

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NOELINI DE SOUZA PINTO

**PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL:
DESIGUALDADES REGIONAIS DEMONSTRADAS PELO PMAQ-AB**

**CAMPO GRANDE
2021**

NOELINI DE SOUZA PINTO

**PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL:
DESIGUALDADES REGIONAIS DEMONSTRADAS PELO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre, sob a orientação do Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

**CAMPO GRANDE
2021**

NOELINI DE SOUZA PINTO

**PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL:
DESIGUALDADES REGIONAIS DEMONSTRADAS PELO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre, sob a orientação do Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito _____.

Campo Grande, 09 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Albert Schiaveto de Souza – UFMS

Alessandro Diogo De Carli – UFMS

Edilson José Zafalon – UFMS

Dedico esta conquista às duas pessoas que representam o papel de mãe na minha vida: minha mãe Noeli e vó Clementina, as quais nunca mediram esforços para que eu conseguisse seguir o caminho dos estudos, abrindo mão do próprio bem estar para proporcionar o melhor para mim e meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por seu meu alicerce, Aquele que me fortalece e me dá sabedoria diariamente.

Aos meus colegas de turma, Jader, Márcia, Anaíza e Kauanne por toda a troca de conhecimento proporcionada nesse período de mestrado. Além de se tornarem amigos para a vida. Sem eles esta experiência não seria a mesma.

Ao meu orientador Albert Schiaveto de Souza por acreditar em meu potencial e me fazer enxergar que sempre é possível melhorar.

Aos professores Alessandro Diogo de Carli e Edilson José Zafalon pela disposição em colaborar durante esta jornada e em especial à professora Livia Fernandes Probst que desde o início deste desafio esteve presente e muito me ensinou e contribuiu para a finalização desta dissertação.

À Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul por me proporcionar mais esta oportunidade de acesso ao serviço público de ensino.

Aos meus familiares, por todo o apoio, especialmente minha mãe Noeli, avó Clementina, prima Adielma e minha sogra Nilda. Sem elas nada disso seria possível.

E por último e mais especialmente, gostaria de agradecer ao meu parceiro de vida, meu esposo Bruno, por me incentivar a iniciar esta jornada, e por acreditar em mim, mais do que eu mesma. E ao nosso filho Guilherme, que chegou nesse período do mestrado, para me fortalecer ainda mais, e me provocar a ser sempre uma pessoa melhor.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o intuito de reorganizar o processo de trabalho em saúde no nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta reestruturação, a equipe de Saúde Bucal (eSB) tem papel importante nas mudanças dentro dos serviços de saúde, pois representa a possibilidade de rompimento com os modelos assistenciais baseados em aspectos curativistas e individuais, dando lugar a uma odontologia articulada com as propostas de vigilância em saúde. Entender como ocorre o processo de trabalho em saúde permite compreender as condições de saúde da população e a partir deste entendimento realizar mudanças, se necessárias, para alterar o cenário da saúde da comunidade. O objetivo desse trabalho foi de avaliar as diferenças regionais do processo de trabalho das eSB do Brasil. Foi realizado um estudo transversal exploratório e analítico, de abrangência nacional. Os dados secundários foram provenientes das eSB que aderiram ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado entre os anos 2017-2018, e que responderam ao questionário da avaliação externa. As variáveis utilizadas para analisar o processo de trabalho das eSB foram selecionadas a partir de subdimensões presentes na matriz de pontuação para certificação das equipes de saúde, as quais são compostas por padrões de qualidade, que são as perguntas realizadas na avaliação externa. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda *per capita* e a população estadual foram as variáveis socioeconômicas utilizadas. Para a comparação do processo de trabalho entre as regiões geopolíticas do país, foi utilizado o teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós teste de Tukey. Para a análise de correlação entre o processo de trabalho e as variáveis IDH, renda *per capita* e população estadual foi utilizado o teste de correlação linear de Pearson. A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS, versão 23.0, com nível de significância de 5%. Foram analisados os dados de 22.993 eSB de 4.813 municípios brasileiros. Houve diferença significativa entre as regiões do país, em relação à avaliação percentual de todas as subdimensões avaliadas neste estudo ($p < 0,001$). Houve correlação linear significativa positiva e moderada nas subdimensões: “Organização dos prontuários na UBS” e as variáveis IDH ($p = 0,020$; $r = 0,445$) e renda *per capita* do estado ($p = 0,007$; $r = 0,509$); “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH ($p = 0,046$; $r = 0,387$) e renda *per capita* do estado ($p = 0,018$; $r = 0,451$); “Oferta de serviço” e as variáveis renda *per capita* ($p = 0,046$; $r = 0,387$) e população do estado ($p = 0,021$; $r = 0,442$); “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” com a renda *per capita* do estado ($p = 0,039$; $r = 0,400$); “Avaliação total e a renda *per capita* do estado ($p = 0,041$; $r = 0,397$). Os resultados deste estudo indicaram que existe heterogeneidade no processo de trabalho das eSB do Brasil, quando comparado entre as regiões geopolíticas do país. Além disso, as variáveis IDH, renda *per capita* e população se correlacionam positivamente com as ações em saúde bucal, evidenciando assim desigualdades inter-regionais, desfavoráveis às regiões socialmente desfavorecidas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Ações de Saúde Pública, Estratégia Saúde da família, Fatores socioeconômicos, Saúde bucal.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) emerged with the aim of reorganizing the health work process at the level of Primary Health Care (PHC). In this restructuring, the Oral Health Team (OHT) has an important role in the changes within the health services, as it represents the possibility of breaking away from the care models in oral health based on curative and individual aspects, giving rise to a dentistry articulated with the health surveillance proposals. Understanding how the health work process takes place allows us to understand the health conditions of the population and, based on this understanding, make changes, if necessary, to change the health scenario of the community. The objective of this work was to evaluate the regional differences in the work process of OHT in Brazil. A cross-sectional exploratory and analytical study of national scope was carried out. Secondary data came from OHT that joined the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), and that answered the external evaluation questionnaire. The variables used to analyze the OHT's work process were selected from sub-dimensions present in the score matrix for certification of health teams, which are composed of quality standards, which are the questions asked in the external evaluation. The Municipal Human Development Index (HDI-M), per capita income and state population were the socioeconomic variables used. To compare the work process between the country's geopolitical regions, the one-way ANOVA test was used, followed by the Tukey post test. To analyze the correlation between the work process and the variables HDI, per capita income and state population, Pearson's linear correlation test was used. Statistical analysis was performed using the SPSS statistical program, version 23.0, with a significance level of 5%. Data from 22,993 eSB from 4,813 Brazilian municipalities were analyzed. There was a significant difference between the regions of the country, in relation to the percentage evaluation of all subdimensions evaluated in this study ($p < 0.001$). There was a positive and moderate significant linear correlation in the subdimensions: "Organization of medical records at the UBS" and the variables HDI ($p = 0.020$; $r = 0.445$) and per capita income of the state ($p = 0.007$; $r = 0.509$); "Planning the actions of the primary care team" and the HDI variables ($p = 0.046$; $r = 0.387$) and per capita income of the state ($p = 0.018$; $r = 0.451$); "Service supply" and the variables per capita income ($p = 0.046$; $r = 0.387$) and state population ($p = 0.021$; $r = 0.442$); "Institutional support and matrix support for primary care teams" with the state's per capita income ($p = 0.039$; $r = 0.400$); "Total assessment and per capita income of the state" ($p = 0.041$; $r = 0.397$). The results of this study indicated that there is heterogeneity in the work process of eSBs in Brazil, when compared between the country's geopolitical regions. In addition, the HDI, per capita income and population variables are positively correlated with actions in oral health, thus evidencing inter-regional inequalities, unfavorable to socially disadvantaged regions.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Public Health Administration, Socioeconomic factors, Oral health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas subdimensões “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH (A) e (C) e RPC (B) e (D). Brasil, 2017-2018.
- Figura 2 Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas variáveis: “Oferta de serviço” e as variáveis RPC (A) e PEst (B); “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” e a variável RPC (C); e a nota total e a variável RPC (D). Brasil, 2017-2018.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Análise descritiva das variáveis do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, bem como socioeconômicas e demográficas dos estados brasileiros. Brasil 2017-2018.
- Tabela 2 Comparação entre as regiões do Brasil, em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Brasil, 2017-2018.
- Tabela 3 Análise da correlação linear entre a avaliação percentual em cada subdimensão e às variáveis socioeconômicas e demográficas estaduais. Brasil, 2017-2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião Dentista
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEst	População estadual
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDPC	Rendimento Nominal Mensal Domiciliar <i>Per Capita</i>
PPC	Renda <i>per capita</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Atenção Primária à Saúde.....	12
2.2	Saúde bucal no Brasil.....	15
2.3	Processo de trabalho em saúde.....	16
2.4	Avaliação em saúde na APS.....	18
3	OBJETIVO.....	21
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Desenho do estudo.....	21
4.2	Contexto.....	21
4.3	Universo e amostra do estudo.....	22
4.3	Seleção das variáveis.....	22
4.4	Organização dos dados e análise estatística.....	23
4.5	Aspectos éticos.....	24
5	RESULTADOS.....	24
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	60
	ANEXO B - NORMAS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO.....	64

