the manuscript. There are no conflicts of interest connected to this paper.

References

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
2. Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration?. *Saúde Debate*. 2018 Oct;42(spe2):233-246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s216>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você: acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você: acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf.
5. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ) fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manag*. 2017;40(Suppl.2):S4-S11. doi: <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>.
6. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978 May 26;200(4344):856-64. doi: <https://doi.org/10.1126/science.417400>.
7. de Savigny D, Adam T; Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf.
8. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla, AA. [The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy]. *Saúde em Debate*. 2014;38(n.spe):358-372. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Brazilian.
9. Santos TP, Matta Machado ATG, Abreu MHNG, Martins RC. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. *PLoS One*. 2019 Apr 18;14(4):e0215429. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215429>.
10. Percy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep*. 2002 May-Jun;117(3):273-80. doi: <https://doi.org/10.1093/phr/117.3.273>.
11. Moraes, LBK, Cynamon-Cohen, D, Cynamon, S. [Analysis on the socio-demographic profile and dental surgeon's work process in the Family Health Program, in three cities of the mountain region of the state of Rio de Janeiro]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1),171-186. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100010>. Brazilian.
12. Reis CMR, Mambrini JVM, da Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. *J Public Health Dent*. 2017 Sep;77(4):317-24. doi: <https://doi.org/10.1111/jphd.12210>.

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
14. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. [Evaluative study of the working process of Primary Care Teams from PMAQ-AB]. *Saúde Debate*. 2015;39(107):1033-1043. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>. Brazilian.
15. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:98. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>.
16. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES. c2007-2020. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2020 Set 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.

5.2 Produto técnico

Este estudo deu origem a organização de uma atividade de educação permanente a ser realizada por meio virtual, “Diálogo: Saúde Bucal na APS/PMAQ-AB 2º e 3º Ciclo”, com apresentação dos resultados para trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Betim - MG, gestores do município e estudantes do curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras/Betim que atuam no SUS/Betim.

Os objetivos dessa atividade serão:

1. Divulgar os dados do trabalho, uma vez que o estudo é de abrangência nacional, envolvendo o município de Betim - MG.
2. Possibilitar às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e estudantes do curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras/Betim, que atendem ao SUS/Betim, conhecer o desenvolvimento do processo de trabalho das eSB no Brasil, entre dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB.
3. Oferecer às equipes elementos para a reflexão e avaliação do seu processo de trabalho.
4. Subsidiar a Coordenação do Programa de Saúde Bucal do Município de Betim para o planejamento de estratégias de melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde bucal do município.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar o processo de trabalho das eSB participantes do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB, por meio da análise de itens do Módulo VI do questionário de avaliação externa. Mostrou o comportamento das equipes em atividades inerentes ao processo de trabalho, à incorporação e abandono dessas atividades e disparidades regionais na sua execução. Dessa forma, foi possível identificar potencialidades e fragilidades nas atividades desenvolvidas pelas equipes em um intervalo de tempo.

O estudo evidenciou a necessidade da avaliação dos serviços de atenção à saúde, em especial em relação à saúde bucal e da interação entre a eSB e a eSF, bem como a importância do planejamento das atividades com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho, com vistas a oferta de serviços de acordo com as necessidades da população.

O Brasil, por ser um país de grande extensão territorial, com diversidades de demandas, condições socioeconômicas e especificidades locais apresentou discrepâncias regionais quanto às atividades, demonstrando necessidade de aprimoramento de políticas voltadas à equidade do acesso aos serviços de saúde.

O produto técnico propôs um diálogo com os profissionais de saúde bucal e estudantes de odontologia possibilitando uma aproximação entre instituições de ensino e os serviços públicos de saúde. Por meio da apresentação dos resultados do estudo será possível socializar experiências, potencialidades e fragilidades do processo de trabalho permitindo aos profissionais discutir sobre os desafios do cotidiano das ações da equipe.

A relevância desse estudo consiste na problematização de aspectos do processo de trabalho das eSB o que permite o fortalecimento das políticas públicas direcionadas para uma maior qualidade dos serviços públicos de saúde bucal.

A elaboração desse trabalho consistiu em um grande aprendizado considerando o tema estudado, o contexto da PNSB e a urgência da defesa do SUS e de seus princípios.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X. *et al.* Service users' perception about healthcare provided by teams participating in the National Program for Primary Care Access and Quality Improvement in Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, p. e20171111, 2018.

AGUIAR, A. S. W.; MARTINS, P. Essential attributes and qualifiers of primary health care. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, Supl. 2, p. 3-4, 2012.

BALDANI, M. A.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 2, p. s272-s283, 2011.

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, ago. 2005.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 145-162, 2018.

BRASIL. Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 maio 1974. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6050.htm>. Acesso em: 23 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais perto de Você - Acesso e Qualidade** Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento Síntese para Avaliação Externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_d_e_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores da Atenção Básica no Pacto pela Saúde e os novos fluxos da pactuação. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 8, n. 13, p. 53-56, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia13.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Auto-Avaliação nº 4 - Equipe Saúde da Família - Parte I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você - Acesso e Qualidade**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Manual Instrutivo 2º ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Instrumento de avaliação Externa do Saúde mais perto de você. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal** (Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal). 2º ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipe parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Conheça a Política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_saude_bucal_2015.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Instrumento de Avaliação Externa do 'Saúde mais perto de você: acesso e qualidade'**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e qualidade da Atenção Básica. 3º ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB,

denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, 20 jul. 2011a, n. 138, seção 1, p. 79.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 dez. 2010a.

BRASIL. Portaria MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 250-E, 29 dez. 2000b, p. 85.

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 383-391, 2014.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 140-157, out. 2014.

CHAVES, S. C. *et al.* Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 6, p. 1791-1803, Jun. 2017.

CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. 380p.

COLUSSI, C. F.; CALVO M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, set. 2011.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: acesso e qualidade superando a exclusão social, 3., Brasília, 2004. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

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

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-64, May 1978.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1643-1652, jun. 2010.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em 30 jun. 2021.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, out. 2014.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, suppl. 1, p. S109-S118, 2005.

HIROOKA, L. B. *et al.* Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. **Revista Brasileira Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 101-113, abr./jun. 2017

JUNQUEIRA, S. R.; PANNUTI, C. M.; RODE, S. M. Oral Health in Brazil - Part I: Public Oral Health Policies. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 22, n. 1, Suppl. 1, p. 8-17, Aug. 2008.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-7, mar. 2007.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, Suppl. 2, p. s4-s11, Abr. 2017.

MEDEIROS, G. A. R.; NICKEL, D. A.; CALVO, M. C. M. Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. e2018281, 2019.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, dez. 2015.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.193 p.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N.; Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p.1809-1820, maio 2019.

PEARCY, J. N.; KEPPEL, K. G. A summary measure of health disparity. **Public Health Reports**, v. 117, n. 3, p. 273-280, May-Jun, 2002

PEREIRA, C. G.; GROISMAN, S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 208-10, jul./dez. 2014.

PERES, K. G. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-8, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, out. 2014.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, Suppl. 1, p. 9-16, Jun. 2009.

PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 24, Spec. Iss. 1, p. 26-32, 2010.

SANTOS, M. A. S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 655-666, dez. 2007.

SANTOS, T. P. *et al.* What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 4, p. e0215429, 2019.

SCHERER, C. I. *et al.* The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 233-246, Oct. 2018.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108, jun. 2011.

SILVA, S. A.; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, out. 2015.

SILVA, S. E. *et al.* Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 10, p. 402-407, out. 2018.

SOBRINHO, J. E. L. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, jan./mar. 2015.

TELLES, R. *et al.* Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Jornal de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Supl., p. 1-10, out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Artigo - versão em português

DISPARIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: uma análise de dois ciclos de avaliação

Resumo

Objetivo: Comparar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal que participaram de dois ciclos de avaliação do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), considerando disparidades entre regiões brasileiras.

