

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Érika Talita Silva

**PROTAGONISMO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NO BRASIL: *UM ESTUDO
A PARTIR DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
PARA A ATENÇÃO BÁSICA***

Belo Horizonte
2023

Érika Talita Silva

**PROTAGONISMO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO
PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NO BRASIL: *UM ESTUDO
A PARTIR DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
PARA A ATENÇÃO BÁSICA***

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna

Coorientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2023

Ficha Catalográfica

S586p Silva, Érika Talita.
2023 Protagonismo das equipes de saúde bucal no processo de
T trabalho em equipe no Brasil: um estudo a partir dos dados
do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica /
Érika Talita Silva. -- 2023.

113 f. : il.

Orientadora: Maria Inês Barreiros Senna.
Coorientadora: Raquel Conceição Ferreira.

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

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde bucal. 3. Avaliação de processos em cuidados de saúde. 4. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 5. Gestão em saúde. I. Senna, Maria Inês Barreiros. II. Ferreira, Raquel Conceição. 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

PROTAGONISMO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NO BRASIL: UM ESTUDO A PARTIR DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

ERIKA TALITA SILVA

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 29 de setembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Maria Inês Barreiros Senna - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Raquel Conceição Ferreira
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Ana Maria Freire de Souza Lima
UFRB

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Maria Freire de Souza Lima, Usuário Externo**, em 29/09/2023, às 11:10, 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 **Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri, Professora do Magistério Superior**, em 29/09/2023, às 11:21, 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 **Raquel Conceição Ferreira, Professora do Magistério Superior**, em 29/09/2023, às 11:21, 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 **Maria Ines Barreiros Senna, Coordenador(a) de coordenadoria**, em 29/09/2023, às 11:22, 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 **2651522** e o código CRC **37D2D4A6**.

Dedico este trabalho a todos/as que me ajudaram ao longo desta caminhada, familiares, professores e equipe de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus “toda honra, toda glória, todo louvor e toda GRATIDÃO!”.

À minha mãe Alice, minha irmã Michelle e a minha Tia Regina por todo apoio que me permitiu chegar até aqui. Três mulheres inspiradoras, exemplo de disciplina, coragem, empatia e amor, das quais tenho o privilégio de conviver todos os dias.

Ao meu filho Luiz Antônio, o grande amor da minha vida e motivação diária. E a Helena, minha afilhada muito amada. Desejo que vocês alcem voos e atinjam seus objetivos com amor, dedicação e humildade.

À minha querida orientadora Profa Maria Inês, agradeço por todo carinho, incentivo, aprendizado, paciência e humanidade. E a Profa Raquel Ferreira, minha coorientadora, agradeço por todo o aprendizado e confiança. Vocês duas formam uma dupla espetacular de orientadoras, sem competições, sem vaidades e com muito comprometimento e dedicação. Obrigada pela oportunidade de desenvolver este Projeto. Vocês são as minhas inspiração de educadoras que incentivam a autonomia, protagonismo e o pensamento crítico dos alunos.

À Faculdade de Odontologia da UFMG, todos os professores e coordenação do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, agradeço a acolhida e todo o conhecimento adquirido durante esta formação.

À todos da equipe do Núcleo Paixão (Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da FAO/UFMG) agradeço pelo compartilhamento de saberes durante a construção dos produtos científicos e técnicos deste estudo.

Aos colegas de trabalho da Faculdade de Odontologia da UFMG (técnicos-administrativos, professores e terceirizados), pela longa convivência repleta de muito aprendizado e laços fraternos. Agradeço todos os ensinamentos, incentivo, torcida e orações nos momentos bons e ruins que compartilhamos juntos.

Aos colegas do mestrado pela convivência prazerosa que me permitiu conhecer o cotidiano de trabalho no SUS, vivenciados por vocês, e que contribui significativamente para o desenvolvimento deste trabalho. Em especial agradeço ao grupo de estudo e trabalho “Àgora”, pelo companheirismo, carinho e compartilhamento de saberes, construído ao longo desta trajetória.

Aos colegas, gerência e diretoria da Fundação Christiano Ottoni, que me receberam tão bem, na transição de emprego. Obrigada pela recepção! Vocês contribuíram para que este momento fosse mais leve.

À Fundação de Amparo a Pesquisa (FAPEMIG) pelo financiamento por meio do Programa Pesquisa para o SUS APQ-00763-20 e PPM-00603-18, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Processo: 310938/2022-8 e a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pelo apoio na construção do produto técnico.

“No fim tudo dá certo, e se ainda não deu certo é porque não chegou no fim.”

Fernando Sabino

RESUMO

Avaliar o protagonismo das Equipes de Saúde Bucal no processo de trabalho em equipe no Brasil, por meio de indicadores elaborados a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), ao longo de cinco anos. Estudo ecológico com dados secundários extraídos do SISAB no período de 2018 a 2022, cujas unidades de análise foram o Brasil e suas macrorregiões. Foram selecionados seis indicadores de matriz avaliativa validada e calculados a partir dos registros na Ficha de Atividade Coletiva: Grau de protagonismo das equipes de Saúde Bucal (eSB), nas reuniões de equipe e Grau de organização das eSB, em relação às pautas das reuniões. Foi realizada análise descritiva e da amplitude da variação dos indicadores ao longo do tempo e calculado o índice de disparidade para estimar e comparar a magnitude das diferenças entre as regiões no ano de 2022. No Brasil as proporções de reuniões de equipe lideradas por profissionais da eSB variaram de 3,06% a 4,04%, durante todo o período do estudo (2018-2022). No mesmo período, o Nordeste e o Sul foram as regiões que apresentaram maiores (3,71% a 4,88%) e menores proporções (1,21% a 2,48%), respectivamente. No período de 2018 a 2022 houve uma redução do indicador Grau de protagonismo das eSB no Brasil e nas macrorregiões. Os temas mais frequentes em reuniões sob responsabilidade das eSB foram processo de trabalho (54,71% a 70,64%) e diagnóstico e monitoramento do território (33,49% a 54,48%). Os temas menos frequentes foram educação permanente (14,69% a 30,12%) e discussão de caso/projeto terapêutico singular (5,45% a 25,85%). As maiores disparidades entre as regiões foram observadas para o indicador Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular. Esse estudo é decorrente da elaboração do produto técnico: “Dicionário de Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária” que apresenta uma matriz de indicadores para o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal que foi elaborada a partir dos registros rotineiros dos profissionais na estratégia e-SUS APS e calculados a partir dos dados públicos do SISAB. A seguir, foi desenvolvido o “Painel de Indicadores para o Monitoramento dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde”, ferramenta interativa digital inédita que demonstra por meio de gráficos e figuras os 54 indicadores mensuráveis de saúde bucal e a “Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal”, que tem o objetivo de calcular os referidos indicadores no âmbito das eSB. O protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (APS) é incipiente e apresenta disparidades regionais desafiando gestores e eSB para o rompimento do isolamento e a falta de integração visando a oferta de atenção à saúde integral e de qualidade ao usuário do SUS. Os produtos técnicos desenvolvidos formam um conjunto de ferramentas tecnológicas que ampliam a capacidade avaliativa dos serviços de saúde bucal no SUS, apoiando a gestão e a tomada de decisão baseada em informação.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde bucal; avaliação de processo; indicadores; gestão em saúde.

ABSTRACT

Protagonism of oral health teams in the work process in Brazil: a study using data from the health information system for primary care

To evaluate the protagonism of the Dental Care Team in the teamwork process in Brazil, using indicators developed from data from the Health Information System for Primary Care), over a period of five years. Ecological study with secondary data extracted from SISAB from 2018 to 2022, whose units of analysis were Brazil and its macro-regions. Six indicators of a validated evaluation matrix were selected and calculated from the records in the Collective Activity Form: Degree of protagonism of Dental Care Team in team meetings and Degree of organization of the Dental Care Team, in relation to the agendas of the meetings. A descriptive analysis of the range of variation of the indicators over time was carried out and the disparity index was calculated to estimate and compare the magnitude of the differences between the regions in the year 2022. In Brazil, the proportions of team meetings led by eSB professionals ranged from 3.06% to 4.04%, throughout the study period (2018-2022). In the same period, the Northeast and the South were the regions with the highest (3.71% to 4.88%) and lowest proportions (1.21% to 2.48%), respectively. In the period from 2018 to 2022, there was a reduction in the indicator Degree of protagonism of Dental Care Team in Brazil and in the macro-regions. The most frequent topics in meetings under the responsibility of the Dental Care Team were work process (54.71% to 70.64%) and territory diagnosis and monitoring (33.49% to 54.48%). The least frequent themes were continuing education (14.69 to 30.12%) and discussion of a case/single therapeutic project (5.45% to 25.85%). The greatest disparities between the regions were observed for the indicator Degree of organization of the Dental Care Team in relation to the discussion of the case and the singular therapeutic project. This study stems from the elaboration of the technical product: "Dictionary of Indicators for the Evaluation of Oral Health Services in Primary Care" which presents a matrix of indicators for monitoring and evaluating the quality of oral health services that was elaborated from the routine records of professionals in the e-SUS PHC strategy and calculated from public data from Health Information System for Primary Care. Next, the "Indicator Panel for Monitoring Oral Health Services in Primary Health Care" was developed, an unprecedented digital interactive tool that demonstrates, through graphs and figures, the 54 measurable indicators of oral health and the "Indicator Calculator de Saúde Oral", which aims to calculate the referred indicators within the scope of the Dental Care Team. The leading protagonism of the Dental Care Team in the teamwork process in Primary Health Care is incipient and presents regional disparities, challenging managers and Dental Care Team to break the isolation and lack of integration, aiming at offering comprehensive and quality health care to the Unified Health System user. The technical products developed from a set of technological tools that expand the evaluation capacity of oral health services in the Unified Health System, supporting management and decision-making based on information.

Keywords: primary health care; oral health; process assessment; indicators; health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Indicadores de pagamento por desempenho para o 1º Quadrimestre de 2023 - Previne Brasil	19
Figura 1 - (Artigo)	Filtros no SISAB para obtenção do numerador (NUM) e (denominador) dos indicadores	50
Figura 2 -	Composição das equipes de Saúde Bucal - eSB	24
Figura 3 -	Atribuições de destaque do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica	25
Figura 4 -	PRISMA 2020 Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluam buscas em bases de dados, protocolos e outras fontes	32
Figura 5 -	Mapa Político Regiões do Brasil	41
Figura 6 -	Modelo teórico adaptado de Colussi	42
Figura 7 -	Aba Relatório Saúde/Atividade Coletiva – SISAB	48
Figura 8 -	Filtros no SISAB para obtenção do numerador (NUM) e denominador (DEM) dos indicadores	50
Figura 9 -	Dicionário de indicadores para avaliação dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	76
Figura 10 -	Ficha de descrição do Dicionário de indicadores para avaliação dos serviços de saúde bucal na APS - Modelo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs	77
Figura 11	Ficha de descrição do Painel de indicadores para monitoramento dos serviços de saúde na APS - Modelo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs	79
Figura 12 -	Camadas de dados	81
Figura 13 -	Visão página inicial painel	82
Figura 14 -	Menu Indicadores	82
Figura 15 -	Página personalizada indicadores	83
Figura 16 -	Ficha de qualificação dos indicadores	83
Figura 17 -	Visão macro por estado	84
Figura 18 -	Visão detalhada por município	84

Figura 19 -	Gráfico de linhas e bolhas	85
Figura 20 -	Exportação dos dados	86
Figura 21 -	Planilhas <i>google</i> geradas extração de dados	86
Figura 22 -	Escolha seu indicador para análise	89
Figura 23 -	Comparação de indicadores	87
Figura 24 -	Página inicial da calculadora de indicadores	88
Figura 25 -	Seleção de indicadores para o cálculo	89
Figura 26 -	Inserção dos dados do numerador/denominador	90
Figura 27 -	Resultado dos indicadores	91
Figura 28 -	Ficha de descrição da Calculadora de indicadores de Saúde Bucal - Modelo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Indicadores de saúde bucal propostos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em seus 1º, 2º e 3º Ciclos	18
Quadro 2 -	Conjunto de indicadores estratégicos e ampliados para avaliação da atuação das eSB - Portaria GM/MS Nº 960	19
Quadro 3 -	Fundamentos do processo de trabalho das eSB	26
Quadro 4 -	Conceituação dos temas das reuniões de equipe Manual e-SUS APS. 2018	30
Quadro 5 -	Descritores e estratégias de busca utilizados nas bases de dados PubMed e BVS	31
Quadro 6 -	Tipos de estudos nacionais que avaliam a gestão da saúde bucal na APS	33
Quadro 7 -	Número de indicadores de acordo com as dimensões Provimento de Serviços de Saúde Bucal e Gestão da Saúde Bucal e suas subdimensões	43
Quadro 8 -	Indicadores selecionados de Saúde Bucal: e-SUS, Dimensão Gestão em Saúde Bucal - Subdimensão Processo de Trabalho das eSB	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - (Artigo)	Descrição dos indicadores de processo de trabalho em equipe. Brasil e macrorregiões brasileiras (2018-2022)	61
Tabela 2 - (Artigo)	Taxa de variação dos indicadores de processo de trabalho em equipe. Brasil e macrorregiões brasileiras (2018-2022)	63
Tabela 3 - (Artigo)	Índice de Disparidade (ID) entre as regiões geográficas no grau de protagonismo e na organização das eSB em relação aos temas das reuniões de equipe, Brasil 2022	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
BBO	Biblioteca Brasileira de Odontologia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CENEX/FAO	Centro de Extensão
CD	Cirurgião-Dentista
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EqAB	Equipes de Atenção Básica Equipes de Atenção Básica
DEM	Denominador
DESF	Departamento de Saúde da Família e Comunidade (/SAPS/MS)
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
eMulti	Equipes Multiprofissionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FAO/UFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
RHM	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
IND	Indicador
ID	Índice de Disparidade
MS	Ministério da Saúde

NUM	Numerador
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SES/MS	Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso do Sul
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
Tax. Var	Taxa de Variação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	22
2.2 Processo de trabalho em equipes na APS	27
2.3 Reuniões de equipe: um dispositivo para a organização do trabalho	28
2.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e o registro das atividades coletivas na Estratégia e-SUS	29
2.5 Estudos nacionais e indicadores que avaliam a gestão da saúde	30
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo geral	39
3.2 Objetivos específicos	39
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	40
4.1 Delineamento do estudo	40
4.2 Modelo teórico utilizado para avaliação dos serviços de saúde bucal	41
4.3 Fonte de dados	47
4.4 Extração dos dados	49
4.5 Cálculos dos indicadores e análise de dados	51
5 RESULTADOS	52
5.1 Artigo científico	53
5.2 Produtos técnicos	75
5.2.1 Dicionário de indicadores para avaliação dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	75
5.2.2 Painel de indicadores para monitoramento dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	78
5.2.3 Calculadora de indicadores de Saúde Bucal	88

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
ANEXO A – Ficha de atendimento odontológico individual	103
ANEXO B – Ficha de atividade coletiva.	104
ANEXO C – Normas de submissão de artigo da Revista Saúde Pública	105
ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo	113

1 INTRODUÇÃO

Avaliar o desempenho das equipes de Saúde Bucal (eSB) possibilita o desenvolvimento de elementos que orientam a gestão dos serviços na tomada de decisões (SANTOS, *et al.*, 2021) na elaboração de ações assertivas para a melhoria dos resultados dos serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Monitorar e avaliar como as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tem sido implementadas pode nos revelar os avanços e os problemas, direcionando o planejamento das ações por um caminho de humanização e de qualidade da atenção (LIMA; MONTEIRO; VASCONCELLOS, 2017). Por estas razões, fazem-se necessários estudos constantes de monitoramento e avaliação da gestão e da atenção em saúde bucal no Brasil. A utilização de indicadores de monitoramento e avaliação em saúde é uma recomendação dos órgãos nacionais e internacionais e também se constitui em uma prática estruturante no campo da Saúde Pública. Esta medida permitiu que ao longo dos anos, fossem analisadas a quantidade e a qualidade dos serviços prestados determinando se atendem à demanda existente de forma adequada e eficiente (FRANÇA *et. al*, 2018) assim como medir os efeitos das ações, projetos e programas na melhoria das condições de vida e saúde da população.

Várias iniciativas do Ministério da Saúde (MS) foram propostas para a implementação da cultura avaliativa no SUS, a saber: Proposta de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - 2001; Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia de Saúde da Família - 2005; Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - 2007; Uso do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*PCATool-Brasil*) - *Primary Care Assessment Tool* - 2010 e Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - 2011 e o Previne Brasil - Modelo de financiamento para a Atenção Primária a Saúde - APS (2019).

Destaca-se que o PMAQ no período de 2011 a 2015 desenvolveu três ciclos avaliativos: 1º (2011), 2º (2013) e o 3º (2015). Os 1º e o 2º Ciclos contemplaram sete indicadores de saúde bucal, classificados na categoria de acesso ao cuidado, oferta de serviços e resolutividade e continuidade. Na vigência do 3º ciclo do PMAQ-AB, foram definidos três indicadores de saúde nas já referidas categorias do 1º e 2º ciclos, conforme apresentado no Quadro 1 (FRANÇA *et al.*, 2020).

Quadro 1 - Indicadores de saúde bucal propostos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em seus 1º, 2º e 3º Ciclos

1º e 2º Ciclos PMAQ	
Categorias	Indicadores
Acesso ao Cuidado	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante
	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante
Oferta de serviços	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Resolutividade e continuidade	Média de instalação de próteses dentárias
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
3º Ciclo PMAQ	
Categorias	Indicadores
Acesso ao cuidado	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Oferta de serviços	Percentual de serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal
Resolutividade e continuidade	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Fonte: Adaptado pela autora de FRANÇA *et. al*, 2020, p. 4.

O PMAQ foi extinto em dezembro de 2019, passando a prevalecer o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019). Esse modelo de financiamento alterou algumas formas de repasse das transferências para os municípios e estava focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2020). Cabe ressaltar que foi selecionado um único indicador de saúde bucal, conforme a Figura 1 (SESRS, 2023).

Figura 1 - Indicadores de pagamento por desempenho para 1º Quadrimestre de 2023 - Previne Brasil

Ações estratégicas	Indicador
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
Saúde da mulher	Cobertura de exame citopatológico na APS
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difetéria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadaspor Haemophilus Influenza e tipo b e Poliomielite Inativada
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre

Fonte: SESRS, 2023.

Com o início do governo do Presidente Lula (2023), o MS por meio da Portaria GM/MS Nº 960 de 17 de julho de 2023, aprimou o estabelecimento de pagamento por desempenho, iniciado com o Previne Brasil. A partir de julho de 2023, o pagamento por desempenho na APS (SUS) às eSB das modalidades I e II, de 40 horas semanais, vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cofinanciadas pelo MS será com base em sete indicadores estratégicos e cinco ampliados de saúde bucal, conforme apresentado no Quadro 2 (BRASIL, 2023a).

Quadro 2 - Conjunto de indicadores estratégicos e ampliados para avaliação da atuação das eSB - Portaria GM/MS Nº 960/2023

(continua)

Indicadores estratégicos (7)	Indicadores ampliados (5)
<ul style="list-style-type: none"> ● Cobertura de primeira consulta odontológica programada; ● Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas; ● Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados; ● Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de gestantes; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporção de procedimentos odontológicos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais; ● Proporção de tratamentos restauradores atraumáticos - ART em relação ao total de tratamentos restauradores;

(conclusão)

Indicadores estratégicos (7)	Indicadores ampliados (5)
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de pessoas beneficiadas em ação coletiva de escovação dental supervisionada em relação ao total de pessoas cadastradas na eSB; • Proporção de crianças beneficiárias do Bolsa Família com atendimento odontológico realizado na APS em relação ao total de crianças beneficiárias do Bolsa Família; e • Proporção de atendimentos individuais pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de atendimentos domiciliares realizados pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos individuais; • Proporção de agendamentos pela eSB em até 72 horas; e • Satisfação da pessoa atendida pela eSB.

Fonte: BRASIL, 2023a.

Estudos de França *et al.* (2018, 2020) analisaram a evolução dos indicadores de saúde bucal presentes nos Pactos Interfederativos do SUS no Brasil entre 1998 e 2016. E revisaram os indicadores para avaliação e monitoramento das ações de saúde bucal no SUS, propostos no período 2000-2017. No período destes estudos, os autores observaram que os indicadores de saúde bucal foram propostos, em sua maioria, na categoria de acesso ao cuidado, cobertura do serviço e das ações preventivas e reparadoras. E mesmo após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, não houve avanços em relação aos indicadores de avaliação estudados. E estes autores recomendam a necessidade do estabelecimento de diálogos com atores de diferentes áreas para identificar e estabelecer indicadores que contemplem aspectos inerentes ao monitoramento e planejamento de ações de Saúde Bucal.

Silva e colaboradores (2020) apontaram que ao longo dos anos observou-se uma diminuição considerável no número de indicadores de saúde bucal propostos pelo MS para pactos interfederativos, condição que pode dificultar a avaliação em saúde bucal nos municípios. Reforçando esses achados, outras evidências revelam que a prática avaliativa na área de saúde bucal não está consolidada (COLUSSI; CALVO, 2012), uma vez que indicadores isolados não conseguem realizar boas análises, sendo imprescindível a definição de um conjunto deles (HARTZ; SILVA, 2005).

Neste sentido, a Resolução Nº 08, de 24 de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do MS afirma que Estados e Municípios podem discutir e pactuar indicadores de interesse regional, no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e os municípios poderão definir e acompanhar demais indicadores de interesse local, observadas as necessidades e especificidades (BRASIL, 2016).

Assim, o monitoramento de indicadores gerados a partir de dados obtidos no cotidiano dos serviços de saúde se constitui em uma importante estratégia para avaliar o processo de trabalho em saúde. Dados estes que podem ser acessados por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). “Este sistema disponibiliza informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde (Atividade Coletiva e Produção)” (FERREIRA; HOURI, 2023, p. 15)

Deste modo, são necessários estudos para avaliar a atuação das eSB no cotidiano do trabalho em equipe na APS no Brasil, utilizando indicadores elaborados a partir das variáveis do e-sus APS. Medidas como estas possibilitam a realização de diagnóstico e planejamento adequados, para promover ações mais efetivas visando minimizar os pontos fracos e maximizar os pontos fortes relacionados ao desempenho das equipes no processo de trabalho. A importância deste estudo reside, portanto, na utilização inédita dos seis indicadores que compõem subdimensão “*Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal*” da Dimensão Gestão em Saúde Bucal da Matriz de Indicadores para Monitoramento e Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (FERREIRA; HOURI, 2023).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS configura-se como o primeiro nível de atenção à saúde e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS. A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (SESPR, 2017). “Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas” (PAULA, 2018).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as principais estruturas físicas da Atenção Básica e são instaladas próximas às áreas onde vivem os usuários. Elas realizam ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

As UBS oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, curativos, visitas domiciliares, atividade em grupo nas escolas, educação em saúde, entre outras (RS, 2017, p.1). As unidades são fundamentais para garantir que os cuidados de saúde estejam disponíveis e acessíveis a todos, independentemente da sua situação financeira ou social.

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à Atenção Básica, sendo eles: Equipes de Consultórios de Rua, Programa Melhor em Casa, Programa Brasil Sorridente, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que oferece serviços, com equipe multiprofissional, às comunidades por meio das UBS. (FIOCRUZ, 2014).

Como forma de reorganizar a APS no Brasil, o MS lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que, a partir de 2006, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (BARROS, *et al.* 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a ESF como modelo de atenção prioritário para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no país (BRASIL, 2017) e espaço estratégico para a qualificação da oferta das ações de saúde do SUS (FERREIRA; HOURI, 2023). A experiência do trabalho na ESF possibilita o desenvolvimento de ações que visam mudanças na prática de saúde e autonomia dos sujeitos participantes desta proposta (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A PNAB 2017 reconhece como tipos de equipes de saúde que atuam na APS: Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB - equipe integrada à eSF ou à eAB) e Equipe de Atenção Básica (eAB). As eSF são equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo:

(I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com a PNAB (2017), independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma eAB ou eSF, é importante que a gestão e o processo de trabalho da equipe sejam compartilhados, com a responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual faz parte (BRASIL, 2017).