1. INTRODUÇÃO

A desigualdade socioeconômica é uma característica marcante no Brasil. Embora o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) seja considerado alto (0,765) em 2019, as diferenças regionais ainda são grandes. Isso se deve ao fato do Brasil ser um país de grande extensão territorial, com características singulares em cada região geopolítica. O Índice de Gini (0,543) em 2019, mostra que a maior desigualdade no país é na distribuição de renda, sendo um dos países mais desiguais da América, segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores IDH do país, enquanto as regiões Norte e Nordeste são menos desenvolvidas. Esse fato pode ser explicado pela alta concentração de indústrias e comércios nas regiões Sul e Sudeste, sendo assim, economicamente mais desenvolvidas (MENDES, 2014; PNUD, 2016; IBGE, 2019). Essas características provocam consequências também para a saúde da população, inclusive a saúde bucal.

A Determinação Social da Saúde explica o processo saúde-doença, permitindo ampliar políticas públicas, com intuito de reduzir as desigualdades em saúde, e avançar para políticas de saúde com mais equidade. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como estratégia a reorientação do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Sistemas de saúde com orientação de uma APS forte, apresentam maiores chances de ampliar a saúde da população, pautadas nos princípios da integralidade e da equidade na distribuição dos serviços de saúde. Com isto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se referência para um modelo assistencial centrado na vigilância à saúde, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias, sendo assim, considerado o modelo mais adequado para o funcionamento da APS no Brasil, devendo ser expandida e consolidada (BRASIL, 1998; SOUZA; RONCALLI, 2007; CNDSS, 2008; BALDANI *et al.*, 2018; FAGUNDES *et al.*, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; TASCA *et al.*, 2020; EMMI; LIMA, 2021).

Entendendo o acesso aos serviços de saúde bucal como parte relevante desse processo, a inclusão das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF em 2000, se tornou uma possibilidade de rompimento com os modelos assistenciais vigentes até então, baseados em ações individuais, curativistas, tecnicistas e biologicistas, além de possibilitar o acesso a toda população, com a devida integração à uma rede de serviços. O processo de trabalho em saúde bucal requer interdisciplinaridade, interprofissionalidade, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência (BRASIL, 2004; SOUZA; RONCALLI, 2007; FARIAS; SAMPAIO, 2011; MATTOS *et al.*, 2014; EMMI; LIMA, 2021).

Para que se concretize essa reorientação no modelo de atenção em saúde bucal, é necessário que os profissionais tenham conhecimento adequado para suas atribuições, adquiram novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território. Neste contexto, a avaliação do processo de trabalho torna-se importante, pois tem como propósito dar suporte às decisões, identificar problemas e reorientar as ações desenvolvidas. Nesta perspectiva, em 2011 foi implantado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pelo Ministério da Saúde (MS), tendo como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (AB), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (EMMI; LIMA, 2021; BRASIL, 2017; HIROOKA *et al.*, 2017).

Cada ciclo completo do PMAQ-AB teve duração média de dois anos. Desde a sua criação, em 2011, foram realizados três ciclos completos (2012/2013; 2014/2015 e 2016/2018). A avaliação externa, inclusa na segunda fase do programa, foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior, as quais coordenaram equipes de entrevistadores calibrados que deveriam entrevistar os profissionais utilizando formulários validados, registrar as respostas em *tablets* e analisar os documentos comprobatórios quando o instrumento assim o solicitava. Aos participantes, era apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar. Nessa etapa realizava-se a avaliação da gestão do cuidado, incluindo o processo de trabalho das eSB (BRASIL, 2017).

Partindo da hipótese que os aspectos sociais, econômicos e demográficos, enquanto determinantes sociais, podem afetar diretamente o processo do cuidado em saúde, este estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho das eSB do Brasil que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde

O sistema de saúde pública brasileiro, conhecido como SUS, foi implementado na Constituição Federal Brasileira, de 1988, e posteriormente regulamentado através das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. A necessidade de reorganizar o modelo de assistência à saúde vigente até então, centrado no curativismo e individualismo, foi essencial para a implantação do SUS. Os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade da atenção, controle social,

descentralização político-administrativa, resolutividade e humanização orientam e norteiam a operacionalização do SUS. Segundo Starfield (2002), os sistemas de saúde devem buscar otimizar a saúde da população, minimizando as desigualdades no acesso aos serviços entre os subgrupos populacionais. Com a criação do SUS, foi estabelecido uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, com vista ao acesso pleno aos serviços de saúde, buscando um novo padrão de cidadania (STARFIELD, 2002; CRUZ *et al.*, 2009; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; HIROOKA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019).

O SUS consolidou-se através do entendimento que os serviços de saúde devem estar organizados em uma rede de cuidados, articulada através de fluxos que tenham por objetivo acolher as necessidades expostas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, culturais e econômicos. No entanto, a saúde pública no Brasil ainda é fragmentada devido às fragilidades na articulação entre a gestão do sistema e a gerência dos serviços, entre os níveis de assistência, e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, muitas vezes voltadas a uma atenção individualista. Essa fragmentação se deve ao modo de organizar o processo de trabalho e de decisão nos serviços de saúde. Além disso, o financiamento das ações em saúde ainda é voltado para o quesito quantitativo. Tendo isso em vista, vários esforços têm sido realizados pelo governo, a fim de estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Após a criação do SUS, surge a necessidade de organizar o sistema de saúde. Baseado nas propostas feitas na Conferência de Alma Ata em 1978, a APS assumiu função central, fundamentada nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde. A APS representa o primeiro nível de atenção, sendo a principal porta de entrada do sistema, além de ser um modelo de mudança da prática clínica e assistencial, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos princípios do SUS. Além disso, oferta ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, de forma individual e coletiva; organiza um processo de trabalho multiprofissional com abordagem integral do processo saúde-doença; proporciona acesso a qualquer outro nível de atenção do sistema de saúde; e se responsabiliza pelo usuário, ordenando o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BALDANI *et al.*, 2018; CHAVES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

No Brasil, desde a década de 1990, o MS tem como um dos objetivos a organização da APS no âmbito do SUS. Viana e Dal Poz (2005), ao examinar as etapas de formulação e implantação da APS no Brasil afirmaram que o seu início ocorreu a partir da criação do

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, pois a família passou a ser o referencial das ações programáticas de saúde. O êxito do PACS levou à discussão de um novo projeto, com o objetivo de promover mudanças no modelo de atenção, na organização e alocação de recursos. Com isto, em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) com o foco em populações de risco, a partir da Portaria nº 692 de 25 de março de 1994 (BRASIL, 1994).