Métodos: O processo de trabalho foi avaliado quanto ao planejamento das ações, tipo de consulta ofertada, consulta de retorno, participação em reuniões de equipes, autoavaliação e uso de informações para planejamento. Na comparação entre os ciclos foi utilizado o teste de McNemar. O Índice de Disparidade comparou diferenças entre as regiões brasileiras.

Resultados: Participaram 14.649 equipes. Nos dois ciclos as atividades menos realizadas foram autoavaliação e planejamento, embora o maior percentual de incorporação, entre os ciclos, tenha sido a autoavaliação. As informações deixaram de ser utilizadas no planejamento por 25,92% das equipes e esse foi o aspecto menos incorporado. Entre as regiões, Norte e Centro Oeste tiveram o menor percentual de equipes realizando autoavaliação e planejamento. A Região Norte se destacou na adesão à autoavaliação. A Nordeste apresentou o maior percentual de realização das atividades. Entre os ciclos, as regiões brasileiras reduziram a disparidade na autoavaliação e aumentaram quanto ao uso de informações para planejamento.

Conclusão: Houve avanço no processo de trabalho das equipes que participaram dos dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB com redução das disparidades regionais, entretanto persistem desafios quanto ao uso de informações locais para o planejamento.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Serviços de saúde bucal. Atenção primária à saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil com o objetivo de reorganizar o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), com reorientação do processo de trabalho das equipes (1). O esforço para romper com o modelo biomédico da prática odontológica foi ampliado com implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (1,2). Entretanto, esse modelo permanece hegemônico mostrando a necessidade da avaliação dos serviços de saúde bucal (2).

A institucionalização da avaliação da atenção à saúde pela APS, incluindo a atenção à saúde bucal, aconteceu por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) induzindo mudanças no processo de trabalho das equipes (3,4). A adesão ao PMAQ-AB é voluntária e o número de equipes participantes vem aumentando a cada ciclo avaliativo. Incentivos financeiros são oferecidos as ESF conforme resultados obtidos (5).

O PMAQ-AB assumiu a tríade de Donabedian, parâmetros de estrutura, processo e resultado, como referência para avaliação da qualidade da atenção à saúde. De acordo com esse modelo, o processo se constitui em ações de saúde e suas relações com os usuários e profissionais de saúde, a estrutura se refere às condições materiais para a oferta de serviços e os resultados respondem às necessidades da população (6). Considerando a necessidade do monitoramento dos serviços de saúde (7), este estudo comparou o processo de trabalho das Equipes de Saúde

Bucal (ESB) que participaram dos ciclos avaliativos do PMAQ-AB observando disparidades entre regiões brasileiras.

Métodos

Trata-se de um estudo de abrangência nacional envolvendo as cinco regiões brasileiras, realizado com base em dados secundários sobre processo de trabalho das ESB, em dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB (2013 e 2017). Estes dados foram obtidos de bases públicas em websites do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil (8).

No Brasil foram realizados 3 ciclos do PMAQ-AB. Foram considerados dados do ciclo 2 e 3. A escolha desses dados foi em função da necessidade de comparação entre as variáveis. O ciclo 1 (2012) não foi incluído neste estudo porque as perguntas e informações coletadas neste ciclo foram muito distintas daquelas dos ciclos 2 e 3.

Nos ciclos 2 e 3 os dados foram coletados por entrevista com cirurgião dentista (CD) e, na ausência deste, com profissionais técnicos da equipe (3,4). O instrumento foi um questionário e as entrevistas conduzidas por avaliadores sem vínculo com o serviço (3,4). Os registros foram feitos em módulo eletrônico e enviados ao Ministério da Saúde (9). Para este estudo foram selecionadas questões que caracterizassem as atividades das equipes que guardassem semelhanças entre os ciclos, possibilitando comparação. Seis variáveis foram selecionadas e a correspondência entre as categorias de respostas foram apresentadas no quadro 1. O código 1 foi atribuído para a resposta positiva, ou seja, quando a equipe desenvolvia a atividade. Em relação à variável oferta de consulta de retorno do ciclo 2, o código 1 foi atribuído às opções de respostas que indicaram uma condição mais favorável.

Quadro 1: Variáveis selecionadas nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal.

Variável	Ciclo 2 (2013)			Ciclo 3 (2017)		
	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas	Código da variável*	Questões	Categorias de respostas
Planejamento das ações	VI. 7.1/3	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?	-Semanal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual = 1 -A equipe não realiza planejamento = 0	VI. 4.1	A equipe de saúde bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0
Tipo de consulta ofertada pela ESB&	VI. 13.1	A agenda de atendimento clínico garante:	-Apenas consulta odontológica de demanda espontânea = 0 -Apenas consultas odontológicas agendadas = 0 -Consulta odontológica de demanda espontânea e agendada = 1	VI. 7.3	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	-Apenas consulta odontológica de demanda espontânea = 0 -Apenas consultas odontológicas agendadas = 0 -Consulta odontológica de demanda espontânea e agendada = 1
Oferta de consulta de retorno	VI. 13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou o tratamento?	Sim = 1 Não = 0	VI. 7.12	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade ao tratamento odontológico?	-Ao final da consulta anterior = 1 -Pela ESB e comunicada ao usuário = 1 -Posteriormente pelo usuário na UBS = 1 -Pelo usuário na USB no dia de marcação de consulta = 0 -No dia da consulta através de senha = 0
Participação da ESB em reuniões da EAB	VI. 9.1	A ESB participa das reuniões da EAB?	Sempre = 1 Às vezes = 1 Nunca = 0	VI. 4.2	A ESB participa de reuniões em conjunto com a EAB?	Sim = 1 Não = 0
Autoavaliação pelas ESB	VI. 7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela ESB nos últimos seis meses?	Sim = 1 Não = 0	VI. 4.5	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0
Planejamento baseado em informações locais	VI. 9.2/4	A ESB planeja/programa suas atividades considerando as informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico, outros)?	Sim = 1 Não = 0	VI. 4.3	A ESB investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população no território?***	Sim = 1 Não = 0

Fonte: Brasil, Módulo VI - Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2013 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>>. Brasil, Módulo VI - Entrevista com o profissional de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. Brasil, 2017 <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. ESB = Equipe de Saúde Bucal; EAB = Equipe de Atenção Básica; ESF = Equipe de Saúde da Família. Os códigos 0 e 1 foram utilizados para demonstrar as categorias de respostas às questões dos dois ciclos avaliativos definidas como equivalentes. & Para tipo de consulta ofertada pela ESB, a oferta de consulta odontológica de demanda espontânea e agendadas foi considerado o processo de trabalho mais favorável, recebendo código 1. *Código da variável usado no banco de dados e dicionário de variáveis. **Esta questão está na dimensão planejamento, Acompanhamento e Avaliação do questionário.