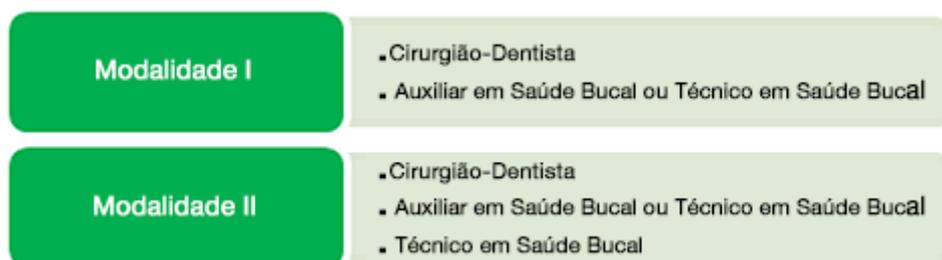
Em 29 de dezembro de 2000 a Portaria MS nº 1.444, introduziu oficialmente a Saúde Bucal na ESF, por meio dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde Bucal no programa (BRASIL, 2000). Em 2004, foram publicadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intituladas Programa Brasil Sorridente. E uma das principais linhas de ação do programa é a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal eSB na ESF (BRASIL, 2004).

A atuação da eSB na Estratégia Saúde da Família permite a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a configuração de uma equipe de

trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2013b).

As eSB podem se organizar nas modalidades I e II, de acordo com a disposição demonstrada na Figura 2.

Figura 2 - Composição das equipes de Saúde Bucal - eSB



Fonte: BRASIL, 2022.

De acordo com a Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021 “todas as eSB devem estar vinculadas a eSB ou de Atenção Primária,” (BRASIL, 2022, p.1).

Em relação à carga horária da eSB, existem as seguintes diferenciações:

- Modalidade I – 40, 30 ou 20 horas: composta por profissionais com carga horária mínima individual de 40, 30 ou 20 horas semanais.
- Modalidade II – 40 horas: composta por profissionais com carga horária mínima individual de 40 horas semanais (BRASIL, 2022, p.1).

No caso de profissionais de carga horária mínima de 30 ou 20 horas semanais será para atender, de forma excepcional, às características e necessidades de cada município (BRASIL, 2022).

2.2 Processo de trabalho em equipe na APS

O processo de trabalho em saúde das Equipes de Atenção Básica (eqAB) deve contemplar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, desde a promoção à reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011). As eqAB devem planejar ações, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social. A Figura 3 apresenta as atribuições de destaque das eqAB, segundo Lacerda e Moretti-Pires (2016).

Figura 3 – Atribuições de destaque do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica



Planejar ações que produzam impacto sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde.

Conceber saúde como um processo de responsabilidade que deve ser compartilhada entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parcerias intersetoriais e conscientizar os indivíduos, como sujeitos no processo de vigilância à saúde.



Pautar suas ações, entendendo a família como espaço social, respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, além de buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais.

Fonte: LACERDA; MORETTI-PIRES, 2016, p.32.

A atuação conjunta de profissionais de diversas áreas é um dos pilares da organização do processo de trabalho proposta pela ESF para a solução dos problemas de saúde. Neste sentido, a vinculação da eSB na ESF favorece a reorientação do processo de trabalho para um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2013b) que preconiza a articulação das ações, a interação comunicativa dos trabalhadores e a superação do isolamento dos saberes (PEDUZZI, 2001). Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a configuração de uma equipe que se relacione com os usuários, com os demais profissionais e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, por meio do planejamento de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, num determinado território (BRASIL, 2013b). Neste contexto, a realização de atividades conjuntas nas UBS e no território constitui-se em uma estratégia essencial para o trabalho em equipe e pode indicar o nível de integração entre os profissionais.

O processo de trabalho das eSB deve fundamentar-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. A definição de cada um destes fundamentos estão presentes no Quadro 3 (SESMS, 2012).

Quadro 3 - Fundamentos do processo de trabalho das eSB

(continua)

Princípios	O que é?
Universalidade da Saúde	É um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo (BRASIL, 2005).
Equidade em Saúde	É um princípio doutrinário do SUS - Significa igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário (BRASIL, 2005).
Integralidade da atenção	É um princípio fundamental do SUS - relaciona-se à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa (BRASIL, 2005).

Trabalho em equipe e interdisciplinar É uma atribuição fundamental das equipes de saúde. Grupo multiprofissional que deve ser composto de acordo com os objetivos de cada serviço de Saúde (BRASIL, 2005).

(conclusão)

Princípios	O que é?
Foco de atuação centrado no território-família-comunidade	É a atenção focada no território, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2005).
Humanização da atenção à Saúde	É uma Política do SUS - Significa humanizar a atenção à Saúde valorizando a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2005).
Responsabilização	É uma das funções da AB, visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. (SHIMAZAKI, 2009)
Vínculo	Consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” Brasil, (2012, p. 21).

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Com o intuito de garantir a operacionalização desses princípios, consideram-se os atributos da AB: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural. De forma que a “ESF propõe que atenção à saúde seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações.” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.159).

E para garantir o cuidado odontológico (integral e integrado) para o efetivo cumprimento dos atributos da APS, as eSB precisam superar o isolamento dos saberes e promover a articulação das ações em um processo de trabalho comunicativo e compartilhado no interior da equipe (SOUZA, 2012).

2.3 Reuniões de equipe: um dispositivo para a organização do trabalho

O SUS preconiza a atenção integral em saúde e convoca uma rede de profissionais com suas especificidades colocadas à disposição da ação resolutiva e com respostas conjuntas para cada situação (HONORATO; PINHEIRO, 2007). Esse conceito de rede é definido pela Política Nacional de Humanização PNH (2016) como coletivo ou multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) que compõem uma conexão na qual o processo de produção de saúde acontece. Os sujeitos implicados nesta rede são atores-chave deste processo e devem ser protagonistas, de forma compartilhada, realizando análises e intervenções nos seus espaços de atuação, conduzindo o trabalho e as mudanças. (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Dentre as atribuições comuns a todos profissionais de saúde que atuam na APS, de acordo com a PNSB, destaca-se a realização de “reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis” (BRASIL, 2017). A PNAB afirma ainda que estas “reuniões promovem a integralidade das ações de saúde e contribuem para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita” (BRASIL, 2017).

De acordo com Voltolini *et al.* (2019, p.4),

As reuniões em equipe podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, oportunidades para a socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho.

Santos-Filho e Barros (2007) reforça a importância desses dispositivos como espaços de aprendizagem no coletivo, que motivem as pessoas a participarem, espaços em que cada um tenha a percepção de crescimento pessoal e profissional na medida em que constroem no coletivo. Os encontros dos trabalhadores da saúde e movimentos coletivos, junto com os gestores têm o potencial de construção e/ou aumento de autonomia e protagonismos destes sujeitos. As reuniões técnicas fazem parte do processo de trabalho em saúde e permitem a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo

participativo e de compartilhamento de saberes (ABUHAB *et al.*, 2005).

A Política Nacional de Humanização, instituída em 2003, propõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. De acordo com o documento HumanizaSUS “Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião”. (BRASIL, 2010, p. 55).

2.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e o registro das atividades coletivas na Estratégia e-SUS

O e-SUS Atenção Básica e-SUS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2018).

Para registros das atividades coletivas no e-SUS as ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família são divididas em dois blocos: ações estruturantes (reuniões de equipe e reuniões com outras Equipes de Saúde) e ações de saúde (atividade coletiva e atendimento em grupo). As reuniões da equipe com outras equipes de saúde podem acontecer inclusive com outras equipes de AB, por exemplo, reunião entre eSF e a equipe eMulti (equipes multiprofissionais) ou reunião entre eSF e equipe de Consultório de Rua (Ecr) (BRASIL, 2018).

Os temas das reuniões de equipe podem estar relacionados a questões administrativas/funcionamento, processo de trabalho, diagnóstico/monitoramento do território, planejamento/monitoramento das ações da equipe, discussão de caso/projeto terapêutico singular e educação permanente. A equipe pode registrar mais de um tema por reunião, pois em uma mesma reunião múltiplos temas podem ser discutidos. O quadro 4 apresenta os temas de reuniões e a conceituação adotada pelo Manual e-SUS APS.

Quadro 4 – Conceituação dos temas das reuniões de equipe - Manual e-SUS APS, 2018.

01) QUESTÕES ADMINISTRATIVAS/FUNCIIONAMENTO	Reunião de equipe onde são tratadas questões administrativas e defuncionamento da unidade.
02) PROCESSO DE TRABALHO	Reunião em que será discutido o processo de trabalho da equipe, seja sobre os núcleos profissionais, questões clínicas, seja sobre o contexto geral da equipe e estabelecimento de saúde, seguindo os preceitos trazidos pela PNAB e tendo os cidadãos e o território como eixo principal e norteador da discussão.
03) DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO/MONITORAMENTO DO TERRITÓRIO	Reunião de equipe para debater a situação de saúde do território a partir de dados dos sistemas de informação em saúde, formulando indicadores e o retrato epidemiológico da população assistida.
04) PLANEJAMENTO/MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA EQUIPE	Reunião com foco no planejamento de ações de saúde a partir do diagnóstico da situação de saúde do território, com utilização de indicadores e epidemiologia dos dados de saúde.
05) DISCUSSÃO DE CASO/ PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	Reunião de equipe que tem como tema discussão do caso de saúde de um cidadão ou de uma família, podendo ter como resultado a articulação dos diversos saberes dos profissionais envolvidos diante da singularidade do sujeito, pensando novas possibilidades e caminhos para a intervenção, resultando na elaboração de um projeto terapêutico singular.
06) EDUCAÇÃO PERMANENTE	Quando a equipe desenvolve uma atividade de produção de conhecimento dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os profissionais envolvidos.
07) OUTROS	Registro de temas que não se encontram listados acima.

Fonte: BRASIL, 2018.

2.5 Estudos nacionais e indicadores que avaliam a gestão da saúde bucal na Atenção Básica

Buscando responder a questão de pesquisa: “Que tipos de estudos nacionais e indicadores que avaliam a gestão da saúde bucal na Atenção Básica?”, realizou-se uma revisão sistematizada da literatura nas bases de dados Biblioteca Brasileira de Odontologia - BBO, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO, PUBMED. As estratégias de busca e os descritores utilizados estão presentes no Quadro 5.

Quadro 5 - Descritores e estratégias de busca utilizados nas bases de dados PubMed eBVS.

Bases	Descritores	Estratégia
PubMed	<i>Health Management; Health Planning; Oral Health; Dental Care; Primary Health Care; Family Health Strategy</i>	<i>(((((Health Management) AND (Health Planning)) AND (Oral Health)) OR (Dental Care)) AND (Primary Health Care)) AND (Family Health Strategy)</i>
Biblioteca Virtual em Saúde	<i>Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Planejamento em Saúde; Saúde Bucal; Gestão em Saúde</i>	<i>(Atenção Primária a Saúde) AND (Estratégia Saúde da Família) AND (Planejamento em Saúde) AND (Saúde Bucal) AND (Gestãoem Saúde)</i>

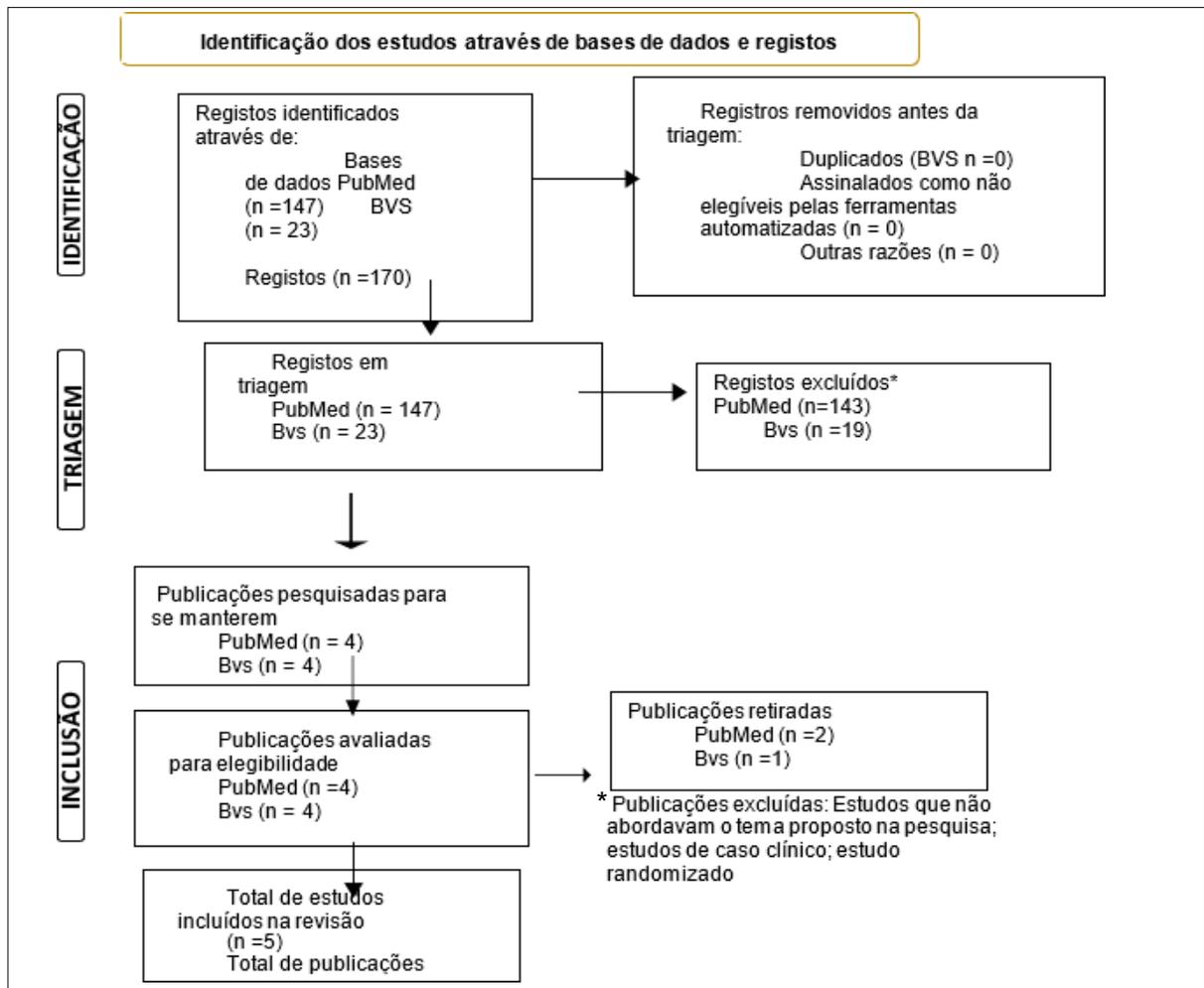
Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os critérios de inclusão foram estudos nacionais publicados em inglês, português e espanhol, que abordam a gestão e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Básica (AB). Artigos sobre os serviços de atenção especializada no Brasil e estudos de contextos internacionais foram os critérios de exclusão adotados. Foi utilizado filtro de busca “*Data de publicação: últimos 10 anos*”.

Os artigos completos foram lidos e os estudos que não apresentavam indicadores e variáveis relacionadas com as temáticas abordadas neste estudo foram excluídos. Dos artigos selecionados foram extraídos os seguintes dados: título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, referência, objetivos, tipo de estudo, local de estudo, sujeitos de estudo, indicadores, fonte de dados, coleta de dados, Resultados e Conclusão (QUADRO 6).

A busca bibliográfica nas plataformas PubMed e BVS identificaram 147 e 23 estudos, respectivamente. A seleção dos artigos ocorreu primeiro pela leitura do título e resumo, seguida pela leitura do texto completo. Foram selecionados na primeira fase, 4 estudos na base da BVS, e 4 estudos na base da PubMed. E após a leitura do texto completo foram incluídos 5 estudos. O resultado da busca é apresentado no fluxograma PRISMA, versão 2020, na Figura 4.

Figura 4 - PRISMA 2020 Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluem buscas em bases de dados, protocolos e outras fontes.



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

O Quadro 6 sistematiza os estudos nacionais que avaliam a gestão da saúde bucal na AB. Houve predominância para estudos do tipo quantitativos. Os sujeitos de pesquisa foram membros das eSB, profissionais de saúde e gestores de unidades de saúde.

Quadro 6 - Tipos de estudos nacionais que avaliam a gestão da saúde bucal na AB (continua)

Referência (Título/Autores/ Periódico/ Ano de publicação)	SANTOS, T.P.; MATTA MACHADO A.T.G.; ABREU M.H.N.G.; MARTINS, R.C. (2019) What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil . PLoS ONE 14(4): e0215429. April 18, 2019 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215429 . Acesso em: 28 mar. 2023.
Objetivo	Analisar dados para a gestão e organização da atenção primária à saúde bucal no Brasil.
Tipo de estudo	Descritivo transversal
Perguntas dos questionários dos estudos e/ou indicadores selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • A eSB realiza atividades mensais de planejamento e programação com documento que comprove isso? (Sim); • A eSB realiza monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde bucal? (Sim); • Foi realizado algum processo de autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses? (Sim)
Fonte dos dados	Microdados do 2º ciclo do PMAQ-AB entre 2013 e 2014 e abrangeu todo o território nacional e as macrorregiões do Brasil. Quinze questões foram selecionadas do questionário do segundo ciclo do PMAQ.
Sujeitos de estudo	Mil e oitocentos (Cirurgiões-dentistas brasileiros atuantes em eSB)
Coleta dos dados	Este estudo utilizou dados secundários obtidos na fase de avaliação externa do 2º ciclo PMAQ que envolveu entrevista com cirurgiões-dentistas atuantes na ESB, sobre a gestão e organização do processo de trabalho das eSB e verificação de documentos nas unidades básicas de saúde.
Resultados principais	<ul style="list-style-type: none"> • Metade das eSB brasileiras (51,0%) realiza o planejamento e a programação das atividades; • A maioria das eSB (66,4%) realizava monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde bucal. • A maioria das eSB realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 6 meses (67,5%); • Foram formados três grupos distintos de acordo com o desempenho, sendo que o cluster 1 o grupo que teve a maior organização da gestão; • Nas macrorregiões brasileiras, as eSBs mais agrupadas no Cluster 1 foram nas regiões Sudeste (87,5%), Nordeste (85,4%), Sul (82,7%) regiões, Centro-Oeste (78,4%) e o Norte (73,6%).
Conclusão	Este estudo mostrou que a maioria das eSBs tem gestão e organização satisfatórias. Contudo, alguns municípios necessitam de melhorias, principalmente no planejamento e programação de ações baseadas em indicadores de saúde e na autoavaliação.
Base	BVS

(continua)

Referência (Título/Autores/ Periódico/Ano de publicação)	ANDRAUS, S.H.C; FERREIRA, R. C; AMARAL, J. H. L; WERNECK, M. A. F. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, v. 65,n. 4, p. 335–343, out. 2017. Disponível em https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000083354 .
Objetivo	Avaliar a percepção de gestores odontológicos e cirurgiões-dentistas sobre a organização das ações de Saúde Bucal da Atenção Básica, considerando as diretrizes do PNS, na microrregião de Ituiutaba (MG), quanto ao processo de trabalho, planejamento e controle social.
Tipo de estudo	Estudo de caso exploratório e explicativo qualitativo
Perguntas dos questionários dos estudos e/ou indicadores selecionados	Categorias planejamento e processo de trabalho
Fonte dos dados	Entrevistas individuais semiestruturadas com os gestores e grupo focal com cirurgiões dentistas na área institucional da Microrregião de Saúde do município de Ituiutaba, Estado de Minas Gerais (MG),
Sujeitos de estudo	Quinze profissionais: referência técnica em saúde bucal da Gerência Regional de Saúde (RHM), representante da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SHD-MG), Oito gerentes responsáveis pelo setor de saúde bucal dos municípios e seis cirurgiões-dentistas pertencentes à área da Atenção Básica.
Coleta dos dados	A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2016. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os gestores e grupo focal com cirurgiões-dentistas. O roteiro das entrevistas e grupo focal foi inédito e adaptado do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As diretrizes incluíram a dimensão transversal ao objeto do estudo (integralidade da atenção, gestão e avaliação) e outras diretamente relacionadas ao objeto (planejamento, processo de trabalho e controle social).
Resultados principais	<ul style="list-style-type: none"> ● Existe uma orientação geral para o planejamento das ações em todos os municípios. Dessa forma, quando isso acontece, o planejamento ocorre de forma padronizada. ● As ações de “atender a demanda urgente”, e outras situações, em processos de trabalho desorganizados onde cada um age da maneira que lhe convém. ● Os sujeitos relataram ter acesso apenas parcial aos indicadores que poderiam ser utilizados nos processos de planejamento. ● A organização do trabalho das eSB tem ficado a cargo dos profissionais de cada equipe; ● Há situações em que as agendas são preparadas de forma mais integrada com outros; ● Muitas vezes não há acesso a informações epidemiológicas para avaliar as ações realizadas e planejar as próximas. ● A necessidade de atualização técnica e capacitação dos profissionais das eSB foi relatada pelos entrevistados. Os profissionais relataram ter poucas oportunidades de curso, workshop ou seminário.