O PSF em 2006 foi transformado em ESF, com a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Baseia-se na atenção à saúde voltada para a família como núcleo central, e com ações organizadas em um território definido. Reafirma os princípios e diretrizes do SUS e agrega os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e vigilância em saúde. A ESF tem seu foco na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e resolutiva. No Brasil a APS foi designada como AB com o objetivo de contrapor-se a perspectiva político-ideológica adotada por muitos países, da APS destinada apenas a população pobre, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma Ata. Segundo Cunha e Giovanella (2011), os países que adotaram a APS conseguiram reduzir o número de mortalidade prematura e internações, além de apresentar menor incidência de doenças e maior equidade na oferta dos serviços (BRASIL, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007; CRUZ *et al.*, 2009; FARIAS; SAMPAIO, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; CHAVES *et al.*, 2018).

Oficialmente, em 2006 foi lançada a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, a PNAB reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades de organização - UBS com ou sem ESF. Em 2011, foi reformulada, devido ao enfrentamento de alguns nós críticos, como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos. Além disso, passa a considerar AB e APS como termos equivalentes. Em 2017, a PNAB foi novamente readequada devido a persistência do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho e da formação profissional, além da dificuldade de integração da AB com as RAS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; MELO *et al.*, 2018).

A heterogeneidade na qualidade dos serviços em saúde prestados na APS nos municípios brasileiros persiste como um dos entraves para sua ampliação. Para o fortalecimento da APS no Brasil, é preciso investimento na formação profissional, na incorporação de tecnologias, incluindo tecnologias de informação e comunicação, e na criação de condições de

trabalho adequadas para as equipes multiprofissionais. A efetivação da APS como porta de entrada do sistema de saúde, tem forte relação com a sua capacidade de promover um acesso facilitado aos usuários. Além disso, por ser o ponto da atenção mais próxima aos usuários, a APS apresenta maior capilaridade, e com isso se torna coordenadora do cuidado dentro da RAS, com as ações pautadas a partir da demanda de cuidado da população. Entretanto, o novo financiamento da APS considera o cuidado em saúde apenas aos usuários cadastrados, rompendo com os princípios de universalidade e equidade. Além de priorizar o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea, descaracterizando o processo de trabalho na APS e organização das ações, enfraquecendo o princípio da integralidade (BRASIL, 2017; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; TASCA *et al.*, 2020).

2.2 Saúde bucal no Brasil

A primeira política específica para a Odontologia no Brasil, foi desenvolvida em 1989 pela área técnica do SUS do Ministério da Saúde, chamado de Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD). Em um contexto de avanço na implementação do SUS nos anos 90, a saúde bucal obteve poucas mudanças nas políticas públicas da época. A incorporação oficial da saúde bucal na ESF ocorreu tardiamente, apenas em 2003 o MS ajustou o financiamento e a liberação para implantação de eSB para cada ESF. Historicamente, os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil foram ineficazes, tendo em vista que possuíam um alto custo e baixo rendimento. Antes da criação do SUS, apenas os trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tinham o direito a assistência odontológica pública. Este modelo de atenção priorizava ações curativistas em nível ambulatorial, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD). Com o advento do SUS, o acesso aos serviços de saúde passou a ser universal e garantido legalmente (MATTOS *et al.*, 2014; HIROOKA *et al.*, 2017).

Para Cruz *et al.* (2009), a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, foi um dos grandes impulsionadores para a inclusão da saúde bucal na ESF. Essa pesquisa trouxe resultados que confrontavam o Estado como provedor de saúde à população. Até então, aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam acessado qualquer forma de atendimento odontológico, sendo que destes, 20 milhões estavam na idade até 19 anos. Além disso, dois terços dos idosos eram desdentados totais após 70 anos de idade.

Então, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, com o objetivo de reorganizar as ações no nível de atenção primária, o MS propôs a inclusão da eSB na ESF,

a qual ocorreu por meio da Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL 2000). A portaria nº 267 publicada em 06 de março de 2001 estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na APS. Com isto, foram estabelecidos os tipos de eSB: Modalidade I – composta por CD e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Modalidade II – CD, ASB e Técnico de Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2001).

Surge então em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada de Brasil Sorridente, com objetivo de ampliar e garantir acesso ao serviço odontológico à toda população (BRASIL, 2004). Até então, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A maioria dos procedimentos realizados eram mais simples, como exodontias, restauração e aplicação de flúor. As linhas de ação da PNSB que se destacaram foram a reorganização da AB em saúde bucal, ampliação da atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2006; BALDANI *et al.*, 2018). Propõe ainda, garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, sendo fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Desde então, o número de eSB tem crescido no país. Em muitos municípios esse é o único contato com a saúde bucal que muitos indivíduos possuem (COSTA *et al.*, 2010; FARIAS; SAMPAIO, 2011; REIS *et al.*, 2015).

As ações de saúde bucal na ESF devem ser voltadas à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Com isto, a inclusão da Odontologia no SUS tornou-se uma forma de ruptura com os históricos modelos de atenção baseados no curativismo e tecnicismo, inserindo novas formas de organização, buscando melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Baseado em uma assistência interdisciplinar, a equipe de saúde busca reconhecer as necessidades e potencialidades locais, com o foco de alcançar a integralidade da atenção. Isto ocorre por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, a qual facilita a identificação das necessidades do território, criando assim mecanismos para proteção da saúde da população com equidade. Portanto, a ESF tenta modificar a lógica dos modelos de assistência em saúde bucal, articulando a vigilância em saúde baseada na integralidade, através da busca ativa das famílias e de mudanças no processo de trabalho (COSTA *et al.*, 2010; MATTOS *et al.*, 2014; HIROOKA *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019).

2.3 Processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho é compreendido como a capacidade de transformar um objeto ou ação em um produto ou serviço que gere algo de valor para o indivíduo. Nos processos de trabalho envolvem-se meios de produção, que são as condições de trabalho, processos técnicos e a capacidade do ser humano em criar e transformar. Em relação ao processo de trabalho em saúde, Merhy *et al.* (2007) afirmaram que o propósito é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, com o intuito de produzir cuidados que promovam saúde, controle da doença, longevidade e qualidade de vida, seja individual ou coletiva (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

Segundo Starfield (2002), para trabalhar em saúde da família é preciso estabelecer estratégias que servirão para qualificar o trabalho. A equipe de saúde precisa planejar suas ações de acordo com as necessidades do território e da população adscrita, definindo as intervenções a serem realizadas. Essa forma de organização permite o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, voltados aos determinantes sociais do processo saúde-doença, de acordo com as características da comunidade. Além disso, a comunidade deve ser coparticipante no processo de delineamento das ações, auxiliando e validando sua implementação.

Mendes-Gonçalves (1994) mostraram, ao discutir o processo de trabalho em saúde, que a tecnologia compõe saberes e instrumentos que expressam a relação social entre agentes e práticas, constituída não apenas pelo saber, mas também por dimensões materiais e não materiais. As tecnologias em saúde podem ser classificadas em três tipos: leve – a qual tem relação com a produção de vínculo, acolhimento e compromisso; leve-dura – referente aos saberes estruturados que operam na clínica; e dura – tecnologias embutidas nos equipamentos, normas e estruturas organizacionais. O processo de trabalho em saúde da família exige uma relação de trabalho coletivo, interprofissional e interdisciplinar, visando estabelecer vínculo com o usuário, o qual só é concretizado priorizando as tecnologias leve e leve-dura. (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

Costa *et al.* (2010) consideraram a existência de uma variedade de situações relacionadas à organização do processo de trabalho que necessitam ser refletidas. São elas: perfil dos profissionais, formas de contratação, modalidades de seleção e processos de capacitação, as quais têm impacto na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na qualidade das ações e no desenvolvimento de vínculo com o usuário e a comunidade. Isso envolve questões políticas, culturais, ideológicas e profissionais, mas que não devem ser estáticas, e sim passíveis de mudança, de acordo com o que é preconizado na ESF.

É preciso haver relação entre os indivíduos e destes com o ambiente, articulando conhecimentos e tecnologias, que resultarão em serviços.

Para reorganizar o modelo de atenção em saúde é preciso capacitar os profissionais através da educação permanente, para que eles tenham uma visão ampliada de saúde, capacidade de atuar de forma integral na assistência às famílias e comunidade. Portanto, torna-se necessário desenvolver a avaliação das ações em saúde, buscando responder às necessidades da população. Todas essas características justificam a complexidade de se estudar o processo de trabalho de saúde e a importância de sua avaliação (COSTA *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2018).