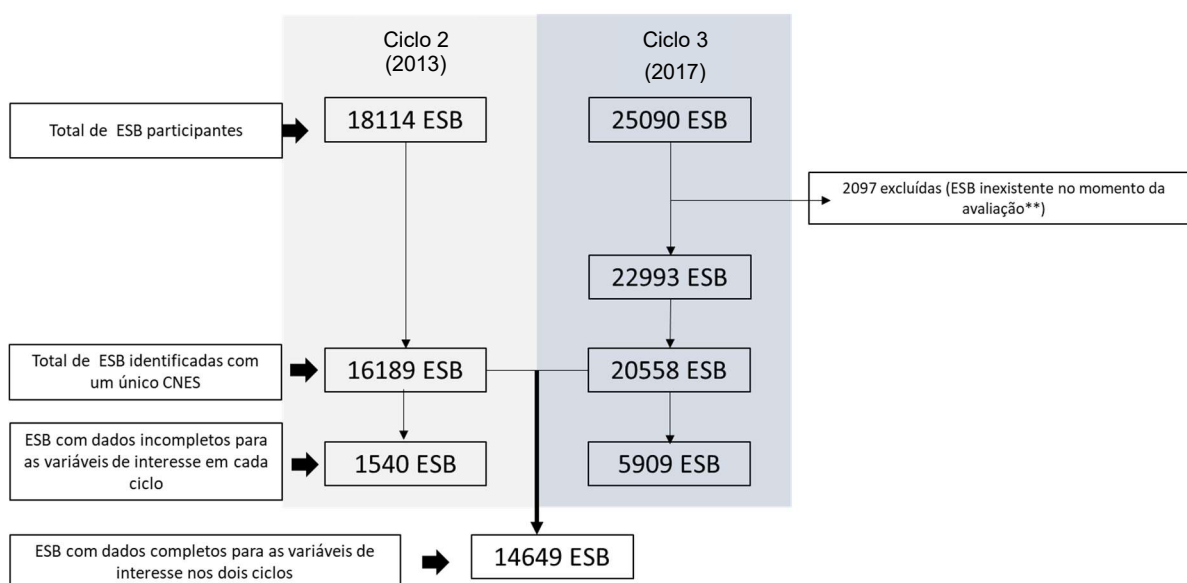
No ciclo 2, os registros de cada ESB estavam identificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é um código que identifica cada Unidade Básica de Saúde (UBS). Neste ciclo, não estava disponível variável que identificasse cada ESB. Quando uma UBS possuía informações para mais de uma ESB, optou-se pela resposta mais positiva para representar as equipes desta UBS. No ciclo 3 adotou-se o mesmo procedimento, colapsando os dados de duas ou mais equipes e obtendo-se a resposta mais positiva para representar as ESB de um mesmo CNES. Desta forma, obteve-se, em ambos os ciclos, um único registro por CNES.

Foi feita análise descritiva para a obtenção das frequências de realização das atividades das ESB nos dois ciclos. A execução das atividades pelas ESB foi comparada usando tabelas 2 x 2 entre as respostas obtidas nos ciclos 2 e 3, obtendo-se a proporção de ESB que mantiveram, incorporaram ou abandonaram atividades no processo de trabalho. O teste pareado McNemar foi utilizado para testar a significância das mudanças entre os ciclos, considerando que são medidas repetidas. O Índice de Disparidade (ID) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças nas proporções de execução das atividades pelas ESB entre os ciclos. Os valores deste índice indicam o desvio médio das proporções observadas em uma região do país em relação à proporção de referência, em percentual. O índice foi calculado considerando a região com maior proporção de execução das atividades e a proporção observada no Brasil (10). As proporções de equipe que mantiveram, incorporaram, abandonaram ou que nunca executaram uma atividade foram obtidas para o Brasil e para as regiões brasileiras. As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico Stata versão 15.0 e o Excel (Microsoft Excel[®]).

Resultados

No ciclo 2 participaram 18.114 ESB. Após colapso dos dados pelo critério das respostas mais positivas, em UBS com mais de uma equipe, foram também excluídas 1540 ESB com dados incompletos. No ciclo 3 participaram 25.090 ESB. Entre elas 2.097 (8,36%) foram excluídas por terem sido consideradas inexistentes. De forma semelhante ao ciclo 2, os dados foram colapsados em CNES com mais de uma equipe. O número final de ESB no ciclo 3 foi 20.558. Um total de 14.649 ESB possuía dados completos para as variáveis de interesse nos dois ciclos. A Figura 1 apresenta o fluxograma de vinculação dos dados.

Figura 1 - Fluxograma do número de ESB participantes em cada ciclo do PMAQ-AB e etapas para identificação daquelas com dados completos de interesse nos dois ciclos avaliativos.



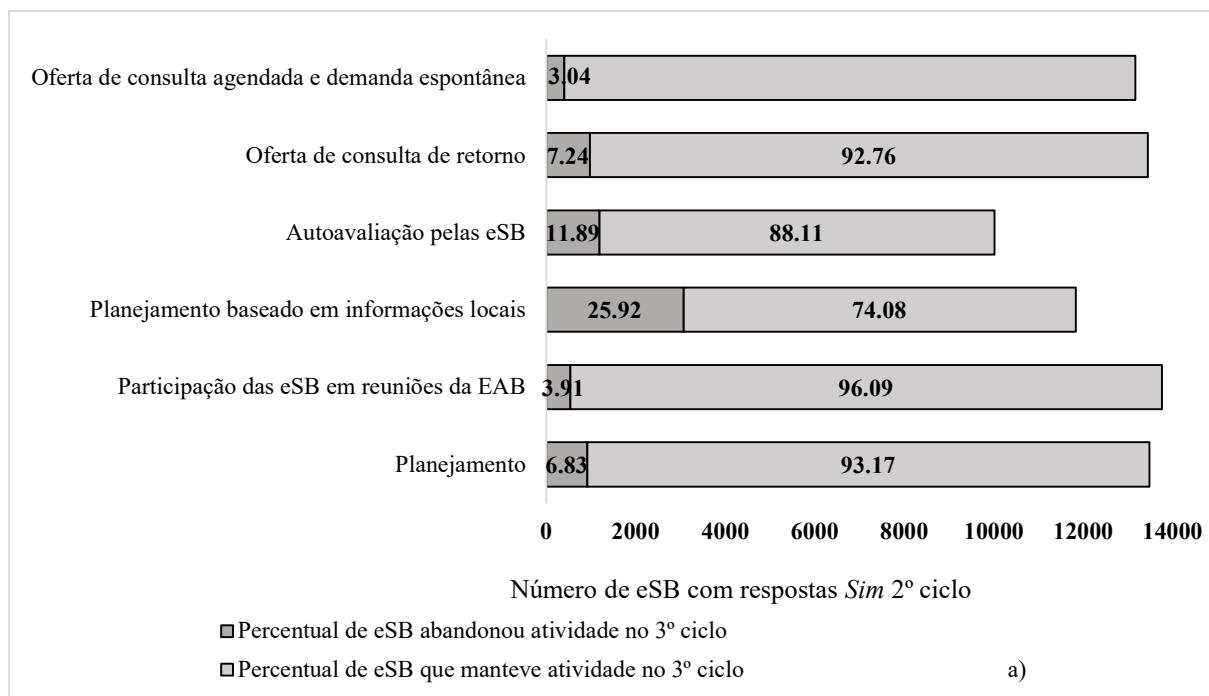
1-**Motivos de exclusão de 2097 ESB: 726 ESB desativadas permanentemente; 601 ESB desistiram de participar da avaliação externa; 76 ESB onde a gestão informou que não desejava que a equipe participasse da avaliação externa; 25 ESB não sabiam que estavam participando no PMAQ-AB; 60 UBS estavam em reforma ou ampliação e a ESB não estava fazendo atendimento em outro local; 424 ESB onde não havia profissional para responder a entrevista; 170 ESB funcionavam permanentemente em outro local; 15 equipes não eram de modalidades elegíveis para o PMAQ-AB (Equipe Fluvial, Equipe Indígena, Equipe do Sistema Penitenciário, Equipe Consultório na rua).