(continua)

Conclusão	Este estudo revelou a existência de uma prática de planejamento centralizada e pouco participativa. Já o processo de trabalho é determinado pela demanda de urgências e atendimentos em saúde bucal. Os resultados apontam para a necessidade de um esforço de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. É de extrema importância que gestores e equipes de saúde bucal trabalhem em conjunto para promover um processo de gestão compartilhada. É importante que o processo de trabalho seja fortalecido através da organização de ações em equipe.
Base	BVS
Referência (Título/Autores/ Periódico/Ano de publicação)	MOURA, M.S; FERRO, F. E. F. D; CUNHA, N. L, da; NETTO, O. B. de SOUSA; LIMA, M. de D. M. de. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 471-480, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000200018 .
Objetivo	Analisar o perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas que trabalham na estratégia saúde da família e a partir deste, refletir sobre alguns aspectos do desenvolvimento das ações de saúde bucal em municípios de pequeno e médio porte de um colegiado do processo de regionalização da saúde no Estado do Piauí.
Tipo de estudo	Observacional, descritivo e transversal
Perguntas dos questionários dos estudos e/ou indicadores selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em Reunião com a Equipe (sim/não/às vezes); • Periodicidade da reunião (semanal, quinzenal, mensal, raramente, não se reúne); • Recebeu algum tipo de capacitação (sim/não); • A capacitação foi suficiente? (sim/não);
Fonte do dado	Não se aplica
Sujeitos de estudo	Todos os municípios de um colegiado gestor regional do Estado do Piauí, sorteado dentre os 11 existentes na versão atual do Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde do Estado. Sendo 165 CD e 111 cirurgiões dentistas cadastrados.
Coleta dos dados	Taxa de respostas CD cadastrados (165) mas, 67% responderam.
Resultados principais	<ul style="list-style-type: none"> • 46,9% dos CDs se reúnem com a equipe de saúde da família, 40,5% se reúnem às vezes e 12,6% não se reúnem; • A periodicidade da reunião em equipe é mais frequente mensalmente (31,5%), seguida de 30,7% raramente, semanalmente (13,5%), não se reúne (12,6%), e quinzenalmente (11,7%); • Capacitação: 64% receberam capacitação, 36% não foram capacitados. 35,1% consideram que a capacitação não foi suficiente;
Conclusão	Os autores consideram que persistem dificuldades para realização de educação permanente dos profissionais eSB e desconhecimento e falta de vinculação efetiva aos princípios e as práticas da ESF.
Base	PubMed

(continua)

Referência (Título/Autores/ Periódico/Ano de publicação)	MATTOS, G. C. M; FERREIRA, E. F; LEITE, I. C. G; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012 ¹
Objetivo	Discutir a inclusão da saúde bucal na ESF, em cidades pertencentes a uma Microrregião de Saúde da Região Sudeste do Brasil, sob a perspectiva dos recursos humanos envolvidos.
Tipo de estudo	Quantitativo
Perguntas dos questionários dos estudos e/ou indicadores selecionados	<ul style="list-style-type: none"> ● Participação de reuniões para avaliação e planejamento das ações da ESF (sempre/espontaneamente/nunca/ não há reuniões ● Desenvolve ações articuladas entre a eSB e a ESF (sempre/espontaneamente/nunca) ● Os CDs capacitam as ASBs e ACS para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal? (sempre/espontaneamente/nunca) ● Participação nas capacitações e/ou treinamento após o ingresso no Programa Saúde da Família,
Fonte do dado	Questionário semiestruturado, autoaplicável
Sujeitos de estudo	Cirurgiões-Dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
Coleta dos dados	<p>A coleta foi realizada em 14 municípios de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, no período de maio a agosto de 2009</p> <p>Participaram 43 cirurgiões dentistas, 48 auxiliares de saúde bucal</p>
Resultados principais	<p><input type="checkbox"/> Sobre a participação da Equipe de Saúde Bucal em ações para avaliação e planejamento da Equipe de Saúde da Família, 83,72% dos CDs participam, sendo que 39,53% afirmam que sempre participam e 44,19% participam esporadicamente. E em 13,95% dos CDs afirmam nunca participaram de reuniões. Em relação aos ASBs, 62,50% participam, sendo que 27,08% afirmam que sempre participam e 35,42% participam esporadicamente. E em 4,17% das ASBs afirmam nunca participaram de reuniões e 22,92% afirmam que nunca tem reunião.</p> <p><input type="checkbox"/> Sobre o desenvolvimento de ações em conjunto entre a eSB e a ESF os 29,27% dos CDs afirmaram que sempre realizam, 58,54% afirmaram que realizam ações em conjunto esporadicamente e 12,20% nunca realizam.</p> <p><input type="checkbox"/> Em relação as ASBs, 67,44% afirmam que desenvolvem ações em conjunto entre a eSB e a ESF, 30,22% sempre realizam, 37,21% realizam esporadicamente e 14% nunca realizam.</p> <p><input type="checkbox"/> Em relação a capacitação das ASB e ACS 76,74% dos dentistas afirmaram que capacitam as ASB e ACS nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal. E 72,09% das ASBs afirmaram ser capacitadas pelos CDs. Em relação às dificuldades encontradas no trabalho em equipe, 50% dos CDs afirmaram a falta de formação, 5,26% dificuldades de relacionamento, 23,68% disseram ser falta de estrutura física e de pessoal. Já as ASBs 39,47% falta de entrosamento por parte dos profissionais e todos ASBs consideraram haver dificuldade no trabalho em equipe.</p> <p><input type="checkbox"/> Em relação à educação permanente, 67,44% dos CDs participaram de capacitações após o ingresso na ESF e os ASB 47,92% participaram de alguma capacitação ou treinamento.</p>

¹ Para complementação da extração dos dados do artigo também foi consultada a dissertação: "A incorporação da saúde bucal da estratégia saúde da família: a experiência de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu-MG", da autora Grazielle Mattos.. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2654/1/graziellechristinemaciellmattos.pdf>

(conclusão)

Conclusão	Conclui-se que as eSB possuem muitos desafios em relação ao processo de trabalho e educação permanente para que possam apresentar avanços reais nas práticas de atenção e estejam condizentes com as premissas e orientações preconizadas pela ESF.
Base	PubMed
Referência (Título/Autores/ Periódico/Ano de publicação)	GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F. DE.; CAETANO, J. C.. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 318–332, fev. 2014.
Objetivo	Analisar a rede de atenção à saúde bucal em municípios com mais de 100 mil habitantes de Santa Catarina, Brasil, pela identificação e integração de seus elementos constitutivos - População, Estrutura operacional e Modelo de atenção, assim como a integração entre eles nessa rede
Tipo de estudo	Descritivo e exploratório qualitativo
Perguntas dos questionários dos estudos e/ou indicadores selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de atividades de educação permanente (sim/não)
Fonte do dado	Questionário estruturado autoaplicável e Planos Municipais de Saúde
Sujeitos de estudo	Gestores municipais de Saúde Bucal dos 12 municípios com mais de 100mil habitantes em Santa Catarina
Coleta dos dados	Os dados primários foram coletados a partir do questionário estruturado autoaplicável, no período de janeiro a abril de 2018.
Resultados principais	<ul style="list-style-type: none"> • Oito Municípios desenvolvem ações de educação permanente.
Conclusão	Os municípios estudados encontram-se em diferentes estágios de implantação e organização da rede de atenção à saúde bucal, As atividades de educação permanente não são realizadas pela totalidade de municípios de grande porte no estado de Santa Catarina.
Base	PubMed

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

De modo geral, a literatura revisada apresenta estudos que avaliam a gestão da Saúde Bucal em localidades específicas (municípios/microrregiões) e em determinado período. Apenas um artigo avaliou dados para gestão e organização da AB a nível nacional e das macrorregiões. Dos cinco artigos incluídos na revisão, quatro utilizaram dados primários por meio da aplicação de questionários e entrevistas e um utilizou os microdados do processo de avaliação externa das equipes pelo PMAQ.

Em síntese os estudos demonstraram que o planejamento, monitoramento e

organização das ações da equipe de saúde bucal ainda são incipientes. Além disso, foi encontrada uma prática de planejamento centralizada e pouco participativa. O processo de trabalho, na maioria dos casos, é determinado pela demanda de urgências e atendimentos de demanda espontânea em saúde bucal (ANDRAUS *et al.*, 2017). Os estudos apontam para a necessidade de melhorias no planejamento e programação de ações e que devem ser baseadas em indicadores de saúde e na auto avaliação das equipes (SANTOS *et al.*, 2019). Além disso, os estudos apontaram ser de extrema importância que gestores e equipes atuem em conjunto para a promoção de um processo de gestão compartilhada (ANDRAUS *et al.*, 2017). Foi observada uma pequena participação da eSB em reuniões de equipe assim como baixo desenvolvimento de ações integradas entre a eSB e as eSF (MOURA, *et al.* 2013; MATTOS *et al.* 2014). Os estudos também apontaram que persistem as dificuldades para realização de atividades de educação permanente direcionadas para as eSB na AB (GODOI, *et al.*, 2014; MATTOS *et al.* 2014; MOURA, *et al.* 2013) e que são necessários avanços no processo de trabalho das eSB para que as práticas de atenção à saúde bucal estejam condizentes com os princípios da ESF. (MATTOS *et al.* 2014; MOURA, *et al.* 2013).

Neste contexto, a matriz avaliativa dos indicadores em saúde bucal elaborada a partir dos dados do SISAB no contexto deste estudo passa a se constituir em uma relevante fonte de dados para investigações e monitoramento sobre o desempenho e o processo de trabalho das eSB a partir dos registros rotineiros das ações coletivas no âmbito da AB. E é esse campo que esse estudo busca dar contribuições.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o protagonismo das Equipes de Saúde Bucal no processo de trabalho em equipe na Atenção Primária em Saúde no Brasil, por meio dos indicadores elaborados a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB, ao longo de cinco anos (de 2018 a 2022).

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe de acordo com os indicadores selecionados;
- Avaliar e comparar o protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na AB ao longo de cinco anos (de 2018 a 2022);
- Estimar a magnitude das disparidades dos indicadores entre as macrorregiões brasileiras para o ano de 2022;
- Aprimorar o Dicionário de Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal na APS;
- Desenvolver o Painel de Indicadores para o Monitoramento dos Serviços de Saúde Bucal na APS;
- Desenvolver a Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal;

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

4.1 Delineamento e local do estudo

Foi realizado um estudo ecológico de âmbito nacional, pois “os estudos ecológicos usam dados sobre populações inteiras ou grupos de pessoas para comparar [...] um efeito entre diferentes grupos durante um mesmo período de tempo” (ROMANOWSKI *et al.*, 2019, p.13). Os estudos ecológicos (ou de correlação) podem ser feitos comparando populações em diferentes lugares ao mesmo tempo ou, em uma série temporal, comparando a mesma população em diferentes momentos (BONITA *et. al*, 2010). Os dados a serem analisados nessa modalidade de estudo baseiam-se em informações coletadas com outros propósitos denominados como secundários ou de rotina (BONITA, *et al.*, 2010), cujas fontes de registros são de sistemas de informações. Bonita *et al.* (2010, p. 43), consideram que “um atrativo dos estudos ecológicos é que podem ser utilizados dados de diferentes populações com características diferentes ou extraídos de diversas fontes de dados”.

Nesse estudo a unidade de análise foram cinco as macrorregiões brasileiras (FIGURA 5): Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. “Esta divisão leva em conta os limites estaduais e foram fragmentadas a partir de características comuns, considerando aspectos físicos, humanos, econômicos e também culturais” (IBGE, 2017, p.11). E o período do estudo foi de 2018 a 2022 (cinco últimos anos).

De acordo com os dados do IBGE (2022) o Brasil possui 5570 (cinco mil quinhentos e setenta) municípios e população de 203.062.512 (duzentos e três milhões e sessenta e dois mil e quinhentos e doze) habitantes. O Sudeste é a região mais populosa do Brasil atingindo, em 2022, 84,8 milhões de habitantes, seguida das regiões Nordeste com 54,6 milhões, Sul com 29,9 milhões, Norte 17.3 milhões e Centro-oeste 16,2 milhões de habitantes. (IBGE, 2023).

Figura 5 - Mapa Político Regiões do Brasil



Fonte: IBGE, 2017, p.12.

4.2 Modelo teórico utilizado para a avaliação dos serviços de saúde bucal

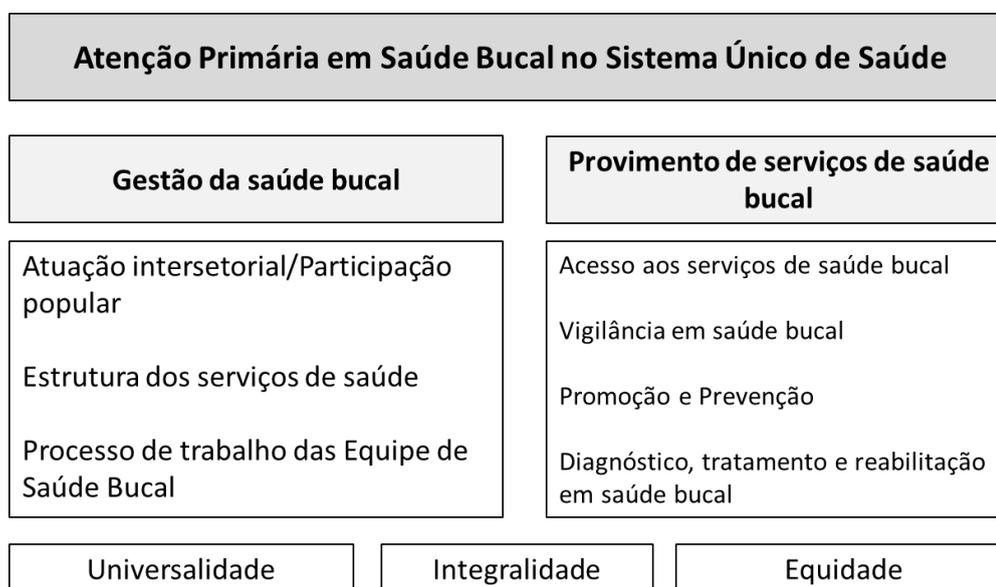
Esse estudo é um desdobramento da pesquisa “Avaliação de Serviços de Saúde Bucal no SUS”, que é parte de projeto financiado com recursos financeiros da CHAMADA FAPEMIG 07/2017 - PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS — PPSUS, promovido pela parceria Ministério da Saúde - MS, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SESMG. A referida pesquisa desenvolveu uma matriz de avaliação da gestão e do provimento dos serviços de saúde bucal contendo cinquenta e quatro indicadores validados, criados a partir dos dados alimentados cotidianamente pelas eSB, no sistema e-SUS AB referentes ao atendimento odontológico individual e às ações coletivas (FERREIRA; HOURI, 2023).

O modelo teórico de avaliação da saúde bucal na AB foi baseado no Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal adaptado do modelo proposto por Nickel (2008) e modificado por Colussi (2010), Figura 6. O modelo apresenta duas dimensões que são: Gestão da Saúde Bucal e Provimento de Serviços de Saúde Bucal.

A dimensão Gestão da Saúde Bucal é a dimensão político-organizacional do modelo de avaliação é composta pelas subdimensões Atuação intersetorial/participação popular e Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal que apontam para os elementos estruturantes da gestão de sistemas e serviços públicos de saúde (FERREIRA; HOURI, 2023).

A dimensão Gestão da Saúde Bucal é o compromisso da esfera municipal em organizar a atenção à saúde bucal proporcionando acesso universal e equânime segundo os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta dimensão apresenta as áreas em que o gestor deve atuar para que a Atenção em Saúde Bucal seja estruturada, organizada e integrada ao sistema municipal de saúde com qualidade e efetividade (NICKEI, 2008, p.41).

Figura 6 – Modelo teórico adaptado de Colussi



Fonte: FERREIRA; HOURI, 2023, p. 22.

No Quadro 7 está apresentada a distribuição do número de indicadores em cada uma das dimensões e subdimensões da matriz de avaliação. Cada indicador foi numerado considerando a dimensão (código 1 ou 2), a subdimensão e numeração dos indicadores em cada subdimensão. (FERREIRA; HOURI, 2023).

Quadro 7 - Número de indicadores de acordo com as dimensões Provimento de Serviços de Saúde Bucal e Gestão da Saúde Bucal e suas subdimensões

Dimensões teóricas	Subdimensão	Número de indicadores
1 Provimento de serviços de saúde bucal (44 indicadores)	1.1 Acesso aos serviços de saúde bucal	9
	1.2 Vigilância em saúde bucal	5
	1.3 Diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde bucal	16
	1.4 Promoção e prevenção	14
2 Gestão da saúde bucal (10 indicadores)	2.1 Atuação intersetorial/Participação popular	4
	2.2 Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal	6

Fonte: Adaptado pela autora de Ferreira; Hourí (2023, p.27)

Os indicadores foram criados a partir do estudo do referencial teórico e análise dos seguintes instrumentos: as Fichas de Atendimento Odontológico Individual (ANEXO A) e de Atividade Coletiva (ANEXO B) do e-SUS. Cada indicador foi proposto e discutido, considerando que deve ser mensurável, factível, oportuno, relevante, compreensível e válido. As variáveis registradas nas fichas foram estudadas visando a compreensão do que é medido com base nas definições do Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada (FERREIRA; CHALUB, 2023).

A matriz de indicadores foi validada por um comitê de juizes quanto a relevância do indicador, a transparência metodológica da fórmula de cálculo e se representava a dimensão teórica de avaliação dos serviços de saúde. A mensurabilidade dos indicadores foi testada utilizando dados extraídos do SISAB para o ano de 2020. (FERREIRA; CHALUB, 2023, p.25).

O Dicionário dos Indicadores apresenta uma síntese do processo de desenvolvimento da matriz avaliativa e as fichas de qualificação padronizadas quanto aos seguintes atributos: denominação do indicador, medida, interpretação do resultado, usos, limitações, método de cálculo, fonte de dados, parâmetro, observações e referências (FERREIRA; HOURI, 2023).

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados os seis indicadores, que compõem a subdimensão Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal da dimensão Gestão em Saúde Bucal. A medida e o método de cálculo destes indicadores estão presentes no Quadro 7. Os indicadores desta subdimensão:

avaliam, de forma inédita, a atuação e o protagonismo das eSB no cotidiano do trabalho multiprofissional na AB. Esses indicadores contribuem para avaliar também quais são os temas/atividades relacionados ao trabalho colaborativo na ESF sob liderança dos profissionais da eSB (FERREIRA; HOURI, 2023, p. 143).

Quadro 8 - Indicadores selecionados de Saúde Bucal: e-SUS, Dimensão Gestão em Saúde Bucal - Subdimensão Processo de Trabalho das eSB

(continua)

Indicador	Medida	Método de Cálculo
<p>IND1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe</p>	<p>Proporção de Reuniões de equipe, Reunião com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle sob responsabilidade de profissional da ESF em determinado local e período em relação ao total de reuniões realizadas, no mesmo local e período.</p>	<p>Nº de Reuniões de equipe, Reuniões com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social em que o profissional responsável é membro de equipe de saúde bucal, em determinado local e período. $\times 100$</p> <p>Nº de Reuniões de equipe, Reuniões com outras equipes de saúde, Reuniões Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social, no mesmo local e período.</p>

(continua)

Indicador	Medida	Método de Cálculo
<p>IND2 - Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe</p>	<p>Proporção de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que se discutiu o tema Processo de trabalho em determinado local e período em relação ao número de Reuniões de equipe e reuniões sob responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que outros temas foram também pautados no mesmo local e período.</p>	<p>Nº de Reuniões de equipe, Reuniões com outras equipes de saúde, em que o profissional responsável é membro de equipe de saúde bucal em que foi discutido o tema Processo de Trabalho, em determinado local e período.</p> <hr/> <p>Nº de reuniões de equipe e reuniões com outras equipes, em que o profissional responsável era membro da eSB independente do tema pautado, no mesmo local e período</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>
<p>IND3 - Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento</p>	<p>Proporção de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que se discutiu o tema Questões administrativas/Funcionamento em determinado local e período em relação ao número total de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que outros temas foram também pautados no mesmo local e período.</p>	<p>Nº de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que foi discutido o tema Questões administrativas/Funcionamento, em determinado local e período</p> <hr/> <p>Nº total de reuniões de equipe e reuniões com outras equipes independente do tema pautado com participação de, pelo menos, um membro da equipe de Saúde Bucal, independente do tema pautado, no mesmo local e período.</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>

(conclusão)

Indicador	Medida	Método de Cálculo
IND4 - Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território	Proporção de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que se discutiu o tema Diagnóstico do território/Monitoramento do território e Planejamento/Monitoramento das ações da equipe, em determinado local e período, em relação ao número total de Reuniões de equipes e Reuniões de outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período.	Nº de Reuniões de equipe e reuniões com outras equipes com a participação sob a responsabilidade de um membro da equipe de saúde bucal em que discutiram o tema Diagnóstico do território/Monitoramento do território e/ou Planejamento/Monitoramento das ações da equipe, em que determinado local e período. Nº total das reuniões de equipes e Reuniões de outras equipes, independente do tema pautado, com participação de, pelo menos, um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período.
IND5 - Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular	Proporção de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal em que se discutiu o tema Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular, em determinado local e período, em relação ao número total de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período.	Nº de reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal em que se discutiu o tema a discussão de caso/projeto terapêutico singular em determinado local e período. Nº Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes, independente do tema pautado em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período.
IND6 - Grau de organização das eSB em relação à educação permanente	Proporção de Reuniões de equipe e Reuniões com outras equipes sob a responsabilidade de um membro da equipe de saúde bucal em que se discutiu o tema Educação Permanente em determinado local e período em relação ao número total de Reuniões de equipes, no mesmo local e período.	Nº de Reuniões de equipe com outras equipes em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal em que discutiram o tema a Educação Permanente, em determinado local e período. Nº total das Reuniões de equipe e reuniões com outras equipes, independente do tema pautado, em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período.

Fonte: Adaptado pela autora de FERREIRA; HOURI, 2013.

4.3 Fonte de dados

Para realização da pesquisa foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no período de 2018 a 2022. O SISAB substituiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a partir de uma transição iniciada em 2013, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), passando a ser o sistema de informação da Atenção Primária vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. A partir de janeiro de 2016, instituiu-se a obrigatoriedade do envio dos dados exclusivamente para o SISAB, a partir da Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2016. (BRASIL, 2022).

Os dados são oriundos dos Sistemas da Atenção Primária à Saúde que integram a Estratégia e-SUS. Dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica - eGestor, em dezembro 2019, mostraram 28.442 (vinte e oito mil quatrocentos e quarenta e duas) eSB - Modalidade I e 2.616 (duas mil seiscentos e dezesseis) eSB - Modalidade II credenciadas pelo Ministério da Saúde - MS. Em relação às eSB implantadas com financiamento do MS estavam cadastradas, no mesmo período, 25.469 (vinte e cinco mil quatrocentos e sessenta e nove) eSB - Modalidade I e 2.095 (dois mil e noventa e cinco) eSB - Modalidade II (BRASIL, 2021).

O envio dos dados, pelos municípios, ocorre por meio das seguintes aplicações: Coleta de Dados Simplificada (CDS - em modo *online* ou *offline*) e, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Android® ou por meio de Sistema Próprio (SAPS/MS, 2022) (BRASIL, 2023b).

A CDS “é um sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação” (BRASIL, 2020). É utilizado em municípios que não possuem informatização, ou quando está temporariamente indisponível. O PEC é utilizado pelos municípios informatizados que tem como objetivo principal “apoiar o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (BRASIL, 2020). As Fichas de Coleta de Dados e-SUS Atenção Básica do Sistema com CDS são uma estratégia que coletam dados de cadastro, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2020).

Os dados do SISAB podem ser acessados por profissionais de todas as equipes de AB, gestores de saúde federais, estaduais, municipais, distritais, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e público em geral. O SISAB disponibiliza dados de interesse público, resguardando a importância da Proteção de Dados Pessoais, conforme a Lei Nº 13.709/2018, com opção de acesso público e restrito (BRASIL, 2023b).

Os dados para pesquisa foram acessados por meio público pelo link <https://sisab.saude.gov.br/>. Os relatórios consultados foram extraídos da aba “Saúde/Atividade Coletiva” (FIGURA 7) que permite consultar as informações de produção da Ficha de Atividades Coletivas da APS (ANEXO B).

Figura 7 - Aba Relatório Saúde/Atividade Coletiva - SISAB.

The screenshot displays the SISAB web interface for generating a report on Basic Attention Collective Activities. The page is titled "Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica" and includes a "Nota Técnica" link. The main content area is divided into several sections:

- Seleção de opções para gerar o relatório:**
 - Unidade Geográfica:** A dropdown menu with "Brasil" selected.
 - Competência*:** A dropdown menu with "Nenhum item selecionado" selected.
- Linha / Coluna / Tipo de Informação:**
 - Seleção de opções para gerar o relatório:**
 - Linha do Relatório:** A dropdown menu with "Brasil" selected.
 - Coluna do Relatório:** A dropdown menu with "Qt Atividade Coletiva/Número de Participantes" selected.
 - Tipo de Informação:** Radio buttons for "Quantidade de Atividade Coletiva" (selected) and "Número de participantes".
- Filtros:** A section with multiple filter boxes:
 - Tipo de Equipe:** "Nenhum item selecionado"
 - Categoria do Profissional:** "Nenhum item selecionado"
 - Tipo de Atividade:** "Nenhum item selecionado"
 - Temas para Reunião:** "Nenhum item selecionado"
 - Publico Alvo:** "Nenhum item selecionado"
 - Temas para Saúde:** "Nenhum item selecionado"
 - Praticas em Saúde:** "Nenhum item selecionado"
 - Turno:** "Nenhum item selecionado"
 - Programa Saúde na Escola:** "Nenhum item selecionado"
 - A "+ SIGTAP" button is located at the bottom of the filter section.
- Como deseja visualizar?:** Three buttons: "Ver em tela", "Download", and "Limpar Filtros".

The footer of the page contains the text "Ministério da Saúde 2022: Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS)" and "Versão 2.1.230119rj".

Fonte: SAPS/MS, 2022.

4.4 Extração dos dados

O processo de extração dos dados foi orientado por meio das Fichas de qualificação dos Indicadores de Saúde Bucal do e-SUS, disponível no dicionário de indicadores (FERREIRA; HOURI, 2023) que contém os seguintes itens: nome do indicador, medida, interpretação, usos, limitações, método de cálculo, fonte de dados (filtros para extração), parâmetro, observações e referências.