2.4 Avaliação em saúde na APS

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde surge como um recurso importante para a tomada de decisão e aprimoramento do atendimento à população. Ela deve ser uma ação constante em qualquer tipo de tomada de decisão, com propósito de fornecer um juízo de valor. A avaliação em saúde ganha relevância no Brasil a partir dos anos 2000, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo MS por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas sobre monitoramento e avaliação. Com a avaliação de resultados, é possível estimar se determinado programa está ou não cumprindo seu objetivo (BODSTEIN *et al.*, 2006; PEREIRA *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Para Hartz (1997), a avaliação é imprescindível para medir a efetividade de qualquer ação. Ela permite constatar se a intervenção atingiu o objetivo traçado, antes do planejamento de uma nova intervenção. É preciso conhecer os fatores que podem dificultar ou facilitar as mudanças necessárias, e através disso, emitir um juízo de valor para determinada ação. O processo avaliativo tem objetivos definidos: auxiliar na elaboração e planejamento de intervenções (objetivo estratégico); gerar informações para melhorar uma intervenção (objetivo formativo); verificar os resultados de uma intervenção definindo se esta deve ser mantida, corrigida ou suspensa (objetivo somativo) e trazer novos elementos aos conhecimentos. O autor define intervenção como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros ou simbólicos) organizados em um determinado contexto e momento, que irão produzir bens ou serviços, com objetivo de mudar uma situação problemática.

Ainda, a avaliação em saúde deve ser institucionalizada e incorporada à rotina dos serviços de saúde, fazendo parte do planejamento e formulação de políticas e processos decisórios. Tal procedimento avaliativo deve ser um instrumento de apoio à gestão devido sua capacidade de melhorar a qualidade na tomada de decisão, aumentando assim a eficiência,

eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas (COLUSSI; CALVO, 2012; TANAKA; TAMAKI, 2012; SOBRINHO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, o MS implantou o PMAQ-AB por meio da Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011, sendo posteriormente revogada pela Portaria nº 1645, de 02 de outubro de 2015. O Programa instituiu a avaliação dos serviços de saúde como estratégia permanente para a tomada de decisão e melhoria da qualidade da atenção em saúde. A adesão ao PMAQ-AB era feita de forma voluntária pelos municípios, os quais deviam adequar-se aos padrões de qualidade e às exigências de informação e monitoramento, além de implementar ações de educação permanente e apoiar as equipes em todas as fases do programa. O maior desafio do PMAQ-AB foi estimular a cultura da avaliação entre os profissionais da APS e os gestores do serviço (BRASIL, 2015; REIS *et al.*, 2015; BALDANI *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2017;).

Viana *et al.* (2019) consideraram que o PMAQ-AB representou um grande passo a fim de implementar o processo de avaliação e monitoramento das ações de saúde da APS no Brasil. Em relação à saúde bucal, o programa surgiu como uma possibilidade de estimular as equipes a repensarem o seu processo de trabalho, dando oportunidade a mudanças no seu modo de cuidar, e através disso qualificar suas ações e serviços. As ações de avaliação e monitoramento são essenciais na construção de políticas relacionadas à saúde bucal, para saber como está o acesso e a qualidade dos serviços, e a partir disso implementar medidas corretivas ou melhorar as ações em saúde ofertadas na APS (SANTOS *et al.*, 2019).

O Programa foi estruturado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compunha um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase consistiu na etapa formal de adesão e contratualização ao programa, na qual foram firmados compromissos e indicadores entre as Equipes de Atenção Primária (eAP) e os gestores municipais, e desses, com o MS, em um processo que envolveu pactuação local, regional e estadual, bem como a participação do controle social. A segunda fase consistiu na Certificação, que foi composta por:

- 1- Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da AB. Foi coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados. Essa fase correspondeu a 60% da nota final para a certificação;
- 2- Verificação da realização da autoavaliação pelos profissionais das eAP, a qual correspondeu a 10% da nota final para a certificação;
- 3- Avaliação de desempenho do conjunto de indicadores pactuados na etapa de adesão e contratualização, correspondente a 30% da nota final para a certificação.

O instrumento de avaliação externa para as eAP com eSB foi organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde;

Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde;

Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil);

Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde;

Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal;

Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

A matriz de pontuação foi organizada em dimensões, subdimensões e padrões de qualidade. A dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade. Já a subdimensão é o grupo de perguntas (padrões) que compõe parte da dimensão. Os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa, que foram divididos em padrões gerais, padrões essenciais e padrões estratégicos (BRASIL, 2019).

A matriz de pontuação para as eAP com saúde bucal foi composta por sete dimensões, com pontuações e pesos distintos: Dimensão I – gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica (8%); Dimensão II – estrutura e condições de funcionamento da UBS (20%); Dimensão III – valorização do trabalhador (8%); Dimensão IV – acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho (40%); Dimensão V – satisfação do usuário (10%); Dimensão VI - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Saúde Bucal) (10%); Dimensão VII - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho e Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica (Saúde Bucal) (18%). Através da certificação as equipes foram classificadas com desempenho ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. De acordo com essa classificação, as equipes deveriam receber um incentivo financeiro (BRASIL, 2015; SOUZA *et al.*, 2016; BRASIL, 2017; REIS *et al.*, 2017; BRASIL, 2019). Reis *et al.*, 2019 afirmaram que essa prática de pagamento por desempenho foi uma limitação na metodologia do programa, pois poderia favorecer o fornecimento de informações com viés devido a tendência para respostas positivas.

A terceira fase consistiu na Reconstrutualização, que foi constituída por um processo de repactuação das eAP e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de

qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB foi composto por ações realizadas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS. Teve como objetivo promover mudanças na gestão e na forma do cuidado, os quais produziram a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esse eixo foi transversal a todas as fases, assegurando que as ações de promoção da melhoria da qualidade pudessem ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do programa. O eixo de desenvolvimento organizou-se em cinco dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação Permanente; 4 – Apoio Institucional; e 5 – Cooperação Horizontal; organizados de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Pinto *et al.* (2014), destacaram alguns pontos importantes sobre os objetivos do programa. Primeiramente, ficou explícito que o objetivo final era induzir mudanças no modelo de atenção, na gestão do serviço, impactar na situação de saúde da comunidade, desenvolver o processo de trabalho dos profissionais e orientar os serviços de acordo com as necessidades e satisfação dos usuários. Além disso, foi uma estratégia que propôs espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança entre equipe, gestores e usuários. Ademais, o programa assumiu ser transparente em todo o processo e compartilhou as informações com o intuito de fortalecer o uso da informação e a participação social.

3. OBJETIVO

Avaliar as diferenças regionais do processo de trabalho das eSB do Brasil que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, exploratório e analítico, de abrangência nacional, reportado de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁶.

4.2 Contexto

Foram utilizados dados secundários do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017-2018) disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS). O governo federal criou o PMAQ-AB em 2011 com o objetivo de institucionalizar a avaliação da APS no Brasil, atuando como estratégia

de avaliação permanente para tomada de decisão. Além de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações em saúde, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e local¹⁷.

Desde a sua criação, foram realizados três ciclos completos (2012/2013; 2014/2015 e 2017/2018). O terceiro ciclo foi organizado em três fases (1- adesão e contratualização, 2- certificação e 3- recontratualização). A avaliação externa, inclusa na segunda fase do programa, foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior. Aos participantes, era apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar. Nessa etapa realizava-se a avaliação da gestão do cuidado, incluindo o processo de trabalho das eSB¹⁷.

Por meio da certificação, as equipes foram classificadas com desempenho ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. De acordo com essa classificação, as equipes deveriam receber um incentivo financeiro¹⁸.