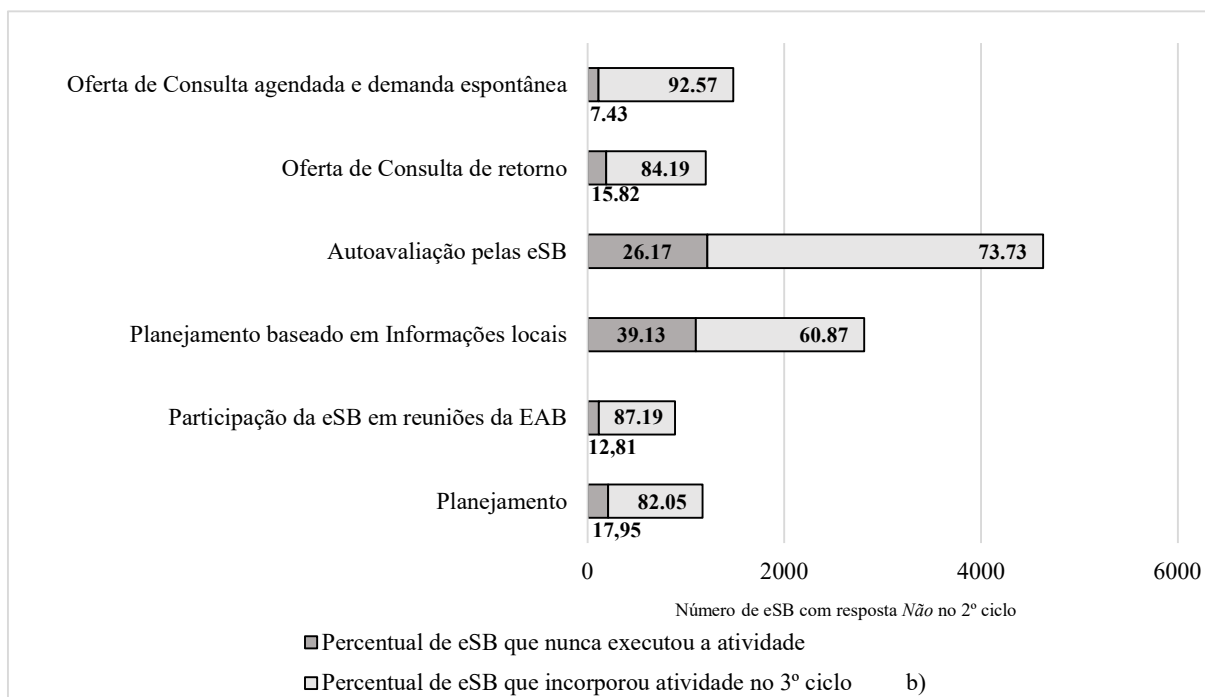
No ciclo 2, o percentual de realização das atividades das ESB variou de 68,38% (autoavaliação pelas ESB) a 93,92% (participação da ESB em reuniões da EAB). As atividades menos realizadas foram a autoavaliação (68,38%) e planejamento baseado em informações locais

(80,79%). Todas as outras atividades foram realizadas por 90% ou mais das ESB. No ciclo 3, a distribuição das atividades variou de 71,54% (planejamento baseado em informações locais) a 96,56% para tipo de consulta ofertada pela ESB (por demanda espontânea e agendada). As atividades menos realizadas foram planejamento baseado em informações locais (71,54%) e autoavaliação pelas ESB (83,56%).

A Figura 2 apresenta a distribuição das ESB de acordo com mudanças no processo de trabalho entre os ciclos 2 e 3. Um percentual elevado manteve suas atividades entre os ciclos, entretanto 25,92% abandonou o planejamento baseado em informações locais. Quatro atividades foram incorporadas por mais de 80% das equipes, porém autoavaliação (26,17%) e planejamento baseado em informações locais (39,13%) nunca foram realizadas.

Figura 2 - Distribuição das ESB de acordo com mudanças no processo de trabalho entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB. Brasil, 2013 e 2017.





2- a) Percentual das equipes que mantiveram ou abandonaram as atividades nos seus processos de trabalho. b) Percentual das equipes que incorporaram ou que nunca fizeram as atividades no seu processo de trabalho. EAB: Equipe de Atenção Básica; ESB: Equipe de Saúde Bucal. *Os percentuais foram calculados considerando o número de ESB que realizaram ou não cada uma das atividades no 2º ciclo.

Os percentuais de ESB que incorporaram e abandonaram a execução de uma atividade foi significativamente diferente entre os ciclos com relação à tipo de consulta ofertada ($p < 0,001$), autoavaliação ($p < 0,001$), planejamento baseado em informações locais ($p < 0,001$) e participação da ESB em reuniões da EAB/ESF ($p < 0,001$). A frequência de equipes que incorporaram a oferta de consultas (demanda espontânea e agendada) (9,35%), a autoavaliação (23,31%) e a participação em reuniões com a EAB/ESF (5,30%) foi maior do que o percentual das que abandonaram, 2,73%, 8,13% e 3,67%, respectivamente. O percentual de ESB que abandonou a utilização das informações locais para o planejamento (20,94%) foi maior do que as equipes que incorporaram (11,69%). Não houve, entre os ciclos, diferenças significativas nos percentuais de ESB que incorporaram e abandonaram a oferta de consultas de retorno ($p = 0,4062$) e realização de planejamento das ações ($p = 0,3684$). Os percentuais de equipes que mantiveram as atividades entre os ciclos 2 e 3 foram: oferta de consulta espontânea e

agendada (87,17%), oferta de consulta de retorno (85,16%), autoavaliação (60,25%), planejamento baseado em informações locais (59,85%), participação da ESB em reuniões com a EAB (90,25%) e planejamento das ações (85,73%). O percentual de equipes que nunca executou alguma atividade variou entre 7,52% (planejamento baseado em informações locais) e 8,31% (autoavaliação).

Na análise regional, os maiores percentuais de realização de atividades pelas ESB foram na região Nordeste, ultrapassando dados nacionais. Para planejamento baseado em informações locais e oferta de consultas de retorno, a região Sudeste apresentou os maiores percentuais de execução em ambos os ciclos (Tabela 1).

O ID evidenciou maiores desigualdades entre as regiões brasileiras no ciclo 2 quanto à realização de autoavaliação pelas ESB, que variou de 45,45% na região Norte até 73,64% na região Nordeste e planejamento das ações baseado em informações locais, cujo intervalo foi de 71,85% na região Centro-oeste até 84,40% na região Sudeste. No ciclo 3, quanto à autoavaliação, a variação foi de 72,01% na região Norte até 88,23% na região Nordeste e, em relação ao planejamento das ações baseado em informações locais, de 60,78% na região Norte a 74,95% na região Sudeste (Tabela 1).

A comparação do ID (calculado com base nos dados do Brasil) entre os ciclos, evidencia redução de, aproximadamente, 50% nas disparidades entre regiões para autoavaliação pelas ESB. Para planejamento baseado em informações locais houve um aumento de 21,8% no ID tendo como referência os dados do Brasil. O ID calculado com base nos melhores percentuais regionais apresentou resultados semelhantes, evidenciando uma disparidade média maior se comparado ao valor obtido em relação ao dado brasileiro (Tabela 1).

Tabela 1: Proporção das ESB que realizavam as atividades no seu processo de trabalho nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB para o Brasil e regiões brasileiras, 2013 e 2017.

Atividades executadas pelas ESB	Brasil	N	NE	SE	S	CO	ID Brasil	IDref
Segundo ciclo								
Planejamento das ações	92,01	87,23	94,35	89,82	92,71	88,85	3,84	4,24
Participação da ESB em reuniões da EAB	93,92	90,19	95,68	92,32	94,09	92,03	1,94	2,94
Planejamento baseado em informações locais	80,79	74,87	82,44	84,40	77,25	71,85	5,85	7,39
Autoavaliação pelas ESB	68,38	45,45	73,64	72,17	64,82	53,26	14,82	15,99
Oferta de consulta de retorno	91,80	86,82	88,69	97,63	92,04	95,54	3,08	5,19
Oferta de consultas agendadas e demanda espontânea	89,90	84,58	88,97	92,24	93,22	87,03	2,65	2,98
Terceiro ciclo								
Planejamento das ações	92,29	90,30	95,04	90,84	89,06	88,77	2,80	4,45
Participação da ESB em reuniões da EAB	95,55	93,87	97,61	93,64	94,14	93,78	1,85	3,07
Planejamento baseado em informações locais	71,54	60,78	73,41	74,95	68,21	65,40	7,13	8,53
Autoavaliação pelas ESB	83,56	72,01	88,23	83,73	77,76	76,56	6,99	9,72
Oferta de consulta de retorno	92,06	86,21	89,21	97,63	91,94	95,37	3,13	5,22
Oferta de consultas agendadas e demanda espontânea	96,56	93,36	96,56	98,55	95,89	93,85	1,21	2,00

1-* N: Norte; NE: Nordeste; SE: Sudeste; S: Sul; CO: Centro-oeste. ID: Índice de Disparidade ID Brasil: O índice foi calculado tendo como proporção de referência a observada para o Brasil. IDref: O índice foi calculado tendo como referência o maior valor observado entre as regiões. EAB: Equipe de Atenção Básica; ESB: Equipe de Saúde Bucal.