A extração ocorreu de forma manual e foram selecionados os filtros no SISAB, de acordo com o dado a ser obtido dos numeradores e denominadores, conforme apresentado na Figura 8.

Figura 8 - Filtros no SISAB para obtenção do numerador (NUM) e denominador (DEM) dos indicadores

NUM/DEM	Nome Indicador	Unidade geográfica	Competência	Linha do Relatório	Coluna do Relatório	Tipo de Informação	Tipo de Equipe	Categoria do Profissional	Tipo de atividade	Temas para reunião	Público alvo	Temas para saúde	Práticas em saúde	Turno	Programa saúde na escola
NUM	IND1: Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe	Brasil	12 meses de cada ano (janeiro a dezembro)	Brasil foi selecionado para a extração dos dados nacionais e Regiões para consulta regional	Qt.Atividade Coletiva/Número de Participantes	Qt.Atividade Coletiva	Eq. de Saúde Bucal - SB	Cirurgião -dentista + Técnico e Auxiliar de saúde bucal	Reunião de equipe + Reunião com outras equipes de saúde + Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	Assinalar todos ³	Ignorar	Ignorar	Ignorar	Assinalar todos ⁴	Ignorar
DEM							Assinalar todos ¹	Assinalar todos ²							
NUM	IND2: Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe						Processo de trabalho								
DEM							Assinalar todos ³								
NUM	IND3: Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento						Questões Administrativas/ Funcionamento								
DEM							Assinalar todos ³								
NUM	IND4: Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território	Diagnóstico do Território/ Monitoramento do Território + Planejamento/ Monitoramento das Ações da Equipe													
DEM		Assinalar todos ³													
NUM	IND5: Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular	Discussão de Caso/Projeto Terapêutico Singular													
DEM		Assinalar todos ³													
NUM	IND6: Grau de organização das eSB em relação à educação permanente	Educação Permanente													
DEM		Assinalar todos ³													

Lista de Siglas: IND: Indicador / NUN: Numerador / DEM: Denominador / Eq: Equipe / SB: Saúde Bucal

¹**Outras equipes:** Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. de Agente Comunitário de Saúde - EACS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. Consultório na Rua - ERC, Eq. AB Prisional - EABp e Eq. de Atenção Primária - eAP.

²**Profissionais:** Agente comunitário de saúde, Agente de combate a endemias, Agente de saúde, Assistente Social, Cirurgião dentista, Educador social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Médico veterinário, Nutricionista, Outros prof. de nível médio, Outros prof. de nível superior, Profissional de educação física, Psicólogo, Sanitarista, Técnico e auxiliar de enfermagem, Técnico e auxiliar de saúde bucal, Terapeuta ocupacional, Naturólogo, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Terapeuta Holístico, Recepcionista.

³**Temas de reunião:** Questões administrativas / funcionamento, Processos de trabalho, Diagnóstico do território / monitoramento do território, Planejamento / monitoramento das ações da equipe, Discussão de caso / projeto terapêutico singular, Educação permanente, Outros (Temas não se enquadram em nenhuma destas temáticas).

⁴**Turnos:** Manhã, Tarde, Noite.

Fonte: Adaptado pela autora de FERREIRA; HOURI, 2013.

4.5 Cálculo dos indicadores e análise de dados

O processo de extração gerou duas planilhas, por indicador, no formato Excel®, uma para o numerador e outra para o denominador, por ano. Em seguida, foi realizada a vinculação destas bases, considerando as variáveis comuns que indicavam o nível de desagregação nacional ou cada uma das regiões, e os indicadores foram calculados, dividindo-se o numerador pelo denominador e multiplicando por 100 para obtenção dos valores em percentuais.

A análise descritiva dos indicadores foi realizada considerando os valores calculados para o Brasil e de forma desagregada para cada região brasileira ao longo do tempo (2018-2022).

Foi estimada a variação percentual anual para cada indicador, para o Brasil e cada região, pela taxa de variação (Tx. Var.) empregando o seguinte método de cálculo: $[(\text{resultado do indicador no ano posterior} / \text{resultado do indicador no ano anterior}) - 1] \times 100$. A variação no período completo foi estimada pela média entre as quatro variações obtidas no período.

O Índice de Disparidade (IDisp) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças dos indicadores entre as regiões brasileiras no ano de 2022. Os valores deste índice indicam o desvio médio das proporções observadas em uma região em relação à proporção de referência, em percentual, ou seja, o espalhamento das proporções em torno do valor de referência. Neste estudo, o índice foi calculado considerando a região com maior proporção de execução das atividades. O cálculo baseou-se na abordagem descrita em Pearcy e Keppel (2002), utilizando a seguinte fórmula: $ID = \sum[|ri - R|/n] * 100/R$, onde ri = percentual do indicador, R = valor de referência e n = número de regiões.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados no formato de um artigo científico. O periódico selecionado para submissão foi a Revista Saúde Pública (ISSN 1518-8787 / Fator de impacto JCR 2022: 2,8/Índice H(Scopus): 81 / Qualis A1 em Saúde Coletiva). As normas de submissão estão no Anexo C e o comprovante de submissão está no Anexo D.

Esse estudo é decorrente da elaboração do produto técnico: “Dicionário de Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária” (ISBN: 978-85-93368-64-6 / DOI: [10.5281/zenodo.8250957](https://doi.org/10.5281/zenodo.8250957)) que apresenta a matriz de indicadores para o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal que foi elaborada a partir dos registros rotineiros dos profissionais na estratégia e-SUS.

A seguir, foi elaborado o “Painel de Indicadores para o Monitoramento dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde” (DOI: [10.5281/zenodo.7944665](https://doi.org/10.5281/zenodo.7944665)), ferramenta interativa digital inédita que demonstra por meio de gráficos e figuras os 54 indicadores mensuráveis de saúde bucal elaborados a partir dos dados públicos do SISAB.

Além disso, foi desenvolvida a “Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal”, ferramenta digital que tem o objetivo calcular os indicadores da matriz de indicadores para o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal no âmbito das eSB.

Estes três produtos formam um conjunto de “ferramentas tecnológicas que dialogam com gestores e trabalhadores de saúde que estão na linha de frente das ações e serviços públicos” (FERREIRA; HOURI, 2013, p.5). Estes dispositivos poderão favorecer o uso dos dados gerados no cotidiano dos serviços de saúde bucal como informações para a avaliação e planejamento de ações, contribuindo para a qualidade da atenção ofertada. Ademais, poderão contribuir para geração de novos conhecimentos sobre a experiência e o impacto da implementação colaborativa de tecnologias em saúde no SUS. Espera-se assim colaborar para qualificar o uso dos dados gerados no e-SUS, superando a fragmentação da informação em saúde.

5.1 Artigo científico

DISPARIDADES DO PROTAGONISMO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

DISPARITIES IN THE PROTAGONISM OF ORAL HEALTH TEAMS IN THE WORK PROCESS IN PHC

RESUMO

Objetivo: Avaliar e comparar o protagonismo das Equipes de Saúde Bucal (eSB) no processo de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo de cinco anos e estimar a magnitude das disparidades entre as macrorregiões brasileiras. **Métodos:** Estudo ecológico que utilizou dados secundários extraídos do SISAB de 2018 a 2022. Foram selecionados indicadores de matriz avaliativa previamente validada, calculados a partir dos registros na Ficha de Atividade Coletiva: Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe e Grau de organização das eSB, em relação às pautas das reuniões de equipe. Foi realizada análise descritiva e da amplitude da variação dos indicadores ao longo do tempo e calculado o índice de disparidade para estimar e comparar a magnitude das diferenças entre as macrorregiões no ano de 2022. **Resultados:** No Brasil, 3,06% a 4,04% das reuniões de equipe foram lideradas por profissionais da eSB. No período, o Nordeste e o Sul foram as regiões que apresentaram maiores (3,71% a 4,88%) e menores proporções (1,21% a 2,48%), respectivamente. No período de 2018 a 2022 houve uma redução do indicador grau protagonismo das eSB no Brasil e nas macrorregiões. Os temas mais frequentes em reuniões sob responsabilidade das eSB foram processo de trabalho (54,71% a 70,64%) e diagnóstico e monitoramento do território (33,49% a 54,48%). As maiores disparidades entre as regiões foram observadas para o indicador Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular. **Conclusões:** O protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na APS é incipiente e apresenta disparidades regionais desafiando gestores e eSB para o rompimento do isolamento e a falta de integração visando a oferta de atenção à saúde integral e de qualidade ao usuário do SUS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Fluxo de trabalho; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Gestão em Saúde.

Keywords: *Primary Health Care; Oral Health; Process Assessment; Indicators; Health Management.*

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção Básica define a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção prioritário para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no país¹ e espaço estratégico para a qualificação da oferta das ações de saúde do SUS². A experiência do trabalho na ESF possibilita o desenvolvimento de ações que visam mudanças na prática de saúde e autonomia dos sujeitos participantes desta proposta³.

A atuação conjunta, de forma colaborativa, dos profissionais da saúde é um dos pilares da organização do processo de trabalho proposta pela ESF para a solução dos problemas de saúde. A vinculação da Equipe de Saúde Bucal (eSB) na ESF favorece a reorientação do processo de trabalho para um modelo de atenção à saúde⁴ que preconiza a articulação das ações, a interação comunicativa dos trabalhadores e a superação do isolamento dos saberes⁵. O cuidado em saúde bucal passa a exigir a configuração de uma equipe que se relacione com os usuários, com os demais profissionais e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, por meio do planejamento de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, num determinado território⁴. A realização de atividades conjuntas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no território constitui-se em uma estratégia essencial para o trabalho em equipe e pode indicar o nível de integração entre os profissionais.

Os desafios para a organização dos processos de trabalho em saúde bucal na APS são persistentes, tais como: a fragilidade na integração da eSB com a equipe da ESF e a falta de uma gestão participativa, ocasionando insatisfação dos profissionais e usuários⁶. As eSB desenvolvem poucas ações articuladas com as demais equipes na ESF, sendo esta integração considerada incipiente^{7,8,9,10} e se recomendam melhorias na participação das eSB no planejamento conjunto das ações desenvolvidas^{11,12,7,8}. Conhecer de que forma o processo de trabalho das eSB está sendo desenvolvido, pode apontar facilidades e dificuldades, direcionando o planejamento das ações¹³ voltada para uma atenção integral e de qualidade¹⁴. Por

esta razão, o monitoramento e avaliação da gestão e atenção em saúde bucal no Brasil para ampliar a capacidade avaliativa dos serviços públicos de saúde devem ser fomentados.

O monitoramento de indicadores gerados a partir de dados obtidos no cotidiano dos serviços de saúde é uma importante estratégia para avaliar o processo de trabalho em saúde. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) disponibiliza os dados registrados pelos profissionais por meio da estratégia e-SUS APS, incluindo as atividades coletivas realizadas com a população e com a equipe. As atividades coletivas dos profissionais abrangem as reuniões da equipe, com outras equipes e com as instâncias locais de Controle Social¹⁵. A participação nas reuniões de equipe é uma atribuição comum dos profissionais que atuam na APS e se caracteriza pela discussão conjunta, planejamento e a avaliação das suas ações, a partir da utilização dos dados disponíveis¹. As reuniões de equipe favorecem a integralidade das ações de saúde e contribuem para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita¹. Reuniões entre usuários, profissionais e gestores promovem maior proximidade entre os esses atores sociais e se conformam como espaços privilegiados para o exercício da democracia participativa e do controle social sobre os serviços de saúde¹⁶. Nesta perspectiva, seis indicadores foram construídos e validados para medir, de forma inédita, o protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe a partir de dados disponibilizados pelo SISAB².

Considerando as evidências de desigualdades regionais na organização do processo de trabalho das eSB na APS¹⁴, justifica-se a comparação entre as macrorregiões brasileiras para revelar aspectos da atuação e o protagonismo das eSB no cotidiano do trabalho multiprofissional na APS². A análise considerando os contextos regionais poderá subsidiar a tomada de decisão tendo como referência o princípio da equidade, comprometida com um cuidado integral e a qualificação da atenção aos usuários, útil e oportuno para o novo ciclo de Políticas de Saúde Bucal, iniciado em 2023². Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar e comparar o protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na APS ao longo de cinco anos (de 2018 a 2022) e estimar a magnitude das disparidades entre as regiões brasileiras para o ano de 2022.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de âmbito nacional que utilizou os dados secundários públicos extraídos do SISAB (<https://sisab.saude.gov.br>) no mês de janeiro de 2023. Os indicadores analisados foram: grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe (IND1), grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe (IND2), grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento (IND3), grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território (IND4), grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular (IND5) e grau de organização das eSB em relação à educação permanente (IND6). Estes indicadores foram validados por um comitê de juízes e a sua mensurabilidade foi testada utilizando-se dados para o ano de 2020². Eles compõem a subdimensão “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal” da Dimensão Gestão em Saúde Bucal da Matriz de Indicadores para Monitoramento e Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal².

Os dados utilizados para cálculo dos indicadores são gerados a partir do registro na Ficha de Atividade Coletiva nas aplicações de Coleta de Dados Simplificada (CDS – de modo *online* ou *offline*), aplicativo e-SUS APS Atividade Coletiva em dispositivos Android® ou por meio de sistemas próprios que alimentam o SISAB. As variáveis utilizadas para obtenção dos indicadores se referem às ações coletivas para a organização da equipe, que incluem reunião de equipe, Reunião com outras equipes de saúde, Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde (CLS)/Controle social. Os temas das reuniões podem ser um ou mais dos seguintes: questões administrativas/funcionamento, processo de trabalho, diagnóstico do território/monitoramento do território, planejamento/monitoramento das ações da equipe, discussão de caso/projeto terapêutico singular e educação permanente. Os dados do profissional, Cartão Nacional de Saúde e da Classificação Brasileira de Ocupações, mediador da atividade coletiva, devem ser informados em cada registro e são obrigatórios¹⁵.

A obtenção dos dados do numerador e do denominador de cada indicador foi realizada por consulta ao “Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica” do SISAB e foram extraídos em nível nacional e para as cinco macrorregiões brasileiras

para cada ano, de 2018 a 2022.

O Grau de protagonismo das eSB (IND1) se refere a proporção de reuniões sob responsabilidade de dos profissionais da eSB e é calculado pela razão entre o número de Reuniões de equipe, Reunião com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social sob responsabilidade de profissional da ESB, em determinado local e período e o número de reuniões realizadas, no mesmo local e período². As outras equipes (Eq.) são: Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. de Agente Comunitário de Saúde - EACS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. Consultório na Rua - ERC, Eq. AB Prisional - EABp e Eq. de Atenção Primária - eAP¹⁵.

Os demais indicadores medem a proporção das temáticas registradas nas reuniões sob responsabilidade dos profissionais da eSB e são estimados pela razão entre o número de Reuniões de equipe, Reunião com outras equipes de saúde em que o profissional responsável era membro da eSB em que foi registrado uma das temáticas (questões administrativas/funcionamento, processo de trabalho, diagnóstico do território/monitoramento do território, planejamento/monitoramento das ações da equipe, discussão de caso/projeto terapêutico singular e educação permanente), em determinado local e período e o número de reuniões de equipe e reuniões com outras equipes, em que o profissional responsável era membro da eSB independente do tema registrado, no mesmo local e período². Para extração dos dados, foram selecionados os filtros no SISAB, de acordo com o dado a ser obtido, conforme orientações presentes na Figura 1 para obtenção do numerador (NUM) e denominador (DEM) de cada indicador².

NUM/DEM	Nome Indicador	Unidade geográfica	Competência	Linha do Relatório	Coluna do Relatório	Tipo de Informação	Tipo de Equipe	Categoria do Profissional	Tipo de atividade	Temas para reunião	Público alvo	Temas para saúde	Práticas em saúde	Turno	Programa saúde na escola						
IND1	IND1: Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe	Brasil	12 meses de cada ano (janeiro a dezembro)	Brasil foi selecionado para a extração dos dados nacionais e Regiões para consulta regional	QtAtividade Coletiva/Número de Participantes	QtAtividade Coletiva	Eq. de Saúde Bucal - SB	Cirurgião -dentista + Técnico e Auxiliar de saúde bucal	Reunião de equipe + Reunião com outras equipes de saúde + Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	Reunião de equipe + Reunião com outras equipes de saúde + Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	Ignorar	Ignorar	Ignorar	Assinalar todos ⁴	Ignorar						
DEM							Assinalar todos ¹	Assinalar todos ²													
IND2	IND2: Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe																				Processo de trabalho
DEM																					Assinalar todos ³
IND3	IND3: Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento																				Questões Administrativas/ Funcionamento
DEM																					Assinalar todos ³
IND4	IND4: Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território								Diagnóstico do Território/ Monitoramento do Território + Planejamento/ Monitoramento das Ações da Equipe												
DEM									Assinalar todos ³												
IND5	IND5: Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular								Discussão de Caso/Projeto Terapêutico Singular												
DEM									Assinalar todos ³												
IND6	IND6: Grau de organização das eSB em relação à educação permanente								Educação Permanente												
DEM									Assinalar todos ³												

Lista de Siglas: IND: Indicador / NUN: Numerador / DEM: Denominador / Eq: Equipe / SB: Saúde Bucal

¹**Outras equipes:** Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. de Agente Comunitário de Saúde - EACS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. Consultório na Rua - ERC, Eq. AB Prisional - EABp e Eq. de Atenção Primária - eAP.

²**Profissionais:** Agente comunitário de saúde, Agente de combate a endemias, Agente de saúde, Assistente Social, Cirurgião dentista, Educador social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Médico veterinário, Nutricionista, Outros prof. de nível médio, Outros prof. de nível superior, Profissional de educação física, Psicólogo, Sanitarista, Técnico e auxiliar de enfermagem, Técnico e auxiliar de saúde bucal, Terapeuta ocupacional, Naturólogo, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Terapeuta Holístico, Recepcionista.

³**Temas de reunião:** Questões administrativas / funcionamento, Processos de trabalho, Diagnóstico do território / monitoramento do território, Planejamento / monitoramento das ações da equipe, Discussão de caso / projeto terapêutico singular, Educação permanente, Outros (Temas não se enquadram em nenhuma destas temáticas).

⁴**Turnos:** Manhã, Tarde, Noite.

Figura 1 - Filtros no SISAB para obtenção do numerador (NUN) e denominador (DEM) dos indicadores²

O processo de extração gerou duas planilhas, por indicador, no formato Excel®, uma para o numerador e outra para o denominador, por ano. Em seguida, foi realizada a vinculação destas bases, considerando as variáveis comuns que indicavam o nível de desagregação nacional ou cada uma das regiões, e os indicadores foram calculados, dividindo-se o numerador pelo denominador e multiplicando por 100 para obtenção dos valores em percentuais.

A análise descritiva dos indicadores foi realizada considerando os valores calculados para o Brasil e de forma desagregada para cada macrorregião ao longo do tempo (2018-2022). Foi estimada a variação percentual anual para cada indicador, para o Brasil e cada macrorregião, pela taxa de variação (Tx. Var.) empregando o seguinte método de cálculo: $[(\text{resultado do indicador no ano posterior} \div \text{resultado do indicador no ano anterior}) - 1] \times 100$. A variação no período completo foi estimada pela média entre as quatro variações obtidas no período. O Índice de Disparidade (ID) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças dos indicadores entre as macrorregiões brasileiras no ano de 2022. Os valores deste índice indicam o desvio médio das proporções observadas em uma macrorregião em relação à proporção de referência, em percentual, ou seja, o espalhamento das proporções em torno do valor de referência. Neste estudo, o índice de disparidade foi calculado considerando a macrorregião com maior proporção de execução das atividades. O cálculo baseou-se na abordagem descrita em Pearcy e Keppel (2002)¹⁷, utilizando a seguinte fórmula: $ID = \sum[|ri - R|/n] * 100/R$, onde ri = percentual do indicador, R = valor de referência e n = número de regiões.

RESULTADOS

Foram observadas baixas proporções de reuniões sob responsabilidade da eSB ao longo do tempo (TABELA 1). No Brasil as proporções de reuniões de equipe lideradas por profissionais da eSB variaram de 3,06% a 4,04%, durante todo o período do estudo (2018-2022). Maiores (3,71% a 4,88%) e menores proporções (1,21% a 2,48%) foram observadas para as regiões Nordeste e Sul, respectivamente, em todo o período analisado. As menores proporções de reuniões sob responsabilidade das eSB no Brasil e macrorregiões foram observadas em 2020, coincidente com o início da pandemia da covid-19. Verifica-se, ainda, que ocorreu uma redução (57%) do número total de reuniões realizadas por todas as equipes da APS no Brasil: passou de 1.029.090 em 2019 para 594.760 em 2020 (TABELA 1). As variações percentuais anuais do indicador Grau de protagonismo das eSB revelaram um padrão instável de mudança, com aumento e redução entre os anos e diferenças entre as macrorregiões nestas variações. Observou-se de modo consistente, uma redução $\geq 19,91\%$ para todas as macrorregiões brasileiras de 2020 em relação a 2019. Observou-se também que esta redução, de forma consistente, foi seguida de uma taxa de variação positiva em todas as macrorregiões no período seguinte, de 2020 para 2021, mantendo-se estável ou com pequenas variações negativas no último ano analisado (TABELA 2). As diferenças do indicador Grau de protagonismo da eSB entre as regiões foram semelhantes ao longo do período, demonstrando menores e maiores valores consistentemente nas regiões Sul e Nordeste.

No Brasil, os temas mais frequentemente pautados nas reuniões de equipe foram, ao longo do período, processo de trabalho (54,71% a 70,64%), diagnóstico e monitoramento do território (33,49% a 54,48%) e questões administrativas/funcionamento (35,17% a 61,01%). Os temas menos frequentes foram educação permanente (14,69% a 30,12%) e discussão de caso/projeto terapêutico singular (5,45% a 25,85%) (TABELA 1). Esta distribuição se repetiu ao considerar cada macrorregião separadamente, com maior frequência de discussão do tema processo de trabalho da equipe em todas as macrorregiões.