4.3 Universo e amostra do estudo

O universo da pesquisa foram as eSB das equipes de atenção primária (eAP) que aderiram ao programa e que responderam ao questionário da avaliação externa, em todos os municípios do Brasil. Das 41.373 equipes de atenção primária (eAP) implantadas no território brasileiro, 38.865 (93,9%) aderiram ao ciclo III do PMAQ-AB. Destas, 25.090 eram eAP com eSB (representando 95,2% do total de 26.364 eSB), distribuídas em 5.324 municípios. A amostra deste estudo foi constituída por dados de 22.993 eSB. As perdas (2.997) foram decorrentes de recusas, ausência do profissional na unidade, ou impossibilidade de deslocamento dos avaliadores até a unidade de saúde.

4.4 Variáveis analisadas

As variáveis utilizadas no estudo foram extraídas da Dimensão VII, presente na Matriz de Pontuação para Certificação das eAP¹⁸, que participaram do terceiro ciclo do PMAQ-AB. A Dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade. A subdimensão corresponde ao grupo de perguntas (padrões) que compõe parte da dimensão. Os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa, que foram divididos em padrões gerais, padrões essenciais e padrões estratégicos. As variáveis utilizadas relacionadas ao processo de trabalho das eSB foram as subdimensões:

- Educação permanente: para este parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe realizava atividade para planejamento de suas ações, investigação do perfil epidemiológico e discussão de casos e projetos terapêuticos.

- Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde (UBS): para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou como eram registradas as informações de saúde e se a ficha odontológica compunha o prontuário do paciente.

- Organização da agenda da eSB: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou sobre a realização de ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, o atendimento espontâneo, o acolhimento e a marcação de consulta.

- Planejamento das ações da equipe de atenção básica: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe utilizava protocolos de encaminhamento, como o encaminhamento era realizado e sobre o registro dos pacientes encaminhados.

- Oferta de serviço: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou sobre ações de prevenção, diagnóstico e registro de pacientes com câncer de boca.

- Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe recebia apoio de outros núcleos ou especialidades e sobre a oferta de atendimento de urgência e consultas especializadas.

- Total dos padrões de qualidade da Dimensão VII: média da avaliação percentual total em todas as subdimensões, por região geopolítica do Brasil.

As variáveis socioeconômicas e demográficas estaduais utilizadas foram extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Foram elas:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

- Renda *per capita* (RPC): divisão dos rendimentos domiciliares, em termos nominais, pelo total dos moradores das Unidades da Federação brasileira.

- População estadual (PEst): estimativa do total da população das Unidades da Federação brasileira.

4.5 Organização dos dados e análise estatística

Todos os dados secundários foram organizados em planilhas que compuseram o banco de dados próprio do pesquisador, no programa Microsoft Excel. Inicialmente foram realizadas análises descritivas das variáveis. Para tanto, foram utilizadas as porcentagens das equipes que atingiram a nota máxima em cada uma das subdimensões avaliadas e a média e desvio padrão para as variáveis socioeconômicas e demográficas dos estados. Foi realizada a comparação

entre as regiões geopolíticas do Brasil em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil, utilizando-se o teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey.

Em seguida foi feita a avaliação da correlação linear do IDH, da RPC e da PEst, com o percentual médio do estado, em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil. Esta análise foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%¹⁹.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o protocolo CAAE 80477417.0.0000.0021 (Anexo A).

5. RESULTADOS

Foram analisados os dados de 22.993 eSB de 4.813 municípios brasileiros. Destes, 1.933 equipes (8,41% da amostra) e 461 municípios (9,58% da amostra) eram da região Centro Oeste, 10.210 equipes (44,40% da amostra) e 1.678 municípios (34,86% da amostra) da região Nordeste, 1.736 equipes (7,55% da amostra) e 409 municípios (8,50% da amostra) da região Norte, 6.113 equipes (26,59% da amostra) e 1.321 municípios (27,45% da amostra) da região Sudeste e 3.001 equipes (13,05%) e 944 municípios (19,61% da amostra) da região Sul. Na Tabela 1 são apresentados os resultados das análises descritivas das variáveis.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, bem como socioeconômicas e demográficas dos estados brasileiros. Brasil 2017-2018.

Variáveis das equipes	Região do Brasil					
	Centro Oeste (n=1933)	Nordeste (n=10210)	Norte (n=1736)	Sudeste (n=6113)	Sul (3001)	Total (n=22993)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Educação permanente	618 (32,0)	3444 (33,7)	320 (18,4)	2408 (39,4)	1122 (37,4)	15081 (65,6)
Organização dos prontuários na UBS	927 (48,0)	1603 (15,7)	355 (20,5)	1935 (31,7)	2156 (71,8)	16017 (69,7)
Organização da agenda da eSB	1184 (61,3)	6095 (59,7)	878 (50,6)	4288 (70,2)	1886 (62,9)	8662 (37,7)

Planejamento das ações da equipe de atenção básica	1100 (56,9)	6204 (60,8)	716 (41,2)	4091 (66,9)	2104 (70,1)	8778 (32,2)
Oferta de Serviço	124 (6,4)	297 (2,9)	7 (0,4)	248 (4,1)	216 (7,2)	22101 (96,1)
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica	98 (5,1)	1011 (9,9)	93 (5,4)	570 (9,3)	150 (5,0)	21071 (91,6)
Todas	2 (0,1)	16 (0,2)	0 (0,0)	12 (0,2)	9 (0,3)	22954 (99,8)

Região do Brasil

Variáveis das equipes	Centro Oeste (n=461)	Nordeste (n=1678)	Norte (n=409)	Sudeste (n=1321)	Sul (n=944)	Total (n=4813)
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
IDH	0,732	0,660	0,690	0,750	0,749	0,699
Renda <i>per capita</i> *	1459	929	890	1680	1769	1056
População	3526220	4039277	1242359	19329427	11422973	4064052

*Em reais

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados da comparação entre as regiões do Brasil, em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil, estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação entre as regiões do Brasil, em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Brasil, 2017-2018.

Subdimensão	Região do Brasil					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Educação permanente (10,59%)	4,25±0,09 ^d	5,91±0,04 ^b	5,57±0,10 ^c	6,49±0,05 ^a	6,30±0,07 ^a	5,96±0,03
Organização dos prontuários na UBS (7,06%)	3,30±0,06 ^e	3,53±0,02 ^d	4,46±0,06 ^b	3,79±0,03 ^c	5,76±0,04 ^a	3,95±0,02
Organização da agenda da equipe de saúde bucal (36,47%)	33,22±0,11 ^c	34,37±0,04 ^b	34,18±0,09 ^b	34,89±0,04 ^a	34,25±0,07 ^b	34,39±0,02
Planejamento das ações da equipe de atenção básica (10,59%)	6,58±0,09 ^d	8,23±0,03 ^b	7,90±0,08 ^c	8,72±0,04 ^a	8,88±0,05 ^a	8,30±0,02
Oferta de serviço (21,18%)	6,61±0,11 ^c	9,91±0,05 ^b	9,10±0,14 ^b	11,67±0,07 ^a	11,85±0,10 ^a	10,39±0,04
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica (14,12%)	9,03±0,10 ^c	9,96±0,04 ^b	9,14±0,09 ^c	10,67±0,04 ^a	10,14±0,06 ^b	10,03±0,02
Total (100,0%)	62,10±0,37 ^c	71,91±0,14 ^b	71,24±0,38 ^b	76,23±0,18 ^a	77,18±0,26 ^a	73,01±0,10

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. O valor de p no teste ANOVA de uma via, na comparação entre regiões, foi <0,001, em todas as subdimensões avaliadas. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as regiões do Brasil (pós-teste de Tukey, p<0,05).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Houve diferença significativa entre as regiões do país, em relação à avaliação percentual de todas as subdimensões avaliadas neste estudo ($p < 0,001$).