Tabela 2: Distribuição percentual das variáveis quanto ao desempenho do processo de trabalho das ESB no Brasil. Comparação entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

Atividades realizadas no processo de trabalho das ESB	Regiões do Brasil				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro Oeste	Sul
Planejamento das ações					
Manteve	80,69	90,09	82,22	83,87	79,97
Incorporou	9,60	4,95	8,62	5,08	8,80
Abandonou	6,54	4,26	7,60	8,83	8,88
Nunca executou	3,17	0,70	1,56	2,21	2,35
Valor de p	0,017	0,70	0,131	<0,001	0,948
Participação da ESB em reuniões com EAB					
Manteve	85,80	93,61	87,20	88,96	87,03
Incorporou	8,07	4,00	6,44	5,19	6,75
Abandonou	4,39	2,08	5,12	5,14	5,01
Nunca executou	1,74	0,31	1,24	0,72	1,21
Valor de p	<0,001	<0,001	0,02	0,944	0,08
Planejamento baseado em informações locais					
Manteve	48,62	61,99	65,46	55,11	48,48
Incorporou	12,16	11,41	9,48	13,10	16,92
Abandonou	26,25	20,45	18,94	22,14	23,37
Nunca executou	12,97	6,14	6,12	9,66	11,23
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Autoavaliação pela ESB					
Manteve	36,26	66,74	63,63	54,60	43,93
Incorporou	35,75	21,49	20,10	23,16	32,63
Abandonou	9,19	6,90	8,54	10,22	9,33
Nunca executou	18,79	4,87	7,73	12,02	14,11
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Oferta de consulta de retorno					
Manteve	75,79	79,46	95,64	85,82	90,59
Incorporou	10,42	9,76	1,99	6,11	4,78
Abandonou	11,03	9,23	1,99	6,21	3,95
Nunca executou	2,76	1,55	0,38	1,85	0,68
Valor de p	0,73	0,34	1,0	0,95	0,35

Atividades realizadas no processo de trabalho das ESB	Regiões do Brasil				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro Oeste	Sul
Oferta de consultas agendadas e demanda espontânea					
Manteve	79,88	86,24	91,00	90,04	82,25
Incorporou	13,48	10,32	7,54	5,86	11,61
Abandonou	4,70	2,73	1,32	3,18	4,78
Nunca executou	1,94	0,70	0,22	0,92	1,37
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Teste de McNemar.

A tabela 2 apresenta as proporções das atividades incorporadas ou abandonadas pelas ESB, entre os ciclos, para regiões brasileiras. Quanto ao planejamento baseado em informações locais a proporção das ESB que deixaram de realizar essa atividade foi maior do que aquelas que passaram a realizar, para todas as regiões brasileiras, sendo a diferença entre as proporções estatisticamente significativa. Em quatro regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro Oeste) a proporção daquelas que abandonaram foi aproximadamente o dobro das que incorporaram e o maior abandono foi na Região Norte, 26,25% e o menor na Região Sudeste. Os dados de incorporação da autoavaliação pelas ESB mostram que, aproximadamente, três vezes mais equipes passaram a realizar essa atividade em relação àquelas que deixaram de realizar. A diferença entre as proporções, para todas as regiões brasileiras é estatisticamente significativa. A região Norte apresentou o maior percentual de incorporação, 35,75% e a Região Sudeste o menor, 20,10%.

Discussão

Os resultados permitem comparar percentuais de ESB que abandonaram ou incorporam atividades entre dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB. Foram identificadas disparidades entre as regiões brasileiras quando comparados os percentuais de maior ou menor execução dessas atividades.

Entre os ciclos, quatro entre as seis atividades mostraram uma variação estatisticamente significativa no percentual de equipes que incorporaram ou abandonaram essas ações. Duas

mostraram comportamento consolidado ao longo do estudo e entre os ciclos: a incorporação da autoavaliação pela ESB e a não utilização de informações locais para o planejamento. As disparidades regionais foram maiores para essas duas atividades, assim como a variação do ID entre os ciclos. Esse comportamento do ID possivelmente refletiu a incorporação ou abandono dessas atividades pelas ESB. No cálculo do ID a região Nordeste foi eleita como referência por ter apresentado os melhores resultados de realização de três atividades, em ambos os ciclos.

A autoavaliação foi a atividade com maior percentual de adesão entre os ciclos, e em todas as regiões brasileiras, com destaque para as Regiões Norte e Sul. O aumento da incorporação dessa atividade provavelmente colaborou para a diminuição das disparidades entre as regiões no 3º ciclo. Um determinante para esse resultado é o PMAQ-AB que incentiva a reorientação do processo de trabalho com a incorporação da autoavaliação pelas ESB (9).

O planejamento baseado em informações locais foi a atividade menos incorporada e com maior abandono entre os ciclos o que provavelmente levou a uma ampliação da disparidade entre as regiões no 3º ciclo. O percentual de equipes que deixaram de realizar essa atividade foi significativo em todas as regiões brasileiras com destaque para Norte e Centro Oeste. Apesar da conclusão de três ciclos do PMAQ-AB, do incentivo à sua realização e da necessidade do conhecimento pelas ESB sobre as condições socioepidemiológicas da população, ainda permanece como um desafio o planejamento baseado em informações do território. O pouco envolvimento e conhecimento das ESB em relação às condições de vida e de saúde da população dificulta a proposição de ações que sejam resolutivas das necessidades da população (11). Entre as regiões, a Sudeste apresentou o melhor percentual de execução dessa atividade pelas ESB, nos dois ciclos. Historicamente, essa região apresenta o desenvolvimento econômico do país, favorecendo a oferta de melhores serviços de saúde, o que pode explicar a maior incorporação das ações de planejamento (12).

No conjunto das regiões brasileiras, em ambos os ciclos, as regiões Norte e Centro Oeste foram aquelas que tiveram o menor percentual de equipes realizando autoavaliação e planejamento baseado em informações locais, embora a Região Norte tenha se destacado quanto a adesão à autoavaliação entre os ciclos. O pior comportamento dessas regiões pode estar associado ao menor grau de desenvolvimento regional em comparação com outras regiões (12).

Entre as atividades estudadas, a oferta de atendimento por demanda espontânea e agendada foi aquela que apresentou maior adesão das equipes em ambos os ciclos. A incorporação da consulta agendada entre as ESB que ofertavam somente consulta por demanda espontânea ou somente consulta agendada pode representar expansão do acesso aos serviços. A organização da agenda deve considerar o modelo de atenção e o processo de trabalho incluindo o enfrentamento de eventualidades e imprevistos (13,14). Entre os dois ciclos, houve uma redução da disparidade entre as regiões em relação à oferta de demanda espontânea e agendada.

A proporção de ESB que incorporaram a participação em reuniões da EAB foi maior em relação àquela de abandono dessa atividade. Entre os ciclos, 90,25 % das equipes que tinham essa prática mantiveram no 3º ciclo. Entretanto, a integração da ESB à EAB ainda é incipiente (15).

De forma geral o estudo mostrou um avanço no processo de trabalho das ESB que participaram dos ciclos avaliativos do PMAQ-AB realizados em 2013 e 2017. Entretanto, algumas atividades precisam ser incorporadas por um número maior de equipes, como a utilização do planejamento baseado em informações locais. Nesse sentido, as disparidades regionais evidenciam a importância da análise regionalizada dos resultados das políticas públicas na área da saúde, tendo em vista as diferentes realidades encontradas no território brasileiro (12). Para o enfrentamento dessa situação faz-se e necessário a implantação de políticas públicas segundo o princípio da equidade, com investimento prioritário nas regiões em piores condições socioeconômicas e de saúde.