Tabela 1 – Descrição dos indicadores de processo de trabalho em equipe. Brasil e macrorregiões brasileiras (2018-2022)

(continua)

Região	2018			2019			2020			2021			2022		
	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND
IND1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe															
BRASIL	35830	886283	4,04%	41531	1029090	4,04%	18223	594760	3,06%	19174	577055	3,32%	23.070	694.807	3,32%
CENTRO-OESTE	2522	59647	4,23%	2843	67302	4,22%	1320	39057	3,38%	1467	37461	3,92%	1.896	49.902	3,80%
NORDESTE	19441	410953	4,73%	24442	500704	4,88%	9907	266898	3,71%	9750	246386	3,96%	10.344	259.148	3,99%
NORTE	2243	70715	3,17%	3450	98437	3,50%	1524	64403	2,37%	1737	63213	2,75%	1.859	70.801	2,63%
SUDESTE	8738	228408	3,83%	8256	252250	3,27%	4776	167061	2,86%	5438	170508	3,19%	7.638	230.051	3,32%
SUL	2886	116560	2,48%	2540	110397	2,30%	696	57341	1,21%	782	59487	1,31%	1.333	84.905	1,57%
IND2 - Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe															
BRASIL	17842	32613	54,71%	21612	37845	57,11%	10799	17332	62,31%	11132	17843	62,39%	13129	21217	61,88%
CENTRO-OESTE	1480	2387	62,00%	1798	2665	67,47%	832	1249	66,61%	1000	1416	70,62%	1263	1788	70,64%
NORDESTE	9097	17556	51,82%	12428	22336	55,64%	5980	9499	62,95%	5641	9142	61,70%	5767	9652	59,75%
NORTE	1332	2108	63,19%	1924	3170	60,69%	969	1460	66,37%	1009	1594	63,30%	1226	1741	70,42%
SUDESTE	4316	8025	53,78%	4136	7519	55,01%	2592	4499	57,61%	3063	5021	61,00%	4122	6861	60,08%
SUL	1617	2537	63,74%	1326	2155	61,53%	426	625	68,16%	413	670	61,64%	685	1175	58,30%
IND3 - Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento															
BRASIL	13301	32613	40,78%	16765	37845	44,30%	8051	17332	46,45%	8117	17843	45,49%	9048	21217	42,65%
CENTRO-OESTE	1078	2387	45,16%	1438	2665	53,96%	762	1249	61,01%	811	1416	57,27%	1069	1788	59,79%
NORDESTE	6852	17556	39,03%	9933	22336	44,47%	4630	9499	48,74%	4351	9142	47,59%	4197	9652	43,48%
NORTE	946	2108	44,88%	1285	3170	40,54%	632	1460	43,29%	694	1594	43,54%	791	1741	45,43%
SUDESTE	3109	8025	38,74%	2941	7519	39,11%	1688	4499	37,52%	1912	5021	38,08%	2413	6861	35,17%
SUL	1316	2537	51,87%	1168	2155	54,20%	339	625	54,24%	349	670	52,09%	578	1175	49,19%

(conclusão)

Região	2018			2019			2020			2021			2022		
	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND	N	D	IND
IND4 - Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território															
BRASIL	13335	32613	40,89%	16332	37845	43,15%	7429	17332	42,86%	7524	17843	42,17%	9469	21217	44,63%
CENTRO-OESTE	833	2387	34,90%	1151	2665	43,19%	479	1249	38,35%	571	1416	40,32%	820	1788	45,86%
NORDESTE	7394	17556	42,12%	10057	22336	45,03%	4550	9499	47,90%	4294	9142	46,97%	4371	9652	45,29%
NORTE	849	2108	40,28%	1189	3170	37,51%	489	1460	33,49%	638	1594	40,03%	716	1741	41,13%
SUDESTE	3112	8025	38,78%	2987	7519	39,73%	1615	4499	35,90%	1665	5021	33,16%	2923	6861	42,60%
SUL	1147	2537	45,21%	948	2155	43,99%	296	625	47,36%	356	670	53,13%	639	1175	54,38%
IND5 - Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular															
BRASIL	3606	32613	11,06%	4182	37845	11,05%	1694	17332	9,77%	1675	17843	9,39%	2710	21217	12,77%
CENTRO-OESTE	317	2387	13,28%	384	2665	14,41%	156	1249	12,49%	188	1416	13,28%	287	1788	16,05%
NORDESTE	1168	17556	6,65%	1527	22336	6,84%	621	9499	6,54%	498	9142	5,45%	564	9652	5,84%
NORTE	192	2108	9,11%	232	3170	7,32%	114	1460	7,81%	98	1594	6,15%	145	1741	8,33%
SUDESTE	1353	8025	16,86%	1482	7519	19,71%	667	4499	14,83%	724	5021	14,42%	1486	6861	21,66%
SUL	576	2537	22,70%	557	2155	25,85%	136	625	21,76%	167	670	24,93%	228	1175	19,40%
IND6 - Grau de organização das eSB em relação à educação permanente															
BRASIL	6437	32613	19,74%	7352	37845	19,43%	3501	17332	20,20%	3523	17843	19,74%	4445	21217	20,95%
CENTRO-OESTE	463	2387	19,40%	504	2665	18,91%	226	1249	18,09%	286	1416	20,20%	313	1788	17,51%
NORDESTE	2882	17556	16,42%	3526	22336	15,79%	1395	9499	14,69%	1374	9142	15,03%	1585	9652	16,42%
NORTE	432	2108	20,49%	758	3170	23,91%	372	1460	25,48%	342	1594	21,46%	430	1741	24,70%
SUDESTE	2081	8025	25,93%	2056	7519	27,34%	1355	4499	30,12%	1386	5021	27,60%	1809	6861	26,37%
SUL	579	2537	22,82%	508	2155	23,57%	153	625	24,48%	135	670	20,15%	308	1175	26,21%

Lista de siglas - N: Numerador / D: Denominador / IND: Indicador

A Tabela 2 evidencia a pequena variação dos indicadores ao longo do tempo em todas as macrorregiões e também as diferenças entre as macrorregiões nas proporções observadas. As variações percentuais anuais foram instáveis, em magnitude, entre as macrorregiões e ao longo do tempo. As médias dessas variações no período completo (2018-2022) foram positivas para a maioria dos indicadores no Brasil e maioria das macrorregiões, sinalizando um padrão de aumento nas proporções. O IND4 - Diagnóstico e monitoramento do território apresentou as maiores taxas de variação positiva em dois momentos, 2018-2019 (23,75%) na região Centro-Oeste e em 2020-2021 (19,53%) na região Norte. O IND5 - Discussão de caso e de projeto terapêutico singular apresentou em todos os períodos as maiores variações negativas, em duas macrorregiões específicas, sendo no período 2018-2019 (-19,65%) e 2020-2021 (-21,25%) na região Norte, e 2019-2020 (-15,82%) e 2021-2022 (-22,18%) na região Sul. Observou-se uma grande oscilação do IND5 na região Sudeste que apresentou variação positiva no período 2018-2019 (16,90%), logo após variação negativa em 2019-2020 (24,76%), novamente variação negativa em 2020-2021 (-2,76%) e em seguida 2021-2022 (50,21%), a maior variação encontrada para todos os indicadores estudados, resultando em uma média positiva de (9,90%) para o período 2018-2019.

Tabela 2 - Taxa de variação (Tx. Var.) dos indicadores de processo de trabalho em equipe. Brasil e macrorregiões brasileiras (2018-2022)

(continua)

Brasil/Regiões	Tx. Var. 2018-2019	Tx. Var. 2019-2020	Tx. Var. 2020-2021	Tx. Var. 2021-2022	Média Tx. Var. 2018-2022
IND1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe					
BRASIL	0,00%	-24,26%	8,50%	0,00%	-3,94%
CENTRO-OESTE	-0,24%	-19,91%	15,98%	-3,06%	-1,81%
NORDESTE	3,17%	-23,98%	6,74%	0,76%	-3,33%
NORTE	10,41%	-32,29%	16,03%	-4,36%	-2,55%
SUDESTE	-14,62%	-12,54%	11,54%	4,08%	-2,89%
SUL	-7,26%	-47,39%	8,26%	19,85%	-6,64%
IND2 - Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe					
BRASIL	4,39%	9,11%	0,13%	-0,82%	3,20%
CENTRO-OESTE	8,82%	-1,27%	6,02%	0,03%	3,40%
NORDESTE	7,37%	13,14%	-1,99%	-3,16%	3,84%
NORTE	-3,96%	9,36%	-4,63%	11,25%	3,01%
SUDESTE	2,29%	4,73%	5,88%	-1,51%	2,85%
SUL	-3,47%	10,78%	-9,57%	-5,42%	-1,92%

(conclusão)

Brasil/Regiões	Tx. Var. 2018-2019	Tx. Var. 2019-2020	Tx. Var. 2020-2021	Tx. Var. 2021-2022	Média Tx. Var. 2018-2022
IND3 - Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento					
BRASIL	8,63%	4,85%	-2,07%	-6,24%	1,29%
CENTRO-OESTE	19,49%	13,07%	-6,13%	4,40%	7,71%
NORDESTE	13,94%	9,60%	-2,36%	-8,64%	3,14%
NORTE	-9,67%	6,78%	0,58%	4,34%	0,51%
SUDESTE	0,96%	-4,07%	1,49%	-7,64%	-2,32%
SUL	4,49%	0,07%	-3,96%	-5,57%	-1,24%
IND4 - Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território					
BRASIL	5,53%	-0,67%	-1,61%	5,83%	2,27%
CENTRO-OESTE	23,75%	-11,21%	5,14%	13,74%	7,86%
NORDESTE	6,91%	6,37%	-1,94%	-3,58%	1,94%
NORTE	-6,88%	-10,72%	19,53%	2,75%	1,17%
SUDESTE	2,45%	-9,64%	-7,63%	28,47%	3,41%
SUL	-2,70%	7,66%	12,18%	2,35%	4,87%
IND5 - Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular					
BRASIL	-0,09%	-11,58%	-3,89%	36,00%	5,11%
CENTRO-OESTE	8,51%	-13,32%	6,33%	20,86%	5,60%
NORDESTE	2,86%	-4,39%	-16,67%	7,16%	-2,76%
NORTE	-19,65%	6,69%	-21,25%	35,45%	0,31%
SUDESTE	16,90%	-24,76%	-2,76%	50,21%	9,90%
SUL	13,88%	-15,82%	14,57%	-22,18%	-2,39%
IND6 - Grau de organização das eSB em relação à educação permanente					
BRASIL	-1,57%	3,96%	-2,28%	6,13%	1,56%
CENTRO-OESTE	-2,53%	-4,34%	11,66%	-13,32%	-2,13%
NORDESTE	-3,84%	-6,97%	2,31%	9,25%	0,19%
NORTE	16,69%	6,57%	-15,78%	15,10%	5,65%
SUDESTE	5,44%	10,17%	-8,37%	-4,46%	0,70%
SUL	3,29%	3,86%	-17,69%	30,07%	4,88%

No ano de 2022, observou-se diferentes magnitudes de disparidades entre as regiões, sendo maiores valores observados para os indicadores Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular (IND 5) (ID= 34,2), Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe (IND1) (ID=23,3) e Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento (IND3) (ID=22,0) (TABELA 3). Destaca-se que a região Nordeste apresentou o maior valor para o IND1 - Grau de protagonismo das

eSB nas reuniões de equipe e os menores valores para o Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular (IND 5) e Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento (IND3). O inverso foi observado para a região Sul, com menor valor para IND1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe e valores maiores para os IND3 e IND5. A menor magnitude de disparidade entre as macrorregiões foi observada para o Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe (IND2) (ID=9,4) (TABELA 3).

Tabela 3 - Índice de Disparidade (ID) entre as regiões geográficas no Grau de protagonismo e na organização das eSB em relação aos temas das reuniões de equipes, Brasil, 2022.

(continua)

Brasil/Regiões	Indicador 2022	Índice de Disparidade (ID)
IND1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe		
BRASIL	3,32%	23,3
CENTRO-OESTE	3,80%	
NORDESTE	3,99%*	
NORTE	2,63%	
SUDESTE	3,32%	
SUL	1,57%	
IND2 - Grau de organização das eSB em relação ao processo de trabalho da equipe		
BRASIL	61,88%	9,4
CENTRO-OESTE	70,64%	
NORDESTE	59,75%	
NORTE	70,42%*	
SUDESTE	60,08%	
SUL	58,30%	
IND3 - Grau de organização das eSB em relação às questões administrativas/funcionamento		
BRASIL	42,65%	22
CENTRO-OESTE	59,79%*	
NORDESTE	43,48%	
NORTE	45,43%	
SUDESTE	35,17%	
SUL	49,19%	
IND4 - Grau de organização das eSB em relação ao diagnóstico e monitoramento do território		
BRASIL	44,63%	15,7
CENTRO-OESTE	45,86%	
NORDESTE	45,29%	
NORTE	41,13%	
SUDESTE	42,60%	
SUL	54,38%*	

(conclusão)

Brasil/Regiões	Indicador 2022	Índice de Disparidade (ID)
IND5 - Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular		
BRASIL	12,77%	34,2
CENTRO-OESTE	16,05%	
NORDESTE	5,84%	
NORTE	8,33%	
SUDESTE	21,66%*	
SUL	19,40%	
IND6 - Grau de organização das eSB em relação à educação permanente		
BRASIL	20,95%	15,7
CENTRO-OESTE	17,51%	
NORDESTE	16,42%	
NORTE	24,70%	
SUDESTE	26,37%*	
SUL	26,21%	

*Regiões com a maior proporção no resultado dos indicadores, utilizadas como valores de referências para o cálculo do índice de disparidade.

DISCUSSÃO

Esse trabalho avaliou, de maneira inédita, o protagonismo da eSB no processo de trabalho em equipe na APS no Brasil e suas macrorregiões por meio de indicadores elaborados a partir de dados do SISAB. Os resultados mostraram uma pequena proporção de reuniões sobre responsabilidade da eSB e parecem indicar as dificuldades na (co) gestão do processo de trabalho em saúde na APS. Prática colaborativa, comunicação entre as equipes e o compartilhamento de poder visando a superação da fragmentação, da atuação profissional isolada e de relações hierárquicas de trabalho⁵ são desafios enfrentados nos serviços de saúde. O estímulo ao protagonismo dos trabalhadores de saúde é um dos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS¹⁸, visando a participação das equipes nos processos decisórios do trabalho, consolidando o saber que constroem no seu cotidiano¹⁹.

As reuniões de equipe são espaços para o fortalecimento do protagonismo dos profissionais tendo em vista que a sua realização periódica é uma estratégia de aproximação, integração e planejamento da equipe²⁰. Como as reuniões constituem o recurso mais utilizado para propiciar a comunicação entre os profissionais,

usuários e promover o trabalho em equipe, o baixo protagonismo parece refletir que as práticas profissionais das eSB ainda são marcadas pelo isolamento, pela pouca interação e participação nos processos coletivos de gestão do trabalho e gestão participativa na APS. Por outro lado, podem também refletir problemas de ordem estrutural e de interação para a realização das reuniões, tais como, ausência de espaço físico, modelo de gestão e atenção à saúde bucal vigente, existência de relações conflituosas e distantes; pouca disponibilidade de tempo por parte dos profissionais, e pouca valorização institucional deste tipo de atividade^{5;20}; inexistência e/ou pequena visibilidade dos conselhos locais de saúde nos territórios e também uma pequena apropriação destes espaços por parte das eSB. Esses achados também podem estar relacionados à diferença de cobertura populacional entre as eSB e eSF. Em 2020, a cobertura de eSF no Brasil era de 63,62%, enquanto a de eSB era de 44,95%. Entre as macrorregiões, são observadas diferenças nas coberturas de eSF em relação à eSB, com disparidades entre as regiões, sendo de 82,33% e 69,56% no Nordeste, para eSF e eSB, respectivamente e 50,99% e 30,09%, respectivamente, no Sudeste²¹. Essa desproporção entre o número de eSF e eSB pode aprofundar as barreiras para o seu protagonismo nas reuniões.

Houve instabilidade na variação temporal, da participação das eSB como responsáveis pelas reuniões, demonstrando não haver um padrão de atuação da equipe. A variação negativa observada do ano de 2019 para o ano 2020, em todas as regiões corresponde ao período em que o processo de trabalho no âmbito da APS, as ações e os serviços foram redefinidos, com significativa redução de atividades coletivas presenciais, visando a contenção da transmissão do Coronavírus²². Para avanços no trabalho em saúde bucal na ESF faz-se necessário que a gestão favoreça que os profissionais busquem habilidades, competências e tenham atitudes para proporem ações de intervenção¹⁰ para promover mudanças positivas no serviço de saúde. Estudo que analisou a atuação do apoio institucional em relação à participação das eSB em ações de monitoramento, reunião de equipe e organização de processo de trabalho na APS, identificou que houve associação positiva das ações realizadas pelo apoiador institucional e as ações não clínicas das eSB no Brasil²³.

Apesar da baixa proporção das reuniões sob coordenação das eSB, os temas registrados abrangem, com diferentes proporções, aspectos relacionados à organização do processo de trabalho em saúde na UBS e no território. Os temas mais frequentes foram processos de trabalho da equipe, aspectos administrativos e de funcionamento da UBS e de diagnóstico e monitoramento de ações no território. A temática processo de trabalho apresentou proporções mais elevadas em todos os anos do período estudado, com médias positivas nas taxas de variação em todas as regiões, com exceção da região Sul. Além disso, essa temática demonstrou o menor índice de disparidade, o que pode sugerir uma possível tendência ao longo do tempo. A maior frequência desses temas pode indicar maior demanda de realização ou atividades mais consolidadas no trabalho em equipe. Por outro lado, ao dedicar-se mais a estes temas, as equipes podem estar deixando de discutir outras temáticas, igualmente importantes, para organização do processo de trabalho. As maiores disparidades foram observadas nos indicadores relacionados à temática discussão de caso/projeto terapêutico singular (IND5) e no Grau de protagonismo das eSB (IND1). O IND5 também apresentou maiores taxas de variação negativa no período estudado e o IND1 teve variação negativa em todas as regiões na média dos anos do estudo (2018-2022). Estes mesmos indicadores foram os que apresentaram menores proporções nos valores calculados ao longo do tempo.

As temáticas discussão de casos/projeto terapêutico singular e de educação permanente foram menos frequentes indicando que o cuidado ao usuário pode estar segmentado e direcionado para tratamentos que não considerem as possibilidades terapêuticas no próprio território²⁴. Ao construir o projeto terapêutico de forma compartilhada com a equipe, é possível encontrar respostas às necessidades de saúde bucal de maneira mais resolutiva²⁵ e a ampliação de vínculo com os usuários⁷. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que busca a qualificação dos trabalhadores, favorecendo a atuação em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS^{26,27,28}. A baixa proporção de reuniões com a temática EPS pode estar relacionada com a sobrecarga de trabalho, a falta de planejamento para realização das iniciativas de EPS, a não valorização das iniciativas de EPS pela gestão, dentre outras²⁹.

Nossos achados corroboram que as diferenças regionais e a heterogeneidade do processo de trabalho eSB no Brasil se mantém^{14,30} indicando que o desempenho dos serviços de saúde está subordinado aos determinantes contextuais. Estudo de base nacional mostrou que as regiões Sudeste, Sul e Nordeste tiveram as maiores frequências de ESBs com melhor desempenho no processo de trabalho, quanto ao uso de instrumentos utilizados para planejamento das ações, ações de promoção da saúde e atenção integral. O planejamento das ações se mostrou também como um desafio, com menores proporções de eSB de tipos I e II consolidadas e a maior disparidade entre as regiões brasileiras¹⁴. Identificar e compreender as diferenças socioeconômicas e de organização dos serviços de saúde podem ajudar os gestores e profissionais para atuarem na redução das disparidades locoregionais da organização do processo de trabalho das eSB.

Este estudo estimou os indicadores agregados por macrorregiões brasileiras, com uma abordagem exploratória e descritiva, impossibilitando analisar a variabilidade entre os municípios em uma mesma região. Optou-se por este nível de desagregação, em função do percentual de municípios sem registro de reuniões no período, em todas as regiões, independentemente do profissional responsável, correspondente ao denominador do IND1: Norte (41,5% a 54,4%), Nordeste (6,5% a 25,8%), Sudeste (22,1% a 39,2%), Centro Oeste (29,1% a 57,4%) e Sul (0 a 39,7%). Somou-se a este aspecto o fato de que muitos dos municípios, em todas as regiões, apresentaram ausência de registro de reuniões sob responsabilidade da eSB. Para estes casos, para análise do IND1, assumiu-se, no numerador, que a eSB, não se responsabilizou por nenhuma reunião no período analisado. Os percentuais de municípios com nenhuma reunião sob responsabilidade da eSB no período foram: Norte (39,1% a 16,9%), Nordeste (55,7% a 63,2%), Sudeste (52,5% a 62,9%), Centro Oeste (39,9% a 61,1%) e Sul (51,5% a 83,8%). Os IND2 a IND6 foram analisados tendo como universo o total de reuniões sob responsabilidade da eSB em cada macrorregião, registradas em municípios com presença de, pelo menos, uma reunião no período que corresponderam aos seguintes percentuais: Norte (6,4 a 16,2%), Nordeste (13,2% a 37,5%), Sudeste (6,8% a 16,6%), Centro Oeste (1,8% a 12,3%) e Sul (6,8% a 24,8%). Estes percentuais sinalizam e reforçam a fragilidade do protagonismo das eSB nas reuniões de equipe e com os CLS na APS e sinaliza a necessidade de qualificar o registro no sistema e-SUS APS ressignificando e

reafirmando as atividades coletivas como elemento central para o processo de trabalho em saúde. Alguns estudos indicam que são necessários investimentos em recursos tecnológicos, qualificação e treinamento de profissionais e suporte para qualificar a implantação e uso de sistemas de informação no país, especialmente para a estratégia e-SUS APS^{30,31}. Fontes de dados secundários disponibilizados por meio de sistemas de informação de base nacional, como o SISAB se constituem em fontes relevantes dada a sua abrangência e capilaridade, mas a baixa qualidade e a ausência dos registros continuam a ser uma barreira para o seu uso. Não obstante as limitações indicadas, esta análise exploratória inicial dos indicadores inéditos demonstrou o panorama nacional em relação ao protagonismo e grau de organização da eSB no processo de trabalho em equipe das eSB no Brasil e nas macrorregiões. Além disso, a utilização e avaliação da qualidade dos dados do SISAB podem contribuir para o seu aprimoramento, se consolidando como uma importante fonte para estudos sobre processos de trabalho das equipes da APS.

Outra limitação deste estudo foi a definição de protagonismo da eSB adotada na construção do indicador, que considerou protagonismo apenas quando o profissional responsável pela reunião é o cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal. Essa definição pode não corresponder necessariamente ao nível de protagonismo da eSB na condução das atividades, assim como a sua efetiva participação no cotidiano do processo de trabalho em equipe na APS2. Verifica-se também a impossibilidade, por meio do indicador calculado, de estabelecer comparações do protagonismo entre diferentes categorias profissionais que atuam na APS, uma vez que não estabelece uma relação entre reuniões sob a responsabilidade de diferentes profissionais. Neste sentido, a elaboração de novos indicadores e estudos futuros se fazem necessários.

Apesar dessas limitações, considera-se que indicadores elaborados a partir do cotidiano do trabalho das equipes na APS apresentam grande potencial para analisar as variações geográficas e temporais, em determinada região, estado e/ou municípios, observando os resultados em conjunto ou separadamente, permitindo analisar as disparidades na gestão do processo de trabalhos das eSB e suas possíveis causas. A análise desses indicadores pode identificar situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos, contribuindo para a tomada de decisão dos profissionais e gestores da APS².

O protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na APS no Brasil ainda é incipiente e apresenta disparidades entre as macrorregiões desafiando gestores e profissionais para a superação do isolamento e da pouca integração entre as diferentes categorias de trabalhadores visando a atenção à saúde integral e de qualidade ao usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB [Internet]; 2017 [citado 2023 Feb 1]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
2. Ferreira RC, Houry LC. Dicionário de indicadores para a avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde. 1. edth ed. Belo Horizonte. [Internet]; 2023. [cited 2023 Ago 23] Available from: <https://www.bu.ufmg.br/imagem/00002d/00002d44.pdf>.
3. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Revista Saúde Pública [Internet]; 2006 [citado 2023 Jul 6];4:727-33. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3ZK6hdx7ByGQbJcZwJrLgqm>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Principais ações do Governo Federal na Saúde Bucal [Internet]; 2013 [citado 2023 Mai 23]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/cartazes/acoes_saude_bucal1_0,9x1,3m.pdf
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista Saúde Pública [Internet]; 2001 [citado 2023 Jul 6];1(103-9):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>
6. Oliveira MT, Farias MR, Vasconcelos MI, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]; 2022 [citado 2022 Mai 7];32(1). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2022.v32n1/e320106/pt>
7. Moura MS, Ferro FE, Cunha NL, Néto OB, Lima MD, Moura LF. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]; 2013 [citado 2023 Jul 6];2:471-480. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dmyZnXpqqYsmD35tSfFbhng/?lang=pt#>
8. Mattos GC, Ferreira EF, Leite IC, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]; 2014 [citado 2023 Jul 6];2:373-382. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XG6xk9fSzpV47wjsrWYf6zN/?lang=pt>
9. Godoi H, Mello AL, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cadernos Saúde Pública [Internet]; 2014 [citado 2023 Mai 1];2:318-332. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hRKRwDRnq3cyqYKSMvTPmRv/abstract/?lang=pt#>
10. Scherer CI, Scherer MD, Chaves SC, Menezes EL. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. Saúde debate [Internet]; 2014 [citado 2023 Mai 1];spe2:233-246. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/#>
11. Santos TP, Machado AT, Abreu MH, Martins RC. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. PLoS ONE [Internet]; 2019 [citado 2023 Mai 1];4 DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215429>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215429>.
12. Andraus SH, Ferreira RC, Amaral JH, Werneck MA. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. Rev Gaúch. Odontol [Internet]; 2017 [citado 2023 Mai 1];64:335-343. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000083354>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/QDvqqGryBgxz4vGJwpns7Rs/?lang=en#>.