Na subdimensão “Educação permanente” (com avaliação percentual máxima de 10,59%), a avaliação percentual observada nas regiões Sul e Sudeste foi maior do que aquela observada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A avaliação percentual deste item na região Nordeste ainda foi maior do que nas regiões Norte e Centro-Oeste. Além disso, a avaliação percentual na região Centro-Oeste foi maior do que aquela na região Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Quanto à subdimensão “Organização dos prontuários na UBS” (com avaliação percentual máxima de 7,06%), todas as regiões foram diferentes entre si, sendo da maior avaliação para a menor avaliação percentual na seguinte ordem: Sul, Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste e Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Na subdimensão “Organização da agenda da equipe de saúde bucal” (com avaliação percentual máxima de 36,47%), a avaliação percentual observada na região Sudeste foi maior do que aquela observada nas demais regiões (Sul, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). A avaliação percentual nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste ainda foi maior do que aquela observada na região Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Em relação à subdimensão “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” (com avaliação percentual máxima de 10,59%), a avaliação percentual observada nas regiões Sul e Sudeste foi maior do que aquela observada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A avaliação percentual na região Nordeste ainda foi maior do que nas regiões Norte e Centro-Oeste. Além disso, a avaliação percentual na região Centro-Oeste foi maior do que aquela na região Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Em relação à “Oferta de serviço” (com avaliação percentual máxima de 21,18%), a avaliação percentual observada nas regiões Sul e Sudeste foi maior do que aquela observada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A avaliação percentual nas regiões Nordeste e Centro-Oeste ainda foi maior do que aquela na região Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Quanto à subdimensão “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” (com avaliação percentual máxima de 14,12%), a avaliação percentual observada na região Sudeste foi maior do que aquela observada nas demais regiões (Sul, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Além disso, a avaliação percentual neste item nas regiões Sul e Nordeste ainda foi maior do que aquela observada nas regiões Norte e Centro-Oeste (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Finalmente, em relação à avaliação percentual total (100%), a avaliação percentual observada nas regiões Sul e Sudeste foi maior do que aquela observada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Além disso, a avaliação percentual neste item nas regiões Nordeste e Centro-Oeste ainda foi maior do que aquela observada na região Norte (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Os resultados da avaliação da correlação linear entre a avaliação percentual em cada subdimensão e no total, relacionadas ao processo de trabalho das eSB do Brasil, e as variáveis IDH, renda familiar e população do estado, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise da correlação linear entre a avaliação percentual em cada subdimensão e às variáveis socioeconômicas e demográficas estaduais. Brasil, 2017-2018.

Subdimensão	Variável socioeconômica e demográfica estadual		
	IDH	Renda	População
Educação permanente	p=0,371 r=0,179	p=0,330 r=0,195	p=0,174 r=0,269
Organização dos prontuários na UBS	p=0,020 r=0,445	p=0,007 r=0,509	p=0,403 r=0,168
Organização da agenda da equipe de saúde bucal	p=0,542 r=0,123	p=0,498 r=0,136	p=0,193 r=0,259
Planejamento das ações da equipe de atenção básica	p=0,046 r=0,387	p=0,018 r=0,451	p=0,126 r=0,302
Oferta de serviço	p=0,107 r=0,317	p=0,046 r=0,387	p=0,021 r=0,442
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica	p=0,057 r=0,370	p=0,039 r=0,400	p=0,126 r=0,302
Total	p=0,079 r=0,344	p=0,041 r=0,397	p=0,070 r=0,354

Valor de p no teste de correlação linear de Pearson, sendo r=coeficiente de correlação linear.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Houve correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual na subdimensão “Organização dos prontuários na UBS” e as variáveis IDH ($p=0,020$; $r=0,445$) e renda *per capita* do estado ($p=0,007$; $r=0,509$). Estes resultados estão apresentados na Figura 1 A e B.

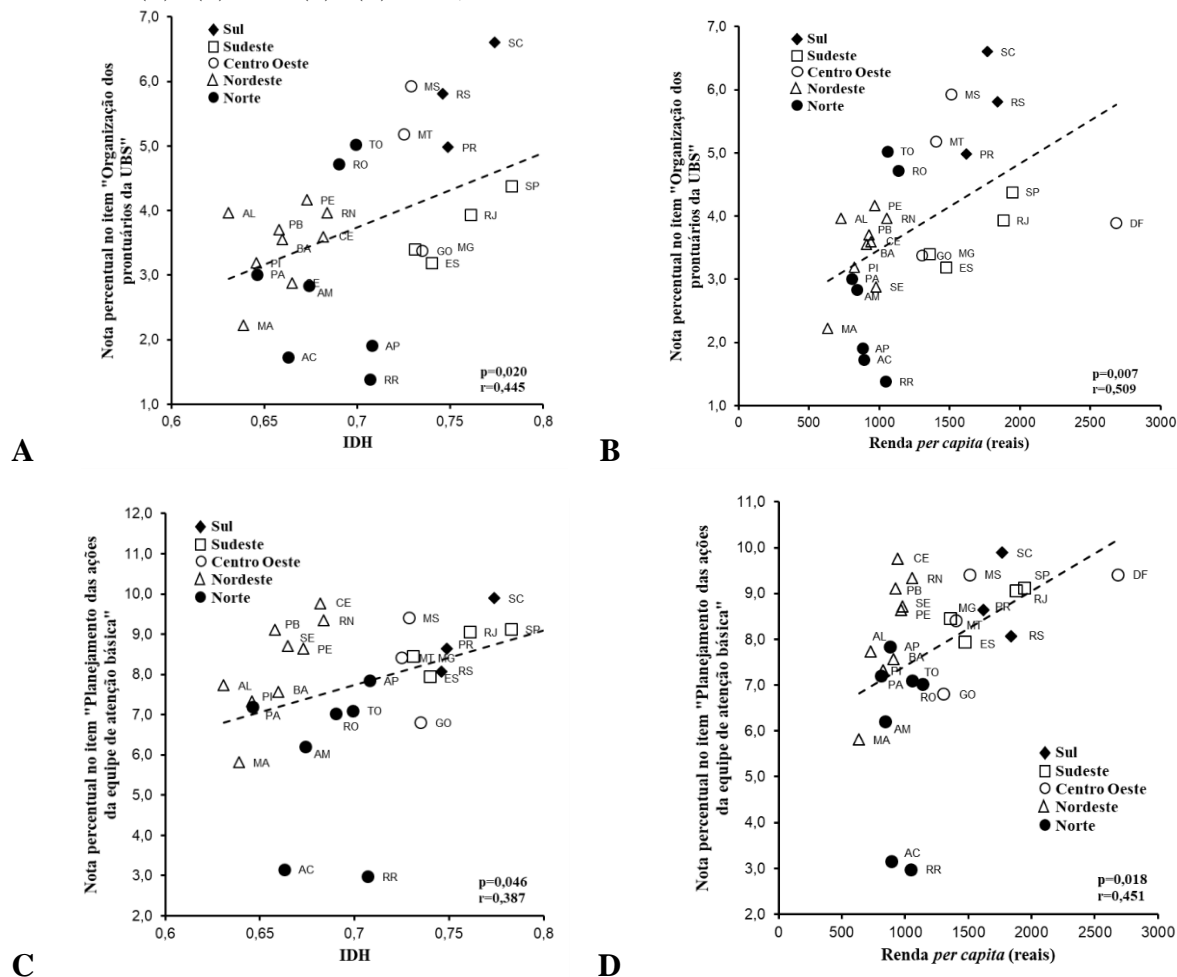
Também houve correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual na subdimensão “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH ($p=0,046$; $r=0,387$) e renda *per capita* do estado ($p=0,018$; $r=0,451$). Estes resultados estão apresentados na Figura 1 C e D.

A subdimensão “Oferta de serviço” apresentou correlação linear significativa positiva e moderada com as variáveis renda *per capita* ($p=0,046$; $r=0,387$) e população do estado ($p=0,021$; $r=0,442$). Estes resultados estão apresentados na Figura 2 A e B.

Ainda, a subdimensão “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” apresentou correlação linear significativa positiva e moderada com a renda *per capita*

do estado ($p=0,039$; $r=0,400$) e o mesmo foi observado entre a avaliação total e a renda *per capita* do estado ($p=0,041$; $r=0,397$). Estes resultados estão apresentados na Figura 2 C e D.