O PMAQ é uma oportunidade para a ESB avaliar e aperfeiçoar o seu processo de trabalho. Entretanto, esse objetivo será alcançado na medida em que gestores e trabalhadores se empenhem na sua aplicação, percebam a sua importância e trabalhem no sentido do seu fortalecimento, rejeitando abordagens que possam indicar usos de caráter punitivo e fiscalizatório.

A metodologia utilizada pelo PMAQ-AB para avaliação das equipes inclui a adesão voluntária ao programa, podendo resultar em viés de seleção, à medida que as equipes que aderiram podem representar aquelas com melhores condições, superestimando os resultados. Embora a representatividade não tenha sido critério para a adesão, o ciclo 2 do PMAQ-AB inclui 73,44% do universo de ESB cadastradas no Brasil (N = 24666) (16) e a taxa de resposta foi 80,87%. Os resultados apresentados para o ciclo 3 incluíram as ESB que foram também avaliadas no 2 ciclo, levando a uma exclusão de 5909 ESB (23,55%). Portanto, os resultados do ciclo 3 não correspondem às estimativas transversais deste ciclo.

Foram abordados aspectos importantes do processo de trabalho das ESB, entretanto não foram abordados em profundidade os contextos regionais e culturais. A região Nordeste, de forma geral, sediou os melhores resultados, entretanto, outras regiões se destacaram de forma pontual. Essas ocorrências indicam a necessidade de futuras investigações.

Conclusão

Houve avanço no processo de trabalho das ESB que participaram dos dois ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB com redução das disparidades regionais, entretanto persistem desafios quanto ao uso de informações locais para o planejamento.

Colaboradores

VIEIRA, R. A. F. fez o delineamento do estudo e redação do artigo; VASCONCELOS, M. orientou o delineamento do estudo e realizou as revisões do artigo, FERREIRA, R. C. organizou o banco de dados e fez as análises estatísticas, AMARAL, J. H. L. contribuiu no delineamento geral do trabalho, redação e correções do artigo. Não há conflito de interesses nesse artigo.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
2. Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration?. *Saúde Debate*. 2018 Oct;42(spe2):233-246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s216>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você: acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você: acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf.
5. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ) fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manag*. 2017;40(Suppl.2):S4-S11. doi: <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>.
6. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978 May 26;200(4344):856-64. doi: <https://doi.org/10.1126/science.417400>.
7. de Savigny D, Adam T; Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf.
8. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla, AA. [The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy]. *Saúde em Debate*. 2014;38(n.spe):358-372. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Brazilian.
9. Santos TP, Matta Machado ATG, Abreu MHNG, Martins RC. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. *PLoS One*. 2019 Apr 18;14(4):e0215429. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215429>.
10. Percy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep*. 2002 May-Jun;117(3):273-80. doi: <https://doi.org/10.1093/phr/117.3.273>.

11. Moraes, LBK, Cynamon-Cohen, D, Cynamon, S. [Analysis on the socio-demographic profile and dental surgeon's work process in the Family Health Program, in three cities of the mountain region of the state of Rio de Janeiro]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1),171-186. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100010>. Brazilian.
12. Reis CMR, Mambrini JVM, da Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. *J Public Health Dent*. 2017 Sep;77(4):317-24. doi: <https://doi.org/10.1111/jphd.12210>.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
14. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. [Evaluative study of the working process of Primary Care Teams from PMAQ-AB]. *Saúde Debate*. 2015;39(107):1033-1043. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>. Brazilian.
15. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:98. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>.
16. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES. c2007-2020. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2020 Set 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.

APÊNDICE B - Projeto apresentado à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
gabinete.saudebetim2017@gmail.com
TELEFONE: (31) 35123407 | 35123429
RUA PARÁ DE MINAS, 640, BRASILEIA - BETIM | MG - CEP: 32600-412



PROJETO PARA EVENTOS SUS/BETIM DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

NOME DA ATIVIDADE
Diálogo: Saúde Bucal na APS/PMAQ-AB 2º e 3º Ciclo
DADOS DO SOLICITANTE
Setor solicitante: Diretoria de Planejamento II Orçamento e Finanças Nome do responsável: Roberta Aparecida Figueiredo Vieira Telefone: (31)99730-4111 E-mail: robertaafv@gmail.com
OBJETIVOS DA AÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilitar às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e aos alunos do curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras/Betim, que atendem ao SUS/Betim, conhecer de forma comparativa o desenvolvimento do processo de trabalho das eSB no Brasil, entre dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB, em relação ao planejamento das ações e planejamento com a utilização de informações do território, participação das eSB em reuniões da ESF e trabalho compartilhado, oferta de consulta por demanda espontânea, agendada e de retorno e auto avaliação da equipe. • Subsidiar a Coordenação do Programa de Saúde Bucal do Município de Betim para o planejamento de estratégias de melhoria do acesso e qualidade da atenção na saúde bucal, considerando um comparativo das atividades do processo de trabalho das ESB participantes do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB.
PUBLICO ALVO
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de Saúde da Família /SUS-Betim • Equipe de Saúde Bucal /SUS-Betim • Equipe de coordenação do Programa de Saúde Bucal e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG. • Alunos e coordenação do Curso de Odontologia da Faculdade Pitágoras /Betim, que atendem no SUS/Betim.
RESULTADOS ESPERADOS /PRETENDIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Equipes de Saúde Bucal do Município de Betim com apropriação dos dados da pesquisa. • Disponibilização de uma referência nacional para a discussão do processo de trabalho das eSB do Município de Betim, tendo como referência a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) • Divulgação de informações relevantes sobre o desenvolvimento da PNSB no Brasil • Troca de experiências entre as eSB/SUS Betim sobre o processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados do trabalho de pesquisa da aluna Roberta Aparecida Figueiredo Vieira, do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG). • Exposição dialogada.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 gabinete.saudebetim2017@gmail.com
 TELEFONE: (31) 35123407 | 35123429
 RUA PARÁ DE MINAS, 640, BRASILEIA - BETIM | MG - CEP.: 32600-412



CARGA HORÁRIA
01 hora
LOCAL
Plataforma Virtual: Data e horário:
PROGRAMAÇÃO
Apresentação dos participantes: 10 minutos Apresentação dos objetivos da atividade: 5 minutos Exposição dialogada dos resultados da pesquisa: 20 minutos Discussão dos resultados: 20 minutos Encerramento: 5 minutos
AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO
Avaliação no final evento por meio digital Avaliação de presença
MONITORAMENTO POSTERIOR À AÇÃO
Discussão dos resultados da pesquisa nas eSB / SUS Betim sob orientação da Coordenação de Saúde Bucal do Município e contribuição das informações para a melhoria da atenção à saúde bucal no município.

Comissão Organizadora:

Estudante do Mestrado Profissional FO UFMG
 Roberta Aparecida Figueiredo Vieira

Professores da UFMG:
 Prof. Dr. João Henrique Amaral(orientador)
 Profª Drª Mara Vasconcelos (coorientadora)
 Profª. Drª. Raquel Conceição Ferreira



APÊNDICE C - Ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Betim

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PARÁ DE MINAS, 640, BRASILEIA – BETIM/MG
CEP: 32600-412

Ofício nº 088

Betim 02 de agosto de 2020

Sra. Andrea Maria Duarte Vieira

Coordenadora do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da UFMG


Prezada Professora

A Secretaria Municipal de Saúde de Betim, através da Diretoria de Planejamento II Finanças e Orçamento, solicita a FOUFG (Coordenação do Curso de Mestrado Profissional) a parceria para eventos de educação permanente aos servidores, mediante apresentação de produto técnico, como resultado do Mestrado Profissional.