13. Lima AA, Monteiro LF, Vasconcelos CR. Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde: Análise das Usuárias de uma Unidade de Atenção Básica com Base no Modelo de Kano [Internet]; 2023 [citado 2023 Ago 10]. DOI <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.285>. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12770/6300>
14. Amorim LP, Senna MI, Paula JS, Rodrigues LG, Chiari AP, Ferreira RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]; 2021 [citado 2023 Jul 20];30(1):1-13. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ctpYbdTcVStrk6kV9DcRj4F/#>
15. Brasil. Norma Técnica 005/2019 - Instrutivo para preenchimento fichas e-sus de atividade coletiva pelo TSB; 2019 [citado 2023 Mai 1] Manual PEC 3.2. Disponível em: <https://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/02/Norma-t%C3%A9cnica-para-preenchimento-da-ficha-de-Atividade-Coletiva-pelo-TSB.pdf>.
16. Matuoka RI, Ogata MN,. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010. [Internet]; 2023 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14395/7774>
17. Pearcy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep* 2002;117(3):273-280. DOI: 10.1093/phr/117.3.273. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12432138/>.
18. Brasil. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [Internet]; 2010 [citado 2023 Jul 19]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
19. Mendes SR, Martins RC, Mambrini JV, Matta-Machado AT, Mattos-Savage GC, Gallagher JE, *et al.* The Influence of Dentists' Profile and Health Work Management in the Performance of Brazilian Dental Teams. *Biomed Res Int* [Internet]; 2021 [citado 2023 Jun 15]; DOI 10.1155/2021/8843928. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778459/>.
20. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes AP, Haddad MC, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery* [Internet]; 2018 [citado 2023 Jun 15];22(4) DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?lang=pt#>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 9 e-GestorAB [Internet]. [Saude.gov.br](http://saude.gov.br). 2021 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/>
22. Murakami M. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Revista Saúde em Redes* [Internet]; 2022 [citado 2023 Out 31];v.8, n.3. DOI 10.18310/2446-4813.2022v8n3p423-437. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3700>
23. Souza KR, Baumgarten A, Frichembruder K, Bulgarelli PT, Santos CM, Bulgarelli AF. O apoio institucional e as ações das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista APS* [Internet]; 2020 [citado 2023 Jul 19];23(1):26-39. DOI <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16480>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16480>
24. Oliveira TC, Abreu EM. O projeto terapêutico singular pode promover educação permanente em saúde dos profissionais no âmbito da atenção básica?. *Atena* [Internet]; 2020 [citado 2023 Jul 19];Capítulo 22:204. DOI 10.22533/at.ed.65820161022. Disponível em: <https://www.arenaeditora.com.br/catalogo/post/o-projeto-terapeutico-singular-pode->

promover-educacao-permanente-em-saude-dos-profissionais-no-ambito-da-atencao-basica

25. Fonseca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C.. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc* [Internet]; 2018 [citado 2023 Jul 20];27(4):1174-1185. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180117>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/x9dZRRcYCT9ZHXNtDVD3nBc/?format=html&lang=pt#>

26. Brasil. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2023 Fev 1] Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

27. Brasil. Portaria nº 198-GM, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2004 [citado 2023 Jul 20] Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

28. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília/DF; 2004 [citado 2023 Fev 1] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf

29. Silva CB, Scherer MD. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]; 2020 [citado 2021 Jun 18];24. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/icse/2020.v24/e190840/pt>

30. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JR, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]; 2018 [citado 2023 Jul 20];42(spe1):145-162. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gzfRgqRgTrvj96XfdkVxLkp/?lang=pt#>

31. Cielo AC, Raiol T, Silva EN, Barreto JO. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. *Rev. Saúde Pública* [Internet]; 2022 [citado 2023 Jul 20];56:1-13. DOI <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003405>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/57LxR7ChY3DXdZg5WfZpYQF/abstract/?lang=pt#>

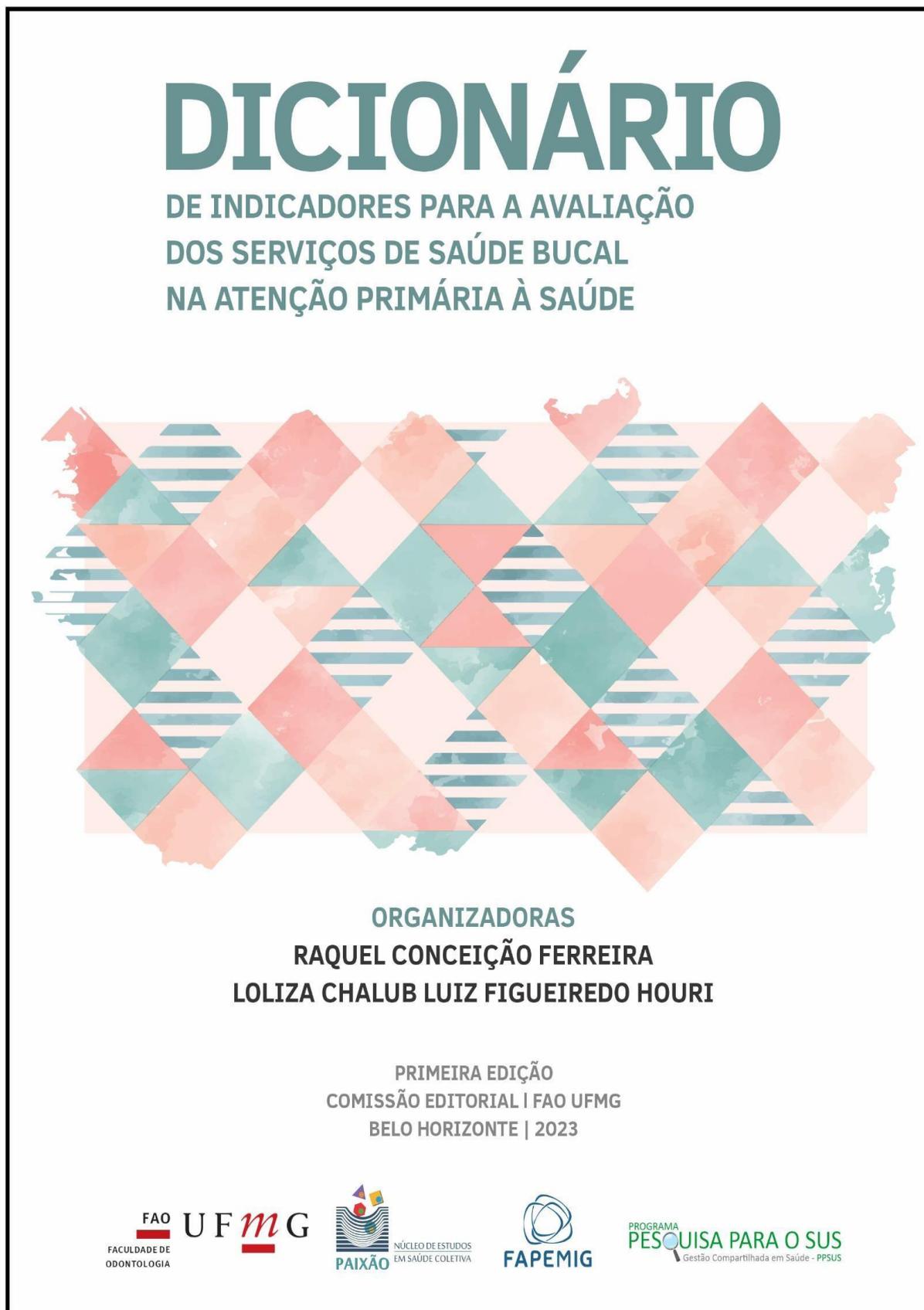
5.2 Produtos técnicos

5.2.1 Dicionário de indicadores para avaliação dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

O Dicionário de indicadores para a avaliação dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (ISBN: 978-85-93368-64-6), de acesso livre e gratuito pelo link: <https://www.bu.ufmg.br/imagem/00002d/00002d44.pdf> (FIGURA 9), foi resultado do estudo coordenado por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Odontologia da UFMG, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) contou com a participação de estudantes no âmbito da graduação, do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública e do Mestrado e Doutorado Acadêmicos.

Esta produção apresenta a matriz de indicadores já mencionada, da qual esta pesquisa foi gerada. O capítulo “Considerações iniciais” apresenta conceitos básicos sobre a avaliação dos serviços de saúde e sua importância no contexto da saúde bucal. É apresentada a estratégia do Departamento de Saúde da Família e Comunidade (DESF/SAPS/MS), denominada e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), e as principais iniciativas nacionais de avaliação dos serviços de saúde. No capítulo “Indicadores de saúde bucal: aspectos conceituais e metodológicos” é apresentado o referencial teórico e as normativas que embasaram a construção dos indicadores, é descrito brevemente o processo de elaboração e validação, bem como a fonte de dados para cálculo dos indicadores. A matriz de indicadores e as fichas de qualificação, apresentadas no capítulo seguinte, sistematizam elementos essenciais para compreensão do significado dos quarenta e quatro indicadores na dimensão Provimento de serviços de saúde bucal e dez na dimensão Gestão da saúde bucal. O conteúdo desta publicação poderá receber atualizações ao longo do tempo em função da diversidade de temas abordados pelos indicadores e da dinâmica própria da área de informação em saúde, a partir da necessidade de revisão dos indicadores e de fontes de dados, entre outros aspectos (FERREIRA, HOURI, 2023). A Figura 10 apresenta a ficha de descrição do Dicionário de acordo com os critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para avaliação dos produtos técnicos e tecnológicos.

Figura 9 – Dicionário de indicadores para avaliação dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde



Fonte: FERREIRA; HOURI, 2023, p. 1.

5.2.3 Painel de indicadores para monitoramento dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

O Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (DOI: [10.5281/zenodo.7944665](https://doi.org/10.5281/zenodo.7944665)), link de acesso: <https://lookerstudio.google.com/s/gqhXI8jg0u8> é um produto técnico desenvolvido no âmbito do projeto de pesquisa “Painel de monitoramento de indicadores de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa de implementação”, financiado pelo Edital nº Edital PPSUS 003/2020 FAPEMIG - PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS — PPSUS, promovido pela parceria MS/CNPq/FAPEMIG/SES/MG. É uma produção compartilhada entre três discentes do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG que também contou com a participação de estudantes no âmbito da graduação e do Mestrado e Doutorado Acadêmicos.

Configura-se como uma ferramenta interativa digital inédita que demonstra por meio de gráficos e figuras os 54 indicadores de saúde bucal elaborados a partir dos dados do SISAB. Esses indicadores compõem uma matriz avaliativa composta por duas dimensões: Provimento de serviços de saúde bucal e Gestão da saúde bucal. Estas dimensões/subdimensões de avaliação foram definidas com base no modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal adaptado do modelo proposto por Nickel (2008) e modificado por Colussi (2010), adotando-se também os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) e da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012) como referências conceituais. A dimensão Provimento de serviços de saúde bucal é composta pelas subdimensões Acesso aos serviços de saúde bucal, Vigilância em saúde bucal, Diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde bucal e Promoção e prevenção. Com relação à Gestão da saúde bucal, as subdimensões são: Atuação intersectorial/Participação popular e Processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB). A Figura 11 apresenta a ficha de descrição do painel de acordo com os critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para avaliação dos produtos técnicos e tecnológicos.

Figura 11 - Ficha de descrição do Painel de indicadores para monitoramento dos serviços de Saúde Bucal na APS - Modelo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES

TÍTULO:	PAINEL DE INDICADORES PARA O MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ANO:	2023
AUTORES:	Raquel Conceição Ferreira, Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri, Maria Inês Barreiros Senna, João Henrique Lara do Amaral, Rafaela da Silveira Pinto, Jacqueline Silva Santos, Deborah Egg de Paiva Campos, Marina Fajardo Ribeiro, Elisa Lopes Pinheiro, Erika Talita Silva, Fabiano Costa Diniz, Bruno Antunes Ribeiro, Fernanda Lamounier Campos, Gabrielli Flores Morais, Lara Cristina dos Santos Nunes, Lígia de Assis Silva e Milena Ribeiro Gomes, Hernane Braga Pereira
INSTITUIÇÃO PROMOTORA:	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)
LOCAL:	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais –FAO-UFMG
CIDADE:	Belo Horizonte - MG
DIVULGAÇÃO:	() filme () meio magnético (ex.: cd-room) () hipertexto () vários () impresso () outros (X) meio digital () não se aplica a este PTT
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto: Processo/Tecnologia e Produto/Material não patenteáveis (“Know-how”) Subtipo: Não de aplica Estrato: T2
FINALIDADE	O Painel de Indicadores irá contribuir na qualificação dos dados gerados no e-SUS APS e o uso dos dados do SISAB reduzindo a fragmentação da informação em saúde e ampliando a capacidade avaliativa de gestores e profissionais da saúde na APS.
IMPACTO – nível:	(x) alto () médio () baixo
IMPACTO – demanda:	() espontânea (x) por concorrência () contratada
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	(X) experimental () solução de um problema previamente identificado () sem um foco de aplicação inicialmente definido
IMPACTO – área impactada pela produção:	(X) saúde (x) educação (x) ensino () econômico
IMPACTO – tipo:	(x) potencial () real
DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO	Trata-se do desenvolvimento de Painel de monitoramento de indicadores de saúde bucal, que potencialmente útil no planejamento, monitoramento e avaliações das ações em saúde bucal por gestores e equipes de saúde bucal da Atenção Primária.
REPLICABILIDADE:	(X) sim () não
ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:	() local () regional (X) nacional () internacional
COMPLEXIDADE:	() alta (X) média () baixa
INOVAÇÃO:	(X) alto teor inovativo () médio teor inovativo () baixo teor inovativo () sem inovação aparente
SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	() saúde humana e serviços sociais (X) atividades profissionais, científicas e técnicas () educação
HOVE FOMENTO?:	(X) financiamento () cooperação () não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?:	(X) sim (DOI: 10.5281/zenodo.7944665) () não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	() piloto/protótipo (x) em teste () finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO?:	() sim (x) não
PTT (URL):	https://lookerstudio.google.com/s/gqhxI8jgOu8

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A construção do Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de Saúde Bucal na APS utilizou diversas tecnologias que futuramente poderão ser reproduzidas, por outros pesquisadores, dividida nas seguintes etapas:

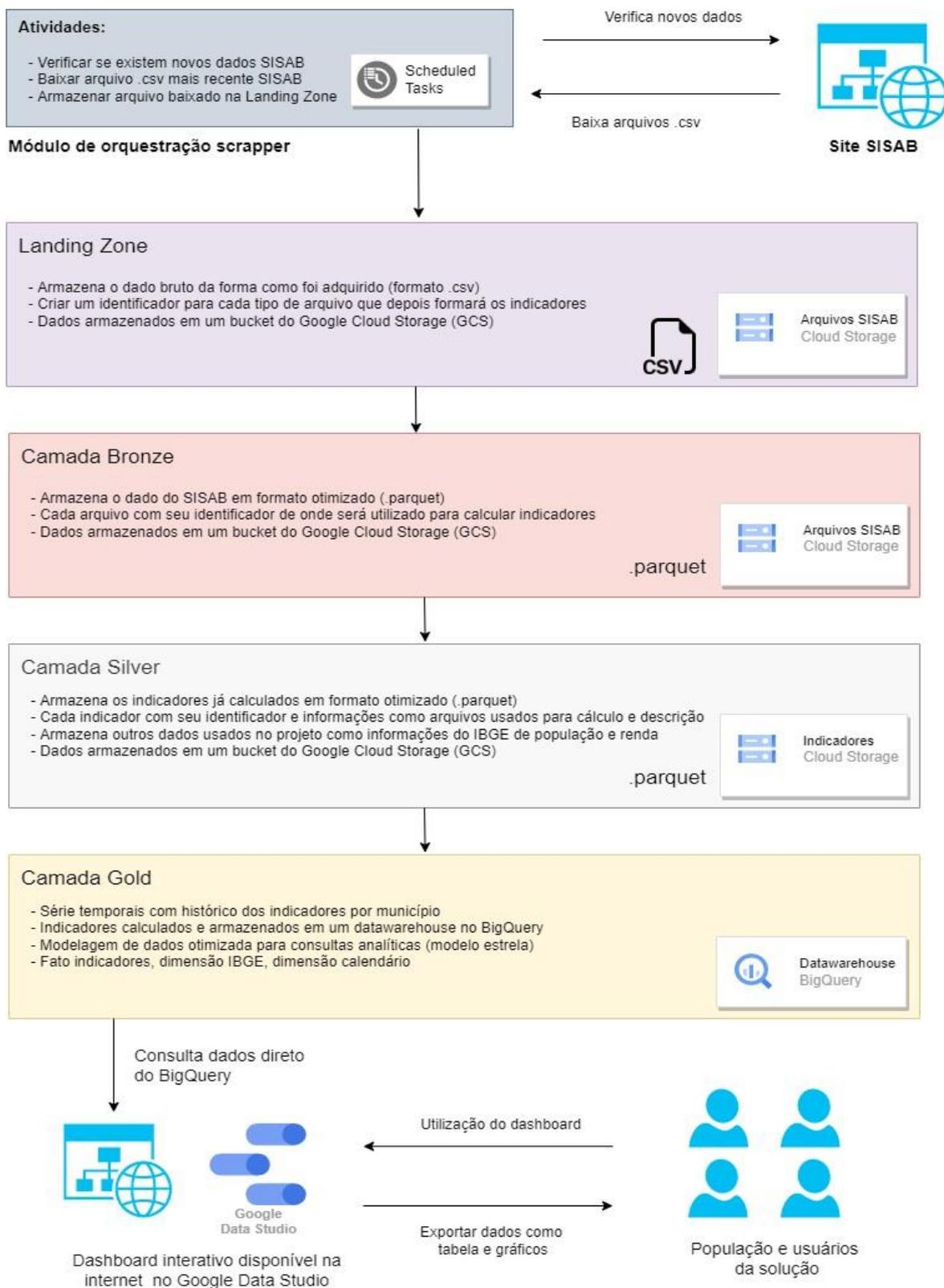
1. Definição do indicador e forma de cálculo definida de acordo com o dicionário de indicadores;
2. Realização de dupla validação da forma de extração e do cálculo do indicador pela equipe de pesquisadores (extração manual) e com equipe autônoma (extração automatizada), utilizando-se dados para o ano de 2020;
3. Automatização da extração de arquivos de numeradores e denominadores e cálculo de indicadores;
4. Armazenamento do histórico de indicadores calculados em um banco de dados analítico (banco de dados criado para armazenar, gerenciar e consumir os dados brutos);
5. Disponibilização dos dados no painel interativo para uso dos profissionais, gestores e a população em geral;

Após a dupla validação do indicador (passos anteriores 1 e 2) iniciou-se o processo de automação do processo, que foi desenvolvido nos seguintes passos:

1. Mapeamento de todos os arquivos do SISAB usados para calcular os indicadores;
2. Mapeamento de todos os indicadores, da forma de cálculo e da forma de tratamento dos dados faltantes;
3. Criação de *scripts* para orquestrar a extração de dados do SISAB;
4. Criação da infraestrutura de dados, um *delta lake*¹ composto pelas camadas de dados (FIGURA 12):
 - a. *Landing zone*
 - b. Camada bronze
 - c. Camada *silver*
 - d. Camada *gold*
5. Criação do painel a partir dos dados contidos na camada *gold*.

¹ O *Delta Lake* é uma camada de armazenamento de *software* livre que traz confiabilidade para os *data lakes*

Figura 12 - Camadas de dados



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

O Painel (FIGURA 13) apresenta os 54 indicadores calculados, de forma automática, a partir dos dados extraídos do SISAB à medida que os dados são atualizados.

Figura 13 - Visão página inicial painel

Painel de Indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS [FAPEMIG]

Redefinir Compartilhar

Menu de navegação

Sobre o Painel

Menu de indicadores

Análise de indicador

Escolha seu indicador para a...

01: Provimento de serviços de saúde ...

1.1 - Acesso aos serviços de ...

1.2 - Vigilância em Saúde

1.3 - Diagnóstico, tratamento ...

1.4 - Promoção e Prevenção

02: Gestão da Saúde Bucal

2.1 - Atuação intersetorial/Pa...

2.2 - Processo de Trabalho da...

Painel de Indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS

Painel caracterizado como produto técnico desenvolvido por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Odontologia e Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG - Programa de Pesquisa para o SUS APQ 04112-17 APQ-00763-20) e parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Menu de Indicadores Nesta página você encontrará um menu de navegação com todos os indicadores disponíveis

Sobre o projeto Ao clicar será aberta uma nova página com informações sobre o projeto e o cálculo de indicadores

Professores:

- Raquel Conceição Ferreira
- Lailza Chalub Luiz Figueiredo Hourl
- Maria Inês Barreiros Senna
- João Henrique Lara do Amaral
- Rátaleia da Silveira Pinto

Estudantes de pós-graduação:

- Bruno Antunes Ribeiro
- Elisa Lopes Pinheiro
- Erika Talita Silva
- Fabiano Costa Diniz
- Fernanda Lamounier Campos

Estudantes de graduação:

- Debora Egg de Paiva Campos
- Gabrieli Flores Moraes
- Lara Cristina dos Santos Nunes
- Ligia de Assis Silva
- Marina Fajardo Ribeiro
- Milena Ribeiro Gomes

Desenvolvedor:

- Hernane Braga Pereira

Servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais:

- Jacqueline Silva Santos

FAPEMIG FAO UFMG FACULDADE DE ODONTOLOGIA PAIXÃO NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Política de Privacidade

Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023

Na barra lateral à esquerda é possível acessar as telas do painel. No menu dos indicadores (FIGURA 14) está disponível a relação de todos os indicadores divididos nas dimensões e subdimensões. Ao selecionar um indicador o sistema redireciona o usuário para uma página personalizada de cada indicador.

Figura 14 - Menu Indicadores

Painel de Indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS [FAPEMIG]

Redefinir Compartilhar

Menu de navegação

Sobre o Painel

Menu de Indicadores

Análise de indicador

Escolha seu indicador para a...

01: Provimento de serviços de saúde ...

1.1 - Acesso aos serviços de ...

1.2 - Vigilância em Saúde

1.3 - Diagnóstico, tratamento ...

1.4 - Promoção e Prevenção

02: Gestão da Saúde Bucal

2.1 - Atuação intersetorial/Pa...

2.2 - Processo de Trabalho da...

Menu de Indicadores

Clique no nome do indicador para navegar até sua página

FAPEMIG UFMG

01 - Provimento de serviços de saúde bucal

1.1 - Acesso aos serviços de saúde bucal

1.1.1 - Proporção de consultas odontológicas agendadas realizadas na UBS

1.1.2 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

1.1.3 - Razão entre atendimentos odontológicos de demanda espontânea e consultas agendadas

1.1.4 - Proporção de atendimentos odontológico de urgência na demanda espontânea

1.1.5 - Taxa de atendimentos odontológicos de urgência por população total cadastrada

1.1.6 - Média de consultas de retorno em Odontologia por Tratamento Concluído

1.1.7 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática

1.1.8 - Razão entre tratamento concluído e primeiras consultas odontológicas programáticas

1.1.9 - Taxa de atendimentos de cirurgiões-dentistas por população cadastrada

Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023

Na página personalizada de cada indicador (FIGURA 15) ao clicar em “saiba mais sobre este indicador clicando no ícone ao lado”, é apresentada a ficha de qualificação dos indicadores (FIGURA 16) que contém os seguintes itens: nome do indicador, medida, interpretação, usos, limitações, método de cálculo, fonte (filtros para extração), parâmetro, observações e referências.