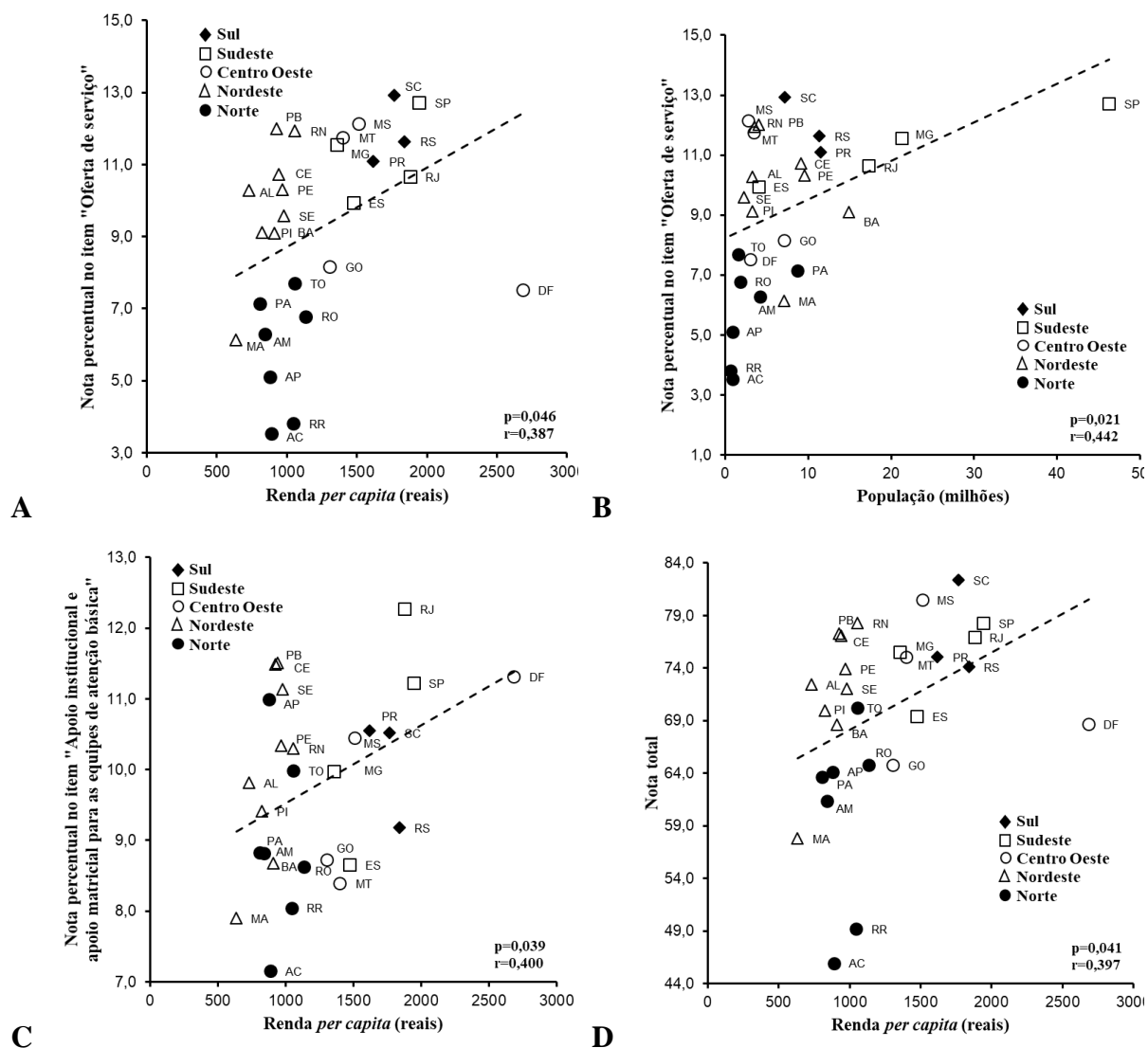
Figura 1 - Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas subdimensões “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH (A) e (C) e RPC (B) e (D). Brasil, 2017-2018.



Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis em um determinado estado brasileiro. Símbolos diferentes representam diferentes regiões do Brasil. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r =coeficiente de correlação linear. A linha tracejada representa a linha de regressão linear.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2 - Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas variáveis: “Oferta de serviço” e as variáveis RPC (A) e PEst (B); “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” e a variável RPC (C); e a nota total e a variável RPC (D). Brasil, 2017-2018.



Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis em um determinado estado brasileiro. Símbolos diferentes representam diferentes regiões do Brasil. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r =coeficiente de correlação linear. A linha tracejada representa a linha de regressão linear.

Fonte: Elaborado pelos autores.

6. DISCUSSÃO

A discussão do estudo será apresentada a seguir, sob forma de manuscrito, o qual será enviado para o periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, cujas normas estão no Anexo B.

**DESIGUALDADES REGIONAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE
SAÚDE BUCAL DO BRASIL**

**REGIONAL INEQUALITIES IN THE WORK PROCESS OF BRAZILIAN ORAL
HEALTH TEAMS**

Noeleni de Souza Pinto¹, Kauanne Naysa Alves Pegaiani¹, Alessandro Diogo De-Carli^{2*},
Edilson José Zafalon², Livia Fernandes Probst^{3,4}, Mara Lisiane de Moraes dos Santos⁵, Albert
Schiaveto De Souza⁶

¹Programa de pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

²Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

³Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, Brasil.

⁴Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo, Brasil.

⁵Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

⁶Instituto de Biociências. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

***Autor correspondente:**

Alessandro Diogo De-Carli

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: alessandrodecarli@hotmail.com

RESUMO

O objetivo foi avaliar diferenças regionais do processo de trabalho das equipes de saúde bucal (eSB) do Brasil. Estudo transversal exploratório e analítico, de abrangência nacional, com dados do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram utilizadas variáveis a partir de subdimensões da matriz de pontuação para certificação das eSB, que foram relacionadas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda per capita (RPC) e população estadual (PEst). Para comparação entre as regiões do país, utilizou-se o teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós teste de Tukey. O teste de correlação linear de Pearson foi utilizado para correlacionar processo de trabalho e variáveis socioeconômicas. Houve diferença significativa interregional em relação a todas subdimensões. Verificou-se correlação linear significativa positiva e moderada nas subdimensões: “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” com as variáveis IDH e RPC; “Oferta de serviço” e a RPC e PEst; “Apoio institucional matricial para as equipes de atenção básica” e “Avaliação total” com a RPC. Concluiu-se que, em nível inter-regional, existe heterogeneidade no processo de trabalho das eSB, sugerindo-se que este é modulado pelo IDH, RPC e PEst.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Ações de Saúde Pública, Saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate regional differences in the work process of the oral health teams (eSB) in Brazil. Exploratory and analytical cross-sectional study was performed with nationwide data from the 3rd cycle of the Access and Quality Improvement Program in Primary Care (PMAQ-AB). Variables from sub-dimensions of the score matrix for eSB certification were used, which were related to the Human Development Index (HDI), per capita income (RPC) and state population (PEst). For comparison between the regions of the country, the one-way ANOVA test was used, followed by the Tukey post test. Pearson's linear correlation test was used to correlate work process and socioeconomic variables. There was a significant interregional difference in relation to all subdimensions. There was a significant positive and moderate linear correlation in the subdimensions: "Organization of medical records at the UBS" and "Planning the actions of the primary care team" with the HDI and RPC variables; "Service Offering" and the RPC and PEst; "Matrix institutional support for primary care teams" and "Full assessment" with the RPC. It was concluded that, at the interregional level, there is heterogeneity in the eSB's work process, suggesting that it is modulated by the HDI, RPC and PEst.

Keywords: Primary Health Care, Evaluation of Public Health Actions, Oral Health.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde tem como finalidade a produção de cuidados individuais e coletivos para controle do binômio saúde-doença, sendo este modulado pelos determinantes sociais da saúde (DSS), peculiares a cada território¹. Entender como isto ocorre permite compreender as condições de saúde da população e, a partir disto, propor e implementar mudanças, se necessárias, para alterar os indicadores de saúde da comunidade^{2,3}. Assim, a determinação social da saúde explica o processo saúde-doença, permitindo ampliar o olhar sobre políticas públicas, com intuito de reduzir as desigualdades em saúde, incluindo-se a atenção à saúde bucal, com vistas a políticas de saúde equânimes⁴.