Salientamos que a Secretaria Municipal de Saúde de Betim, por valorizar os processos de educação permanente no SUS, deferiu a participação de servidores no Mestrado Profissional e em contrapartida, os mesmos deverão apresentar os resultados da pesquisa, como multiplicadores da ciência no Município.

Os projetos deverão elaborados e desenvolvidos pelos alunos do Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da UFMG, sem ônus para o Município e após aprovação da Diretoria envolvida, serão oferecidos sob a forma de capacitação aos servidores.

Atenciosamente


Paulo Henrique Silva Maia
Diretor de Planejamento Finanças e Orçamento
Secretaria Municipal de Saúde de Betim

ANEXO

ANEXO A - Confirmação de submissão do artigo ao periódico *Journal Public Health Dentistry*

04/10/2020 ScholarOne Manuscripts

Journal of Public Health Dentistry

Home

Author

Review

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Journal of Public Health Dentistry

Manuscript ID
JPHD-OA-10-20-0422

Title
DISPARITIES IN THE WORK PROCESS OF ORAL HEALTH TEAMS IN BRAZIL: an analysis of two evaluation cycles

Authors
Vieira, Roberta A.
Vasconcelos, Mara
Conceição Ferreira, Raquel
Amaral, João Henrique

Date Submitted
04-Oct-2020

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2020. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)



Author Guidelines

Journal of Public Health Dentistry **Instructions for Contributors**

The *Journal of Public Health Dentistry* (JPHD) is devoted to the advancement of public health dentistry through the publication of related research, practice, and policy developments. We publish, after peer review and/or editorial consideration, original research articles, brief reports, systematic reviews, articles addressing new research methods, community action reports, special issues, guest editorials and commentaries, letters to the editor, and book reviews.

Regular-length scientific articles should be between 2,500 and 3,500 words in length, with no more than six tables or figures and fewer than 30 references (estimated to be a total of 21 or fewer double-space pages). Systematic reviews are similar in length but with different expectations regarding references and tables, based on the results of the review. Authors are strongly encouraged to discuss systematic reviews with the editor prior to initiating the review to ensure that they are carried out in accordance with best practices (e.g., QUORUM guidelines) and their length can be accommodated by the Journal.

Brief Communications are 1,000–1,500 words, no more than two tables or figures, an abstract of 150 words or less, and 10 or fewer references. Brief Communications, commentaries, and systematic reviews undergo peer review similar to regular scientific manuscripts.

Community Action Reports, highlighting practice-based programs or policy initiatives, commentaries, and guest editorials of widespread interest to the dental public health community are 1,000–1,500 words. Special Issues and Supplements to regular issues may be published, the full cost being paid by the authors or sponsoring agency. Contact the editor for further information.

Preparation of Manuscripts

Submissions must be in English and conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The complete document appears in *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm>.

If you feel that your paper could benefit from English language polishing, we recommend that you have your paper professionally edited for English language by a service such as Wiley's at <http://wileyeditingservices.com>. Please note that while this service (which is paid for by the author) will greatly improve the readability of your paper, it does not guarantee acceptance or preference of your paper by the journal.

Submission of Manuscripts

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Authors will be directed through the submission process at the Website. The submission system will prompt authors to use an ORCID iD (a unique author identifier) to help distinguish their work from that of other researchers. [Click here](#) to find out more.

Use double-spacing throughout, including title pages, abstract, text, acknowledgments, references. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text,

acknowledgments, references, and individual tables and figures. Number pages consecutively in the upper right-hand corner of each page, beginning with the title page. Our reference book is Merriam-Webster Collegiate Dictionary, 11th edition (Springfield, MA: Merriam-Webster, 2003).

Format and Style of Scientific Articles

Title Page. To facilitate the masked review process, include a title page giving only the title of the manuscript and not identifying authorship. Authors' names should not appear on any manuscript page or in revision where track changes are being used.

Abstract. The second page should carry an abstract of no more than 250 words (150 for Brief Communications) consisting of four paragraphs, labeled **Objectives, Methods, Results, and Conclusions**. These sections should describe the problem being addressed in the study, how the study was performed, the salient results (without statistical tests), and what the authors conclude from the results.

Key Words. Below the abstract, provide, and identify as such, three to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing your article. At least three terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used. The use of MeSH headings greatly facilitates the identification of your article by online search engines and improves the likelihood that interested readers can retrieve your article. Assistance in locating MeSH headings is provided at:

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Text. Divide text of scientific articles into sections labeled Introduction, Methods, Results, and Discussion. For other types of articles, consult recent issues of the JPHD for further guidance. All acronyms must be spelled out when they first appear in the text.

Introduction. Clearly state the purpose of the article and summarize the rationale for the study. Give only strictly pertinent references, and do not review the subject extensively.

Methods. Describe your methods clearly and in sufficient detail to allow other workers to clearly understand the approach used. Authors are highly encouraged, where appropriate, to use a hypothesis driven approach. Give references to established methods, including statistical methods; provide references and brief descriptions for methods that have been published but are not well known; describe new or substantially modified methods, give reasons for using them, and evaluate their limitations. When reporting investigations involving human subjects, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and provide within the text a statement noting the ethics committee, by name, that reviewed the study protocol. Manuscripts reporting human subjects studies without ethics committee review will not be considered for publication.

Results. Present results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or figures; rather emphasize or summarize only important observations.

Discussion. Organize the discussion as follows: 1) Briefly summarize the most important findings, emphasizing what new knowledge is provided from this study. If the study was hypothesis driven, clearly state whether the results support or do not support the hypothesis. Do not repeat in detail data given in the Results section. 2) Compare the study findings with the extant relevant literature, drawing attention to salient differences and note the implications of the findings within that context. 3) Discuss the study's limitations and how these could impact interpretation. 4) Provide a succinct conclusion statement or paragraph. Avoid unqualified statements and conclusions not well supported by your results. State new hypotheses when warranted by the results, but clearly label them as such. Include recommendations when appropriate.

Acknowledgments. Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Obtain written permission from persons acknowledged by name, because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. A description of sources of funding, financial disclosure, and the role of sponsors must be included in this section

Conflicts of Interest. Include this section as part of Acknowledgements, but only if the authors have personal financial interests related to the subject matters discussed in the manuscript.

Footnotes and Appendices. Except in tables and figures, footnotes should not be used. Appendices may be placed on the JPHD website by Blackwell after consultation with the editor.

References. References for research manuscripts are in general limited to no more than 30; for brief communications please limit to ten or fewer. The author(s) must verify cited references against the original

documents. JPHD uses the "Vancouver" style and information can be found at the Uniform Requirements page and well as some examples at (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals using superscript formatting; number consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Avoid using abstracts as references. Abstracts not published in the periodical literature (e.g., printed only in an annual meeting program) may be cited only as written communications in parentheses in the text. "Unpublished observations" and "personal communications" may not be used as references, although references to written, not oral, communications may be inserted (in parentheses) in the text. For papers accepted but not yet published; designate the journal and add "in press." Information from manuscripts submitted but not yet accepted should be cited in the text as "unpublished observations" (in parentheses). Acceptable forms of references are based on an ANSI standard style adapted by the National Library of Medicine and authors are encouraged to refer to the examples of reference styles provided in the Uniform Requirements. Systematic reviews do not have a specific limitation on number of references.

Tables. Type each table on a separate page. Number tables with an Arabic numeral consecutively and supply a brief title for each. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations used in each table. (Please refer to the JPHD, Volume 60, No. 4, page 347-8 to confirm these characters if you plan to use these symbols).

Illustrations and Legends. Submit the required number of complete sets of figures. Figures should be of a high standard and if necessary, professionally drawn. Label each figure indicating the number of the figure. Cite each figure in the text in consecutive order. Type or print out legends for illustrations using double spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, identify and explain each one clearly in the legend. Explain the internal scale and identify the method of staining in photomicrographs. The Journal cannot reproduce color images or figures.