Figura 15 - Página personalizada indicadores



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

Figura 16 - Ficha de qualificação dos indicadores

2.2.1 - Grau de protagonismo das eSB nas reuniões de equipe

Sumário

Medida
Interpretação do resultado
Usos
Limitações
Método de cálculo*
Fonte de dados

Medida

Proporção do número de Reuniões de equipe, Reunião com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social sob responsabilidade de algum profissional da eSB em determinado local e período em relação ao número de reuniões realizadas, no mesmo local e período.

Interpretação do resultado

Mede a participação das eSB como responsáveis pelo planejamento e organização da atenção à saúde do território. Maiores valores podem indicar maior protagonismo das eSB nas atividades de organização da equipe.

Usos

- Avaliar a participação das eSB como responsáveis pela gestão e planejamento da equipe;
- Avaliar as variações do indicador entre as equipes, municípios ou outro nível de agregação, identificando tendências que demandem ações e estudos específicos.

Limitações

O protagonismo está sendo definido quando o profissional responsável é o cirurgião-dentista. A responsabilidade pelo desenvolvimento da ação é conferida àquele profissional responsável pelo registro das atividades no sistema de informação, o que pode não corresponder necessariamente ao nível de protagonismo na condução das atividades.

Método de cálculo*

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de reuniões (Reuniões de equipe, Reunião com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social) em que o profissional responsável é membro da equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Reuniões de equipes (Reunião com outras equipes de saúde, Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle, no mesmo local e período)}} \times 100$$

Fonte de dados

Relatórios de Atividade Coletiva na Atenção Básica do SISAB.

Relatório Saúde/Atividade coletiva	Numerador	Denominador
Unidade Geográfica	Brasil, Macrorregião, Estado, Região de Saúde ou Municípios.	
Competência	Escolher o período para extração, sendo de, no máximo, 12 meses.	
Linha/Coluna:		
Linha do relatório	Selecionar o nível de desagregação geográfica de interesse (Brasil, estado, região de saúde ou município).	
Coluna do relatório	Qt Atividade Coletiva/Número de Participantes	
Tipo de Informação	Quantidade de atividade coletiva	
Filtros		
Tipo de Equipe	Eq. de Saúde Bucal - SB	Selecionar todos
Categoria Profissional	Cirurgião-dentista + Técnico e auxiliar de saúde bucal	Selecionar todos
Tipo de atividade	Reunião de equipe + reunião com outras equipes de saúde + reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	Reunião de equipe + reunião com outras equipes de saúde + reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social
Temas para reunião	Selecionar todos	
Público alvo**	Ignorar	Ignorar
Temas para saúde**	Ignorar	Ignorar
Práticas em saúde**	Ignorar	Ignorar
Turma	Selecionar todos	Selecionar todos
Programa Saúde na Escola**	Ignorar	Ignorar

*Para cálculo do indicador, deve-se assumir que não houve reuniões em que os profissionais da Equipe de Saúde Bucal foram responsáveis (valor=0) nos locais sem registros destas atividades no período quando o total de reuniões, independente da equipe responsável pela realização da atividade, for maior ou igual a um (valor ≥ 1), no mesmo local e período.

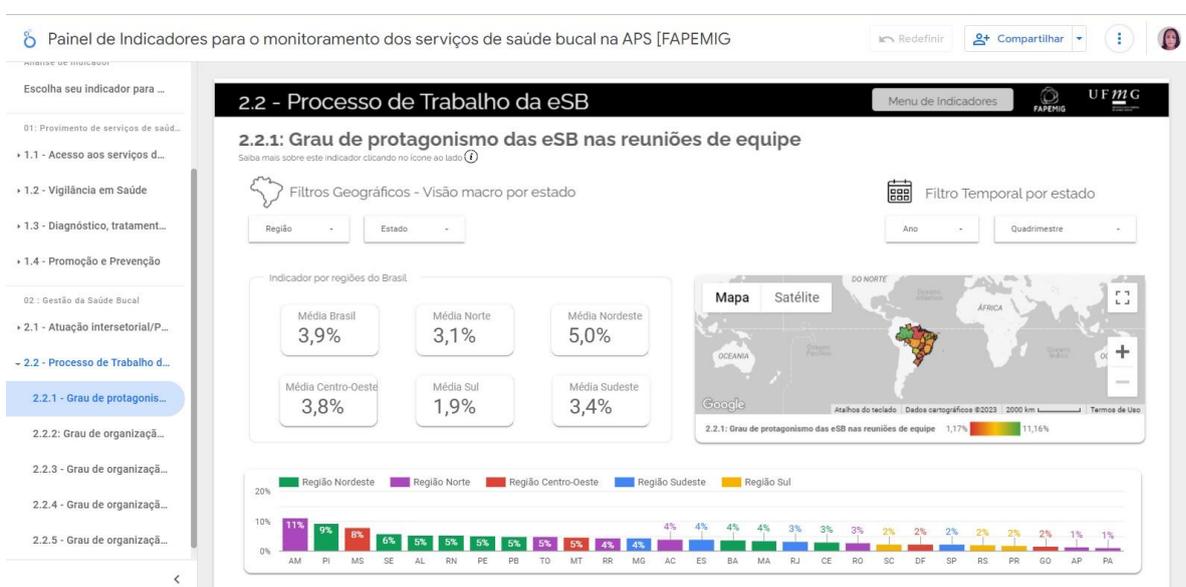
**Filtros não se aplicam para os tipos de atividades coletivas incluídos neste indicador.

Versão 23/06/23.

Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

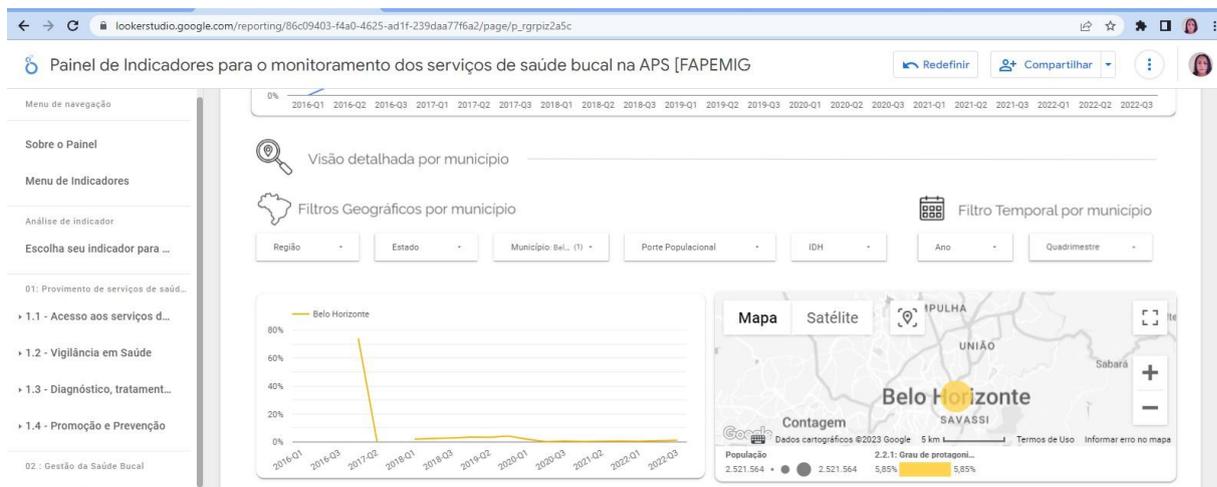
Os indicadores são apresentados em gráficos, mapas e tabelas nos seguintes níveis de desagregação: macrorregião brasileira e Unidade da Federação Brasileira (UF) (FIGURA 17) e município (FIGURA 18). Ao acessar determinado indicador, será possível iniciar a análise observando os valores médios para o Brasil e para cada macrorregião de acordo com o filtro temporal selecionado (anual ou quadrimestral), ou seja, o valor apresentado representa a média do indicador em cada quadrimestre de determinado ano, para a macrorregião ou UF.

Figura 17 - Visão macro por estado



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023

Figura 18 - Visão detalhada por município



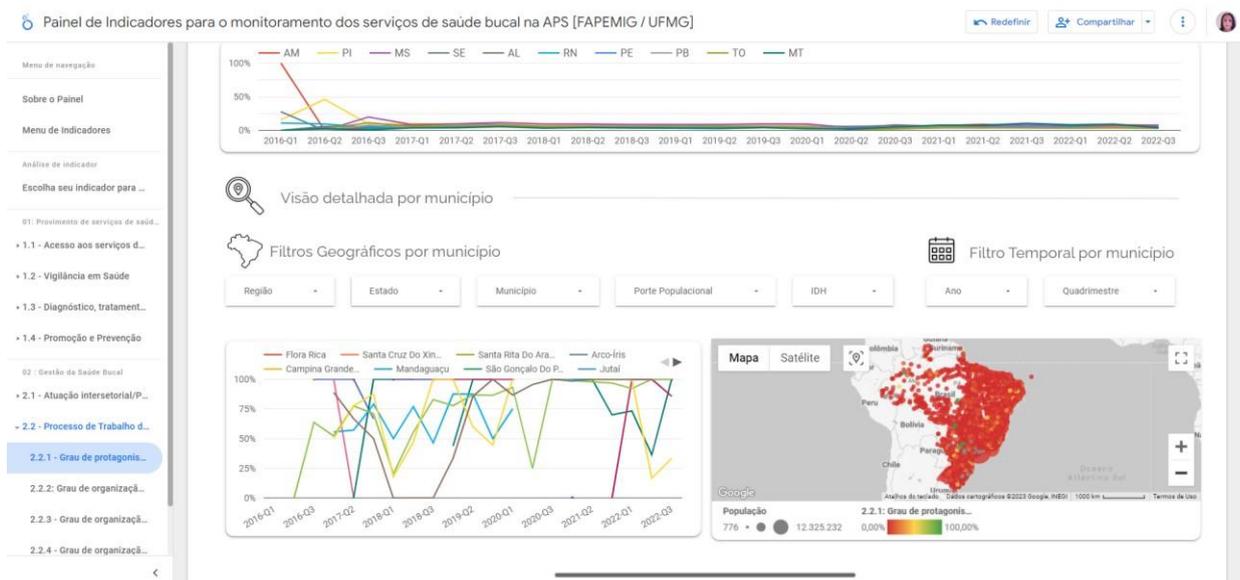
Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

Um mapa geográfico e um gráfico de barras (FIGURA 16) demonstram os valores de acordo com os filtros geográficos e temporais selecionados.

O indicador desagregado para o nível municipal poderá também ser consultado acessando-se filtros geográficos por município (FIGURA 17). Esta ferramenta possibilita observar, em determinada região ou UF, os valores para cada município, ou, separadamente, de acordo com o porte populacional e o Índice de Desenvolvimento Humano municipal.

Os resultados são representados também em um gráfico de linhas (FIGURA 19), sendo possível verificar a variação do indicador de acordo com o tempo selecionado e também por meio de um gráfico de bolhas, em que o diâmetro representa o tamanho da população do município e as cores representam a dimensão do indicador, de acordo com escala definida no gráfico.

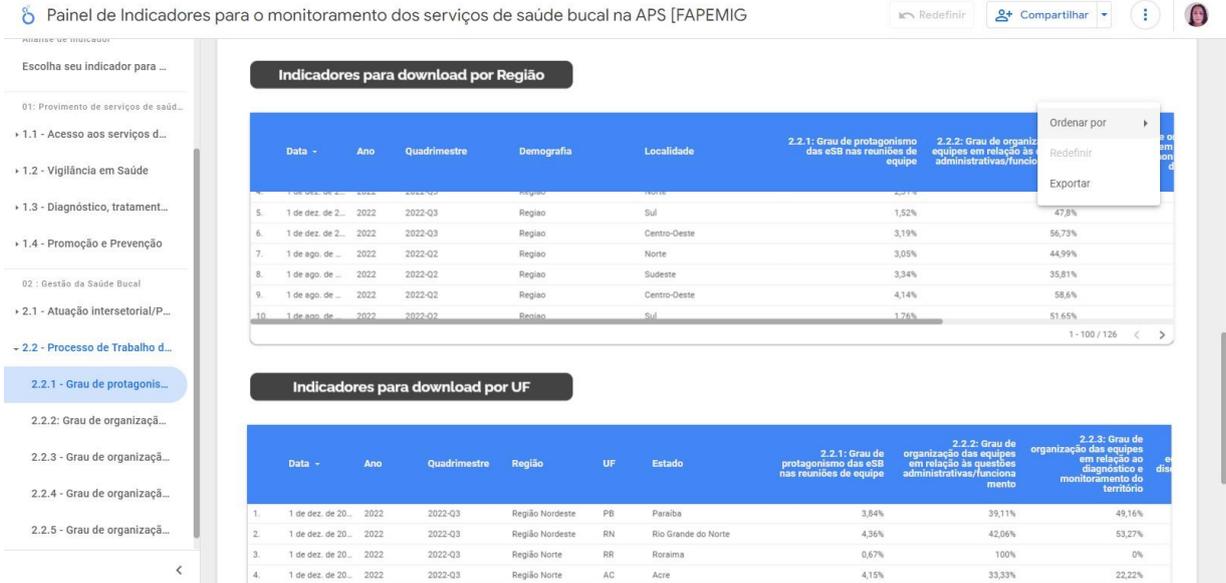
Figura 19 - Gráfico de linhas e bolhas



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

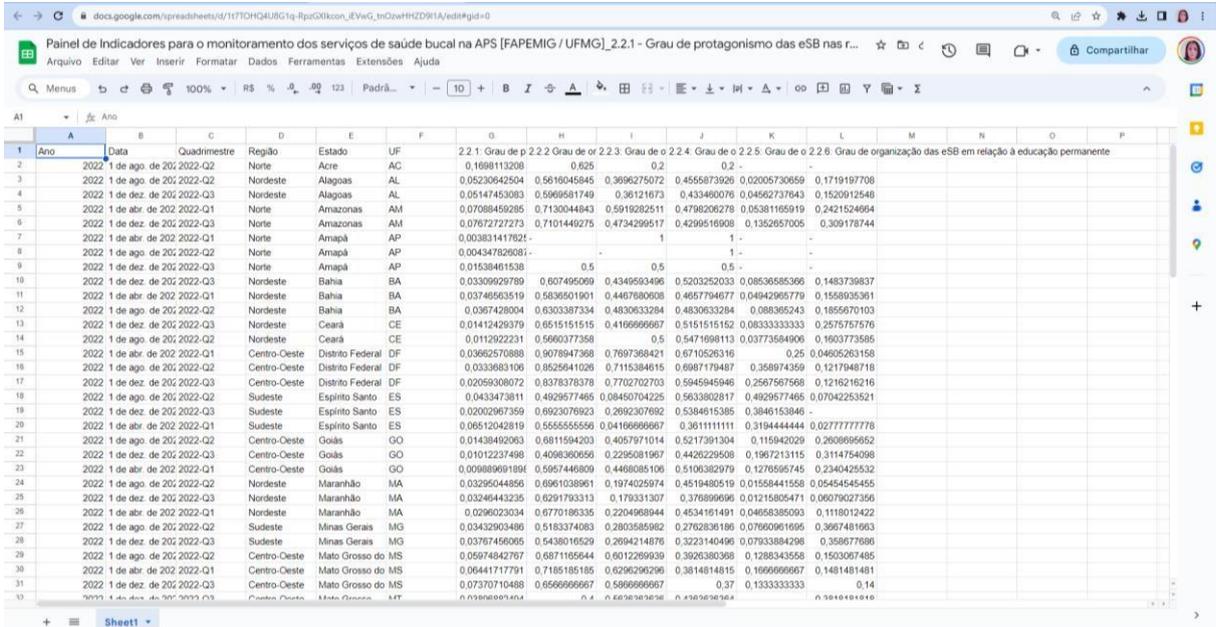
Adicionalmente, o painel disponibiliza tabelas com os valores dos indicadores calculados para cada município, UF e região, em cada quadrimestre, que podem ser exportadas em arquivos nos formatos csv, excel ou planilhas google (FIGURAS 20 e 21).

Figura 20 - Exportação de dados



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

Figura 21 - Planilhas google geradas extração de dados



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

O Painel também disponibiliza a funcionalidade de “*escolha seu indicador para análise*” (FIGURA 22) para comparação de diversos indicadores em uma única visão para análise. Neste caso é recomendado utilizar indicadores que possuem um mesmo denominador, pois é possível estabelecer uma comparação.

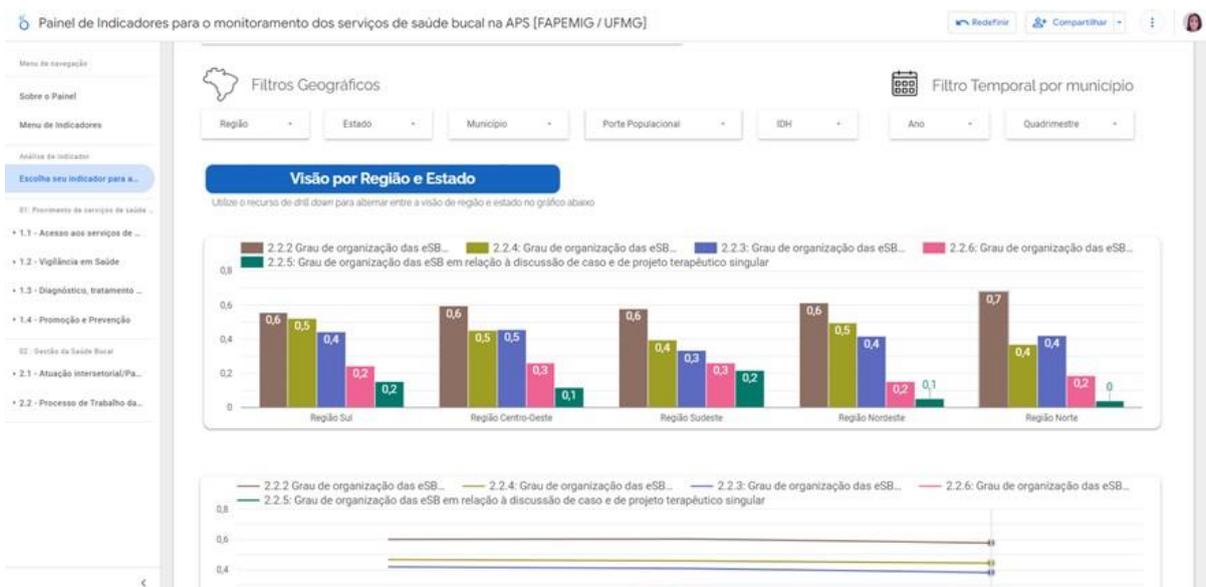
Figura 22 - Escolha seu indicador para análise



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023

Ao aplicar os filtros temporais e geográficos, conforme a preferência é possível comparar em forma de gráfico os valores dos indicadores (FIGURA 23).

Figura 23 – Comparação de indicadores



Fonte: Painel de indicadores para o monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS, 2023.

5.2.3 Calculadora de indicadores de saúde bucal

Durante o desenvolvimento do painel de indicadores a equipe do Projeto percebeu uma limitação, o menor nível de agregação dos resultados eram os municípios, sendo assim, caso o gestor da UBS ou o profissional da eSB que tivesse interesse em calcular os indicadores baseados nos dados da sua unidade teria que realizá-lo de forma manual. Por isso, com o objetivo de auxiliar os profissionais das UBS a computar os indicadores de suas unidades de maneira mais fácil, foi desenvolvido a Calculadora de indicadores de Saúde Bucal (FIGURA 24).

Figura 24 – Página inicial calculador de indicadores



Fonte: Calculadora de indicadores de saúde bucal, 2023.

A ferramenta está disponível de forma online e gratuita no link <https://bit.ly/calculadora-indicadores-saude-bucal-ppsus> e sua utilização é realizada de forma simples e prática, conforme passo a passo abaixo:

1º Passo - Ao entrar na página o usuário seleciona quais indicadores deseja calcular dentro de uma lista com 54 opções de indicadores, podendo escolher apenas um ou vários ao mesmo tempo (FIGURA 25).

Figura 25 – Seleção de indicadores para o cálculo

Menu
Calculadora de Indicadores

FAPEMIG
PAIXÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
FAO UFMG
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal

Selecione os indicadores para cálculo:

Choose an option

- 1.1.1: Proporção de consultas odontológicas agendadas realizadas na UBS
- 1.1.2: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
- 1.1.3: Razão entre atendimentos odontológicos de demanda espontânea e consultas agendadas
- 1.1.4: Proporção de atendimentos odontológicos de urgência na demanda espontânea
- 1.1.5: Taxa de atendimentos odontológicos de urgência por população total cadastrada
- 1.1.6: Média de consultas de retorno em Odontologia por Tratamento Concluído
- 1.1.7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- 1.1.8: Razão entre tratamento concluído e primeiras consultas odontológicas programáticas
- 1.1.9: Taxa de atendimentos de cirurgiões-dentistas por população cadastrada
- 1.2.1: Taxa de atendimento odontológico por dor de dente
- 1.2.2: Proporção de usuários com dor de dente atendidos na urgência
- 1.2.3: Taxa de atendimento odontológico por abscesso dentoalveolar
- 1.2.4: Taxa de atendimento odontológico por alteração em tecido mole
- 1.2.5: Taxa de atendimentos odontológico de usuários com fendas ou fissuras labiopalatais
- 1.3.1: Proporção de atendimentos odontológicos de urgência
- 1.3.2: Proporção de procedimentos odontológicos clínico-cirúrgicos
- 1.3.3: Proporção de procedimentos odontológicos restauradores
- 1.3.4: Proporção de exodontias de dentes permanentes nos procedimentos odontológicos
- 1.3.5: Média de procedimentos de adaptação por prótese instalada
- 1.3.6: Razão entre agendamentos para outros profissionais da APS e atendimentos realizados pela eSB
- 1.3.7: Média de encaminhamentos para Cirurgia BMF
- 1.3.8: Média de encaminhamentos para Endodontia
- 1.3.9: Média de encaminhamentos para Estomatologia
- 1.3.10: Média de encaminhamentos para Implantodontia
- 1.3.11: Média de encaminhamentos para Odontopediatria
- 1.3.12: Média de encaminhamentos para Ortodontia/ Ortopedia
- 1.3.13: Média de encaminhamentos para Periodontia
- 1.3.14: Média de encaminhamentos para Prótese Dentária
- 1.3.15: Média de encaminhamentos para Radiologia

Fonte: Calculadora de indicadores de saúde bucal, 2023

2º Passo - Ao selecionar o indicador desejado, aparecerão na tela caixas de texto para receber os dados referentes ao numerador e denominador de cada indicador (FIGURA 26).

Figura 26 – Inserção dos dados do numerador/denominador

Menu
Calculadora de Indicadores

FAPEMIG

NÚCLEO DE ESTUDOS
PAIXÃO EM SAÚDE COLETIVA

FAO UFMG
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal

Selecione os indicadores para calcular:

2.2.5: Grau de or... x 2.2.6: Grau de or... x

A multiplicação por 100 (porcentagem) ou por 1000 (população por 1000 usuários) nos indicadores é feita automaticamente pela calculadora.

2.2.5: Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular

100 * (Nº de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes em que o profissional responsável era membro da equipe de saúde bucal em que se discutiu o tema Discussão de caso/projeto terapêutico singular, em determinado local e período)

Nº total de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes, independente do tema pautado, em que o profissional responsável era membro da equipe de saúde bucal, um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período

Numerador

Denominador

2.2.6: Grau de organização das eSB em relação à educação permanente

100 * (Nº de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal em que discutem o tema Educação Permanente, em determinado local e período)

Nº total das Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes, independente do tema pautado, em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal, no mesmo local e período

Numerador

Denominador

Calcular Indicadores

Made with StreamIt

Fonte: Calculadora de indicadores de saúde bucal, 2023

3º Passo - Após inserir os dados e clicar em “*Calcular Indicadores*” aparecerá uma tela com os resultados obtidos e a opção de fazer download dos dados em formato planilha do Excel ou formato csv. (FIGURA 27).