Photographs of People. The Journal of Public Health Dentistry follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or her permission is required to publish the image. The corresponding author may submit a letter signed the patient authorizing the Journal of Public Health Dentistry to publish the image/photo. Or, a form provided by the Journal of Public Health Dentistry (available [here](#) or by clicking the "instructions and Forms" link in Manuscript Central) may be downloaded for your use. The approval must be received by the Editorial Office prior to final acceptance of the manuscript for publication. Otherwise, the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, tattoos, scars, etc.). The Journal of Public Health Dentistry will not publish patient photographs that will in any way allow the patient to be identified, unless the patient has given their express consent.

Publication

Prior and Duplicate Publication. Manuscripts are not accepted for consideration if they are based on work that has been or will be published or submitted elsewhere before appearing in the JPHD. Exceptions are consistent with the policy on duplicate or redundant publication developed by the International Committee of Medical Journal Editors *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifreq.htm>. Copies of any closely related manuscripts should be submitted to the editor along with the manuscript that is to be considered by the JPHD.

Authorship

All persons designated as authors should qualify for authorship. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should be based only on substantial contributions to: (1) conception and design, or analysis and interpretation of the data; and to (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on (3) final approval of the version to be published. Conditions 1, 2, and 3 must all be met. The editor may ask for verification of these conditions for each author.

Copyright Issues

JPHD encourages the posting of manuscripts resulting from NIH-funded research to PubMed Central (www.pubmedcentral.nih.gov) in order to promote public access to critical research findings. Authors

whose manuscripts are accepted for publication in JPHD may post the final, edited version of the manuscript as soon as the printed journal version is distributed.

Submission of Manuscripts and Correspondence

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at:

<http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Follow the guidelines for submitting at the site.

Questions on manuscript submission, cover letters, and copyright assignments should be directed to the journal administrator at: ssteil@associationcentral.org.

Questions regarding the appropriateness of articles for the journal or questions about the review and acceptance process should be directed to the editor at: rjw1@dental.pitt.edu.

A covering letter, signed by all authors, should be mailed or FAXED (217-529-9120) to be received at the same time as the manuscript. A scanned copy of a signed letter, sent electronically as a PDF, is also acceptable. It should include (1) information on prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of the work as defined in the Uniform Requirements; (2) a statement of financial or other relationships that might lead to a conflict of interest; (3) a statement that the manuscript has been read and approved by all the authors, that the requirements for authorship have been met, and that each author believes that the manuscript represents honest work; and (4) the name, address, and telephone number of the corresponding author who is responsible for communicating with the other authors about revisions and final approval of the proofs. A scanned copy of the signed letter may be sent electronically or mailed to the journal administrator at above address.

Manuscript Submitted Previously to Another Journal

If a manuscript recently underwent peer review by another journal, authors should disclose this information. They should include either the previous critique or a cover letter with the new submission that explains how the authors have modified the manuscript to address the previous (outside) critique.

Review and Action

Manuscripts are acknowledged upon receipt, reviewed by the editorial staff, and if they meet minimal publication criteria, are sent to at least two outside referees for a blind review.

Accepted manuscripts are examined and editorial revisions likely will be made to add clarity and to conform to the JPHD style. Authors will be sent proofs prior to printing. Upon acceptance, papers become the permanent property of the JPHD and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the editor.

Peer Reviewer Nominations

The editor selects the reviewers for each submission and encourages recommendations for reviewers from submitting authors. Thus, during the submission process, authors may nominate 2 to 4 external referees to review their manuscript (please provide at least their name and email address). The best reviewers are authors of publications on which your research builds and which you cite. Peer reviewers must have a publishing track in the area the manuscript deals with.

When suggesting peer reviewers, conflicts of interests should be avoided, that is, suggested referees should not:

- be from the same department or (ideally) the same university;
- have been a research supervisor or graduate student of one of the authors within the past five years;
- have collaborated with one of the authors within the past five years or have plans to collaborate in the immediate future;
- be employees of non-academic organizations with which one of the authors has collaborated within the past five years; or
- be in any other kind of potential conflict of interest situation (eg, personal, financial).

We ask applicants not to contact suggested referees in advance. The editor reserves the right to send the manuscript to other referees.

Reporting Guidelines for Specific Study Designs

Authors are encouraged to consult best practice guidelines relevant for their research design. Research reports frequently omit important information.

Randomized Controlled Clinical Trials (RCTs) are highly encouraged and should be reported in accordance with the CONSORT statement (<http://www.consort-statement.org/>).

A diagram illustrating the flow of participants through the trial is required (<http://www.consort-statement.org/index.aspx?o=1077>). Please complete and include the CONSORT checklist with the submission.

In accordance with recommendations from the ICMJE (Uniform Requirements) it is strongly recommended that RCTs be registered in a WHO accredited trial registry (this is mandatory for industry sponsored trials). Please mention the International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN) (or a comparable trial identifier) at the end of the abstract (in brackets), as well as when you first mention the acronym of a RCT in the manuscript.

Reporting guidelines have also been developed for a number of other study designs and as JPHD encourages reviewers to use these guidelines during the peer review process, authors are well advised to use these checklists as well during research planning and manuscript preparation. Examples include: for observational epidemiology studies the STROBE guidelines (<http://www.strobe-statement.org/>) and for meta-analysis and systematic reviews the QUORUM statement, (Lancet. 1999 Nov 27;354(9193):1896-900).

Early View

The Journal is part of the Wiley Interscience Early View service. Articles are published on a regular basis online in advance of their appearance in a print issue. These articles are fully peer reviewed, edited, and complete—they only lack page numbers and volume/issue details—and are considered fully published from the date they first appear online. This date is shown with the article in the online table of contents. Because Early View articles are considered fully complete, please bear in mind that changes cannot be made to an article after the online publication date even if it is still yet to appear in print.

The articles are available as full text HTML or PDF and can be cited as references by using their Digital Object Identifier (DOI) numbers. For more information on DOIs, please see <http://www.doi.org/faq.html>.

To view all the articles currently available, please visit the journal homepage at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphd.2008.9999.issue-9999/issuetoc>. Upon print publication, the article will be removed from the Early View area and will appear instead in the relevant online issue, complete with page numbers and volume/issue details. No other changes will be made.

The implementation of Early View for JPHD represents our commitment to publishing articles as soon as possible for readers, reducing time to publication considerably without sacrificing quality or completeness.

NIH Policy

Wiley-Blackwell supports authors by posting the accepted version of articles by NIH grant-holders to PubMed Central. The accepted version is the version that incorporates all amendments made during peer review, but prior to the publisher's copy-editing and typesetting. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication in the journal. The NIH mandate applies to all articles based on research that has been wholly or partially funded by the NIH and that are accepted for publication on or after April 7, 2008. For more information about the NIH's Public Access Policy, visit <http://publicaccess.nih.gov>.

Wiley-Blackwell also offers its [OnlineOpen and Funded Access](#) services. Upon payment of the OnlineOpen or Funded Access fee, we will deposit the published version of the article into PubMed Central, with public availability in PubMed Central and on the journal's website immediately upon publication.

Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the Copyright Assignment Form

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright form to sign. The terms and conditions of the copyright form can be previewed [here](#).

Terms and Conditions

Please do not complete this PDF until you are prompted to login into Author Services as described above.

Note to Contributors on Deposit of Accepted Version

Funder arrangements

Certain funders, including the NIH, members of the Research Councils UK (RCUK) and Wellcome Trust require deposit of the Accepted Version in a repository after an embargo period. Details of funding arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>. Please contact the Journal production editor if you have additional funding requirements.

Institutions

Wiley has arrangements with certain academic institutions to permit the deposit of the Accepted Version in the institutional repository after an embargo period. Details of such arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy, please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

Tools

-  [Submit an Article](#)
-  [Browse free sample issue](#)
-  [Get content alerts](#)
-  [Subscribe to this journal](#)

Published on behalf of the American Association of Public Health Dentistry