Figura 27 – Resultado indicadores

Menu
Calculadora de Indicadores

FAPEMIG
PAIXÃO NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
FAO UFMG FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal

Selecione os indicadores para cálculo:

2.2.5: Grau de or... 2.2.6: Grau de or...

A multiplicação por 100 (porcentagem) ou por 1000 (população por 1000 usuários) nos indicadores é feita automaticamente pela calculadora.

2.2.5: Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular

100 * (N° de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes em que o profissional responsável era membro da equipe de saúde bucal em que se discutiu o tema Discussão de caso/projeto terapêutico singular, em determinado local e período)

10

50

2.2.6: Grau de organização das eSB em relação à educação permanente

100 * (N° de Reuniões de equipes e Reuniões com outras equipes em que o profissional responsável era um membro da Equipe de Saúde Bucal em que discutem o tema Educação Permanente, em determinado local e período)

5

50

Calcular Indicadores

Resultado:

Nome indicador	valor indicador	Numerador	Denominador
2.2.5: Grau de organização das eSB em relação à discussão de caso e de projeto terapêutico singular	20.00%	10	50
2.2.6: Grau de organização das eSB em relação à educação permanente	10.00%	5	50

Download Excel Download como CSV

Made with Streamlit

Fonte: Calculadora de indicadores de saúde bucal, 2023

As linguagens técnicas utilizadas foram *Python* e a ferramenta *open source Streamlit*, foram semelhantes com as desenvolvidas no painel, que permitem desenvolver aplicações simples e hospedadas gratuitamente na internet.

A Figura 28 apresenta a ficha de descrição da Calculadora de acordo com os critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para avaliação dos produtos técnicos e tecnológicos.

Figura 28 - Ficha de descrição da Calculadora de Indicadores de Saúde Bucal - Modelo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES

TÍTULO:	CALCULADORA DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL
ANO:	2023
AUTORES:	Raquel Conceição Ferreira, Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí, Maria Inês Barreiros Senna, João Henrique Lara do Amaral, Rafaela da Silveira Pinto, Jacqueline Silva Santos, Deborah Egg de Paiva Campos, Marina Fajardo Ribeiro, Elisa Lopes Pinheiro, Erika Talita Silva, Fabiano Costa Diniz, Bruno Antunes Ribeiro, Fernanda Lamounier Campos, Gabrielli Flores Moraes, Lara Cristina dos Santos Nunes, Lígia de Assis Silva e Milena Ribeiro Gomes, Hernane Braga Pereira
INSTITUIÇÃO PROMOTORA:	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)
LOCAL:	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – FAO-UFMG
CIDADE:	Belo Horizonte - MG
DIVULGAÇÃO:	() filme () meio magnético (ex.: cd-room) () hipertexto () vários () impresso () outros (X) meio digital () não se aplica a este PTT
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto: Processo/Tecnologia e Produto/Material não patenteáveis (“Know-how”) Subtipo: Não de aplica Estrato: T2
FINALIDADE	A calculadora é uma ferramenta importante ao auxiliar os profissionais das equipes de saúde bucal ou gestores locais a computarem seus próprios indicadores, permitindo uma análise individualizada dos resultados.
IMPACTO – nível:	() alto (x) médio () baixo
IMPACTO – demanda:	() espontânea (x) por concorrência () contratada
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	() experimental (x) solução de um problema previamente identificado () sem um foco de aplicação inicialmente definido
IMPACTO – área impactada pela produção:	(X) saúde () educação () ensino () econômico
IMPACTO – tipo:	(x) potencial () real
DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO	Trata-se do desenvolvimento de uma Calculadora de indicadores de saúde bucal, que será potencialmente útil no auxílio gestores e equipes de saúde bucal da Atenção Primária no cálculo de seus indicadores de forma individualizada.
REPLICABILIDADE:	(X) sim () não
ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:	() local () regional (X) nacional () internacional
COMPLEXIDADE:	() alta (X) média () baixa
INOVAÇÃO:	() alto teor inovativo (x) médio teor inovativo () baixo teor inovativo () sem inovação aparente
SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	() saúde humana e serviços sociais (X) atividades profissionais, científicas e técnicas () educação
HOVE FOMENTO?:	(X) financiamento () cooperação () não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?:	() sim (x) não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	() piloto/protótipo (x) em teste () finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO?:	() sim (x) não
PTT (URL):	https://bit.ly/calculadora-indicadores-saude-bucal-ppsus

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão do Mestrado em Saúde Pública em Odontologia da UFMG encerra uma etapa muito importante na minha trajetória acadêmica que fortaleceu a minha relação, há mais de 20 anos, com a Faculdade de Odontologia da UFMG. Em 2002, aos 16 anos, iniciei minha trajetória profissional na Faculdade de Odontologia da UFMG (FAO/UFMG), inicialmente, no Programa Ação Jovem da Cruz Vermelha Brasileira, fui lotada no Centro de Atendimento e Encaminhamento dos Usuários. Setor, que dentre várias funções, tem a atribuição de recepcionar, registrar e acompanhar as agendas dos pacientes encaminhados por meio de convênio com o SUS, que presta serviços odontológicos de atenção básica e especializada à Prefeitura de Belo Horizonte. Em janeiro de 2004, encerrou o meu contrato como menor aprendiz, neste período tive a oportunidade de amadurecimento profissional e pessoal e o desenvolvimento de competências e habilidades de comunicação.

No mesmo ano, 2004, fui contratada, pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP), para continuar a atuar como trabalhadora na FAO/UFMG, no Centro de Extensão (CENEX/FAO). No CENEX/FAO, desenvolvi atividades de gerenciamento de processos e gestão de ações de extensão da Unidade. A Extensão Universitária que, ao lado do Ensino e da Pesquisa, desempenha um papel relevante de articulação da Universidade com outros setores da sociedade. Na extensão, a sociedade é parceira para validação, transmissão e reelaboração do conhecimento produzido pela Universidade. As universidades que têm um papel fundamental na formação dos profissionais da área da saúde, buscando qualificar cada vez mais as competências técnicas e comportamentais destes profissionais, para atuação na Saúde Pública

Ainda atuando no CENEX/FAO cursei a graduação em Administração, concluída em 2010 e a partir de então, comecei a participar, juntamente com alguns professores e técnicos-administrativos, integrantes da equipe de gestão do CENEX, de vários eventos e produzir material científico, com dados gerados no cotidiano no trabalho, para avaliação da Extensão Universitária desenvolvida na FAO/UFMG. Desenvolver estes estudos e produtos despertou o meu interesse em realizar o mestrado com o apoio e o incentivo de vários docentes da FAO/UFMG, que me motivaram a enfrentar este desafio.

Em outubro de 2021, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Pública em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFMG, com o objetivo de articular a minha formação na graduação e experiência na gestão para atuar na linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

No decorrer do mestrado, acompanhada de colegas, na maioria Dentistas, profissionais do SUS, participei de momentos de muita reflexão, aprendizagem e trocas de experiências, com associações entre a teoria e a prática. Nestes momentos de discussão, pude entender como ocorre o processo de trabalho das eSB nos serviços de saúde e ouvir relatos das dificuldades enfrentadas de integração com as outras equipes da ESF, barreiras estas que são amplamente discutidas pela comunidade científica. Certamente esta vivência me proporcionou um processo construtivo de conhecimento para o desenvolvimento desta pesquisa.

No grupo de pesquisadores da Faculdade de Odontologia da UFMG, que desenvolveram a matriz de indicadores para monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal e os produtos técnicos apresentados nesta dissertação, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com financiamento da FAPEMIG - Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), tive grandes oportunidades de aquisição de novos conhecimentos e trocas de saberes entre docentes e colegas, que contribuíram para minha formação acadêmica e profissional. É importante destacar que indicadores de avaliação se constituem em uma prática estruturante no campo da Saúde Pública que favorece a atuação dos gestores, além de ser uma recomendação dos órgãos nacionais e internacionais.

Desenvolver esta pesquisa para avaliar e comparar o protagonismo das eSB no processo de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde, me proporcionou maior compreensão a respeito da atenção à Saúde Bucal no SUS e de que forma as eSB atuam no processo de trabalho. Corroborando com vários autores citados neste estudo, destaco que, para fortalecer o protagonismo dos profissionais da Saúde Bucal no SUS é necessário romper o isolamento histórico e incentivar a participação ativa desses sujeitos no processo de trabalho em equipe e na cogestão. Para assim alcançar excelência no atendimento dos princípios e diretrizes do SUS e contribuir para o seu fortalecimento como o sistema de saúde único e universal.

Em conclusão, para falar do que espero para o futuro, é importante relatar que durante o curso, especialmente nas disciplinas de Ensino - Aprendizagem em Saúde e Educação em Saúde me interessei bastante pela área da Educação, a tal ponto que iniciei uma segunda graduação em Pedagogia, com o objetivo de me capacitar para o exercício da docência, seja na educação básica ou superior. Utilizar a educação articulada com a saúde, como um mecanismo transformador da sociedade, é uma das minhas metas para o futuro, pois acredito que a Educação e Saúde são dois pilares importantes para o desenvolvimento global de forma sustentável.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, Deborah; SANTO; CARLOS BRANDÃO MESSEMBERG; *et al.* **O trabalho em equipe multiprofissional no caps III: um desafio.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 369–369, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4567>. Acesso em 27 nov. 2022

ANDRAUS, S.H.C; FERREIRA, R. C; AMARAL, J. H. L; WERNECK, M. A. F. **Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control.** *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 65, n. 4, p. 335–343, out. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000083354>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BARROS, S.G; MEDINA, M.G; CARCERERI, D.L; RUIZ, D.C; PERES, A.C.O. **Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil.** In: CHAVES, S.C.L. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 173-202. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0007>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica** [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010 213p.: il. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf;jsessionid=BADE3438F3F11D6507D8A913171AA9F1?sequence=5. Acesso em: 21 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1444, de 18 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 2000. Disponível em <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf. Acesso em: 8 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** – Brasília, 2005. 344p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. em: 8 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF:, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 05 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de julho de 2013**. Diário Oficial[da] União, Brasília, DF:, 2013a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html.

Acesso em: 05 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Principais ações do Governo Federal na Saúde Bucal, 2013b**. Disponível:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/acoes_saude_bucal1_0,9x1,3m.pdf.

Acesso em: 31 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução Nº08, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Disponível em:

https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/12.12.2016_III.pdf. Acesso em 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF, 2017. PNAB; Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Acesso em 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1**. Brasília, 2018. Disponível em

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf

Acesso em 15 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html.

Acesso em: 8 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil. 2020**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>>. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica, 2021**. Saude.gov.br. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **SISAB 2022**. Disponível em: <https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/sisab>. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 960, de 17 de julho de 2023a - DOU - Imprensa Nacional**. In.gov.br. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-960-de-17-de-julho-de-2023-497041256>. Acesso em: 9 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **SISAB 2023b**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/faq/IndexFaq.xhtml#:~:text=O%20SISAB%20disponibiliza%20dados%20de,de%20cadastro%20pr%C3%A9vio%20no%20sistema>. Acesso em: 19 nov. 2022.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/94452>. Acesso em: 26 jan. 2023.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: Uma Revisão da Literatura. Revista Saúde & Transformação Social, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012. Disponível em : <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1464>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FERREIRA, R. C. et al. **Dataset for building the dashboard for monitoring oral health services in Primary Health Care in Brazil** [Data set]. Zenodo. 2023. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7944665>. Acesso em: 27 ago. 2023

FERREIRA, R, C; HOURI, L. C. L. F (Org). **Dicionário de indicadores para a avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde** [recurso eletrônico] – 1. ed. – Belo Horizonte : FAO UFMG, 2023. 197 p. : il. Disponível em <https://www.bu.ufmg.br/imagem/00002d/00002d44.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Atenção básica - SUS: O que é? Leia mais no PenseSUS, 2014**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica#:~:text=A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20ou%20aten%C3%A7%C3%A3o,seja%2C%20%C3%A9%20o%20atendimento%20inicial>. Acesso em: 20 ago. 2023.

FRANÇA, M. A. S. A.; FREIRE, M. C. M.; PEREIRA, E. M.; MARCELO, V. C. **Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 47, n. 1, p. 18–24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/NqKqtjhLZH6kqNvFJq9pD7k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 mai. 2023.

FRANÇA, M. A. S. A.; FREIRE, M. C. M.; PEREIRA, E. M.; MARCELO, V. C. **Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017.** Epidemiol. Serv. Saúde vol.29 no.1 Brasília 2020 Epub17-Fev-2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100700&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#B4. Acesso em: 24 mai. 2023.

GODOI, H; MELLO, A. L. S. F. de; CAETANO, J. C. **Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 318–332, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>. Acesso em: 9 mai. 2023.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e Sistemas de Saúde.** 1 ed. Salvador/Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275 p. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em 28 nov. de 2022.

HONORATO, C. E. de M; PINHEIRO, R. **"Trabalho político": construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 85-110. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Trabalho-em-Equipe-sob-o-eixo-da-Integralidade-Valores-Saberes-e-Pr%C3%A1ticas.pdf>. Acesso em 24 mai. 2023

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estado 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acesso em: 18 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões** | Agência de Notícias. Agência de Notícias - IBGE. Uberlândia Cabral, 10 ago. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>. Acesso em: 22 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **2017: o ano da agricultura. Retratos a revista do IBGE.** Dez. 2017; 6: 16-19. Disponível em : https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/3ee63778c4cf

[dcbbe4684937273d15e2.pdf](#). Acesso em 18 jul. 2023.

LACERDA, J.T; MORETTI-PIRES, R.O (Org.). **Processo de trabalho na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. — Florianópolis, 2016. 102 p. Disponível em <https://unarus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 01 jan 2023.

LIMA, A. A; MONTEIRO, L. F; VASCONCELOS, C. R. **Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde: Análise das Usuárias de uma Unidade de Atenção Básica com Base no Modelo de Kano**. Revista de Gestão em Sistemas em Saúde – RGSS. v. 6, n. 1, p. 42-51, Jan./Abr. 2017. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/285/198>. Acesso em: 14 mai. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Saúde Bucal — **Apresentação. Atenção à Saúde** - SES MS. 26 dez. 2012. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/atencao-basica/saude-bucal/saude-bucal-apresentacao/>. Acesso em: 9 ago. 2023. Acesso em: 9 mai. 2023.

MATTOS, G. C. M; FERREIRA, E. F; LEITE, I. C. G; GRECO, R. M. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>. Acesso em: 9 mai. 2023.

MATTOS, G. C. M. Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mestrado em Saúde Coletiva. **A Incorporação Da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: a experiência de cidades pertencentes à microrregião de Manhuaçu-MG**. Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2654/1/graziellechristinemacieltmattos.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MOURA, M.S; FERRO, F. E. F. D; CUNHA, N. L, da; NETTO, O. B. de SOUSA; LIMA, M. de D. M. de. **Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 471-480, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000200018>. Acesso em: 9 mai. 2023.

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106618>. 28 nov. de 2022. OLIVEIRA E.M; SPIRI W.C. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional**. Revista Saúde Pública [Internet]. 2006;4:727-33. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3ZK6hdx7ByGQbJcZwJrLgqm/>. Acesso em 6 jul. 2023.

OLIVEIRA, M.A.C, PEREIRA, I. **Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia.** [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 ago 2023.

PARANÁ. Secretaria Estado de Saúde. **Atenção Primária à Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Atencao-Primaria-Saude>. Acesso em: 01 jan. 2023.

PAULA, R. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - **Atenção Primária à Saúde**. 06 jun 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/servicos-para-o-cidadao/10175-atencao-basica-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 8 ago. 2023.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103–112, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf>. Acesso em 06 jul. 2023.

PEARCY, Jeffrey N ; KEPPEL, Kenneth G. **A Summary Measure of Health Disparity.** *Public Health Reports*, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12432138/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Atenção Básica ou Primária - Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).** Secretaria da Saúde. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 18 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Indicadores Previne Brasil 1º Quadrimestre 2023.** Março 2023. Disponível em: <https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/21132255-indicadores-q1-2023.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

ROMANOWSKI, F. N. de A; CASTRO, M. B de; NERIS, N. W. **Manual de tipos de estudo.** Produção técnica. Centro Universitário de Anápolis pró-reitoria de pós-graduação, pesquisa, extensão e ação comunitária. Programa de pós-graduação em odontologia, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>. Acesso em 31 jan. 2023.

SANTOS, J. L. dos; FERREIRA, R. C; AMORIM, L. de P; SANTOS, A. R. S; CHIARI, A. P. G; SENNA, M. I. B. Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015. *Revista De Saude Publica*, v. 55, p. 25–25, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/186540>. Acesso em: 31 mai 2023.

SANTOS-FILHO, S.B. **Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização?** In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007a. p.251-265.

SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. **A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde?** In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007a. p.123-142.

SANTOS, T.P.; MATTA MACHADO A.T.G.; ABREU M.H.N.G.; MARTINS, R.C. **What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil.** PLOS ONE, v. 14, n. 4, p. e0215429–e0215429, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215429>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). **A Atenção Primária à Saúde.** In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 — Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.* Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SILVA, R. O. C; GRAZIANI G. F; DITTERICH R. G. **Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil.** *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 65-75, mar, 2020. Disponível em <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2648/1971>. Acesso em 28 nov. 2022.

SOUZA, D.S. **Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde.** GOÉS, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. São. Paulo: Artes Médicas, 2012. p.125-134

VOLTOLINI B. C; ANDRADE S.R; PICCOLI T; PEDEBÔS L.A; ANDRADE V. **Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local.** *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em: 28 mar. 2023.

ANEXO A - Ficha de atendimento odontológico individual

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	__/__/__
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	__/__/__
_____	_____	_____	_____	__/__/__

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉	☉☉
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉
Local de atendimento* (ver legendas)													
Paciente com necessidades especiais													
Gestante													
Tipo de atendimento*													
Demanda													
Escuta inicial/Orientação													
Consulta no dia													
Atendimento de urgência													
Tipo de consulta*													
Primeira consulta odontológica programática													
Consulta de retorno em odontologia													
Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*													
Abscesso dentoalveolar													
Alteração em tecidos moles													
Dor de dente													
Fendas ou fissuras labiolabiais													
Fluorose dentária moderada ou severa													
Traumatismo dentoalveolar													
Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)													
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
Adaptação de prótese dentária													
Aplicação de cariostático (por dente)													
Aplicação de selante (por dente)													
Aplicação tópica de fluor (individual por sessão)													
Capejamento pulpar													
Cimentação de prótese dentária													
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
Drenagem de abscesso													
Evidenciação de placa bacteriana													
Exodontia de dente decíduo													
Exodontia de dente permanente													
Instalação de prótese dentária													
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária													
Orientação de higiene bucal													

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Profilaxia/Remoção da placa bacteriana													
Pulpotomia dentária													
Radiografia periapical/interproximal													
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)													
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)													
Restauração de dente decíduo													
Restauração de dente permanente anterior													
Restauração de dente permanente posterior													
Retratação de pontos de cirurgias básicas (por paciente)													
Selamento provisório de cavidade dentária													
Tratamento de alveolite													
Ulotomia/ullectomia													
Outros procedimentos (quantidade realizada)													
Fornecimento													
Escova dental													
Creme dental													
Fio dental													
Conduta/Dirigido*													
Retorno para consulta agendada													
Agendamento p/ outros profissionais AB													
Agendamento p/ Natf													
Agendamento p/ grupos													
Alta do episódio													
Tratamento concluído													
Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais													
Chirurgia BMF													
Endodontia													
Estomatologia													
Implantodontia													
Odontopediatria													
Ortodontia/Ortopedia													
Periodontia													
Prótese dentária													
Radiologia													
Outros													

Legenda: Opção múltipla de escolha, Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS, 02 - Unidade móvel, 03 - Rua, 04 - Domicílio, 05 - Escola/Creche, 06 - Outros, 07 - Polo (Academia da Saúde), 08 - Instituição/Abrijo, 09 - Unidade prisional ou congêneres, 10 - Unidade socioeducativa
***Campo obrigatório**
****Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea**

ANEXO C – Normas de submissão de artigo da Revista Saúde Pública - RSP

14/08/2023, 14:21

Revista de Saúde Pública | Instruções aos Autores -

Instruções aos Autores

1. Informações gerais
2. Categorias de artigos
3. Dados de identificação do manuscrito
4. Conflito de interesses
5. Declarações e documentos
6. Preparo do manuscrito
7. Checklist para submissão
8. Processo editorial
9. Taxa de publicação

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português e inglês. Artigos submetidos em português são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- [STARD](#) – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- [MOOSE](#) – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- [PRISMA](#) – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- [STROBE](#) – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- [RATS](#) – checklist para estudos qualitativos.

Por menores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

Resolução de conflitos de interesse e violações éticas

Os editores tomarão as medidas necessárias para identificar e prevenir a publicação de artigos onde ocorra má conduta de pesquisa ou violações éticas, incluindo plágio, manipulação de citações e falsificação / fabricação de dados, ausência de autorizações pertinentes, discriminação, entre outros. As situações e alegações que chegarem ao conhecimento de editores e avaliadores serão levadas ao Comitê Editorial, que tomará as providências cabíveis, incluindo o encaminhamento a instâncias superiores da Universidade, se necessário.

[Topo](#)

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor

quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das [recomendações](#) mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo recomendado de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

[Topo](#)

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

[Topo](#)

4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

[Topo](#)

5. Declarações e documentos

14/08/2023, 14:21

Revista de Saúde Pública | Instruções aos Autores -

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

MODELOS DOS DOCUMENTOS

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, [dia] de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “ [título] ”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

14/08/2023, 14:21

Revista de Saúde Pública | Instruções aos Autores -

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

Topo

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o *Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos,

justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#), listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ([Citing Medicine](#)) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/helf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹, a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas

devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

[Topo](#)

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito em inglês e em seu idioma original (português), se aplicável.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
13. Não publicamos materiais suplementares, anexos e apêndices.

[Topo](#)

8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não. **Análise por pares:** se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

14/08/2023, 14:21

Revista de Saúde Pública | Instruções aos Autores -

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

[Topo](#)

9. Taxa de publicação

A RSP iniciou em 2012 a cobrança de taxa de publicação, fato este imperioso para garantir sua continuidade, com qualidade e recursos tecnológicos.

Em consideração aos autores cuja situação financeira foi prejudicada pela pandemia, decidimos manter inalterado o valor da taxa nos últimos 2 anos e meio, absorvendo os aumentos nos custos de publicação. Entretanto, dado os cortes expressivos nos apoios recebidos de instituições de fomento e as pressões inflacionárias do setor, a partir de **1º de janeiro de 2022** o valor da taxa de publicação será alterado para: R\$ 3.800,00 para artigo original, revisão e comentário e R\$ 3.200,00 para comunicação breve. Os pagamentos provenientes do exterior serão de US\$ 1.200,00 e US\$ 1.000,00, respectivamente. Os artigos submetidos anteriormente a essa data não sofrerão reajuste na taxa de publicação.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Após aprovação do artigo, os autores deverão aguardar o envio da fatura proforma com as informações sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa.

ANEXO D – Comprovante de Submissão do artigo

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>
 Revista de Saúde Pública

 Home

 Author

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Revista de Saúde Pública

Manuscript ID

RSP-2023-5759

Title

DISPARIDADES DO PROTAGONISMO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

Authors

Silva, Erika
 Ferreira, Raquel
 Diniz, Fabiano
 Gomes, Milena
 Martins, Andrea Maria
 Chalub, Loliza
 Senna, Maria Inês

Date Submitted

15-Aug-2023

Author Dashboard



1 of 2

15/08/2023, 11:52

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>

© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2023. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

 @Clarivate for Academia & Government |
  System Requirements |
  Privacy Statement |
  Terms of Use |
 Definições de cookies