No sentido de ação sobre os DSS, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como estratégia de reorientação do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Sistemas de saúde com orientação de uma APS forte apresentam maiores chances de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, pautado nos princípios da integralidade e da equidade^{5,6}. Com isso, por meio da proposição de um processo de trabalho diferenciado do tradicional, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se referência como modelo assistencial de APS, centrado na vigilância em saúde, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias^{5,6}.

Entendendo o acesso aos serviços de saúde bucal como parte relevante deste processo, a inclusão das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF em 2000 representou a possibilidade de rompimento com os tradicionais modelos assistenciais em saúde bucal baseados em aspectos biologicistas, curativistas, individuais e tecnicistas, dando lugar ao cuidado odontológico direcionado às propostas de vigilância em saúde^{7,8,9}. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, teve como objetivo reorientar a organização da atenção em saúde bucal, priorizando ações voltadas para a promoção de saúde, prevenção, controle e tratamento das doenças bucais, reforçando a importância do trabalho interprofissional e interdisciplinar¹⁰.

Para que se concretize esta reorientação no modelo de atenção em saúde bucal, é necessário que os profissionais tenham conhecimento adequado de suas atribuições, e desenvolvam novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território^{11,12}. Neste contexto, a avaliação do processo de trabalho das eSB na APS torna-se importante, pois tem como propósito dar suporte às decisões, identificar problemas e reorientar as ações desenvolvidas.

Estudos sobre os modos de organização do trabalho das eSB apresentam resultados contraditórios. Alguns demonstram avanços no modelo assistencial e outros ressaltam a

manutenção de práticas tradicionais^{13,14,15}. No entanto, estas avaliações são baseadas em amostras locais e com diferentes formas de avaliar. Com isto, faz-se relevante avaliar o processo de trabalho com amostras de todo o território nacional, pois devido à grande extensão territorial do país, o contexto socioeconômico, demográfico e geográfico de cada região apresenta características singulares.

Partindo da hipótese que estes aspectos, enquanto determinantes sociais, podem afetar diretamente o processo do cuidado em saúde bucal, este estudo teve como objetivo identificar as diferenças regionais no processo de trabalho das eSB do Brasil que aderiram ao terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo transversal, exploratório e analítico, de abrangência nacional, reportado de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁶.

Contexto

Foram utilizados dados secundários do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017-2018) disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS). O governo federal criou o PMAQ-AB em 2011 com o objetivo de institucionalizar a avaliação da APS no Brasil, atuando como estratégia de avaliação permanente para tomada de decisão. Além de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações em saúde, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e local¹⁷.

Desde a sua criação, foram realizados três ciclos completos (2012/2013; 2014/2015 e 2017/2018). O terceiro ciclo foi organizado em três fases (1- adesão e contratualização, 2- certificação e 3- recontratualização). A avaliação externa, inclusa na segunda fase do programa, foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior. Aos participantes, era apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar. Nessa etapa realizava-se a avaliação da gestão do cuidado, incluindo o processo de trabalho das eSB¹⁷.

Por meio da certificação, as equipes foram classificadas com desempenho ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. De acordo com essa classificação, as equipes deveriam receber um incentivo financeiro¹⁸.

Universo e amostra do estudo

O universo da pesquisa foram as eSB das equipes de atenção primária (eAP) que aderiram ao programa e que responderam ao questionário da avaliação externa, em todos os municípios do Brasil. Das 41.373 equipes de atenção primária (eAP) implantadas no território brasileiro, 38.865 (93,9%) aderiram ao ciclo III do PMAQ-AB. Destas, 25.090 eram eAP com eSB (representando 95,2% do total de 26.364 eSB), distribuídas em 5.324 municípios. A amostra deste estudo foi constituída por dados de 22.993 eSB. As perdas (2.997) foram decorrentes de recusas, ausência do profissional na unidade, ou impossibilidade de deslocamento dos avaliadores até a unidade de saúde.

Variáveis analisadas

As variáveis utilizadas no estudo foram extraídas da Dimensão VII, presente na Matriz de Pontuação para Certificação das eAP¹⁸, que participaram do terceiro ciclo do PMAQ-AB. A Dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade. A subdimensão corresponde ao grupo de perguntas (padrões) que compõe parte da dimensão. Os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa, que foram divididos em padrões gerais, padrões essenciais e padrões estratégicos. As variáveis utilizadas relacionadas ao processo de trabalho das eSB foram as subdimensões:

- Educação permanente: para este parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe realizava atividade para planejamento de suas ações, investigação do perfil epidemiológico e discussão de casos e projetos terapêuticos.
- Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde (UBS): para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou como eram registradas as informações de saúde e se a ficha odontológica compunha o prontuário do paciente.
- Organização da agenda da eSB: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou sobre a realização de ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, o atendimento espontâneo, o acolhimento e a marcação de consulta.

- Planejamento das ações da equipe de atenção básica: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe utilizava protocolos de encaminhamento, como o encaminhamento era realizado e sobre o registro dos pacientes encaminhados.

- Oferta de serviço: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou sobre ações de prevenção, diagnóstico e registro de pacientes com câncer de boca.

- Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica: para esse parâmetro o PMAQ-AB perguntou se a equipe recebia apoio de outros núcleos ou especialidades e sobre a oferta de atendimento de urgência e consultas especializadas.

- Total dos padrões de qualidade da Dimensão VII: média da avaliação percentual total em todas as subdimensões, por região geopolítica do Brasil.

As variáveis socioeconômicas e demográficas estaduais utilizadas foram extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Foram elas:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

- Renda *per capita* (RPC): divisão dos rendimentos domiciliares, em termos nominais, pelo total dos moradores das Unidades da Federação brasileira.

- População estadual (PEst): estimativa do total da população das Unidades da Federação brasileira.

Organização dos dados e análise estatística

Todos os dados secundários foram organizados em planilhas que compuseram o banco de dados próprio do pesquisador, no programa Microsoft Excel. Inicialmente foram realizadas análises descritivas das variáveis. Para tanto, foram utilizadas as porcentagens das equipes que atingiram a nota máxima em cada uma das subdimensões avaliadas e a média e desvio padrão para as variáveis socioeconômicas e demográficas dos estados. Foi realizada a comparação entre as regiões geopolíticas do Brasil em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil, utilizando-se o teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey.

Em seguida foi feita a avaliação da correlação linear do IDH, da RPC e da PEst, com o percentual médio do estado, em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil. Esta análise foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi

realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%¹⁹.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o protocolo CAAE 80477417.0.0000.0021.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 22.993 eSB de 4.813 municípios brasileiros. Destes, 1.933 equipes (8,41% da amostra) e 461 municípios (9,58% da amostra) eram da região Centro Oeste, 10.210 equipes (44,40% da amostra) e 1.678 municípios (34,86% da amostra) da região Nordeste, 1.736 equipes (7,55% da amostra) e 409 municípios (8,50% da amostra) da região Norte, 6.113 equipes (26,59% da amostra) e 1.321 municípios (27,45% da amostra) da região Sudeste e 3.001 equipes (13,05%) e 944 municípios (19,61% da amostra) da região Sul. Na Tabela 1 são apresentados os resultados das análises descritivas das variáveis.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, bem como socioeconômicas e demográficas dos estados brasileiros. Brasil 2017-2018.

Variáveis das equipes	Região do Brasil					
	Centro Oeste (n=1933)	Nordeste (n=10210)	Norte (n=1736)	Sudeste (n=6113)	Sul (3001)	Total (n=22993)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Educação permanente	618 (32,0)	3444 (33,7)	320 (18,4)	2408 (39,4)	1122 (37,4)	15081 (65,6)
Organização dos prontuários na UBS	927 (48,0)	1603 (15,7)	355 (20,5)	1935 (31,7)	2156 (71,8)	16017 (69,7)
Organização da agenda da eSB	1184 (61,3)	6095 (59,7)	878 (50,6)	4288 (70,2)	1886 (62,9)	8662 (37,7)
Planejamento das ações da equipe de atenção básica	1100 (56,9)	6204 (60,8)	716 (41,2)	4091 (66,9)	2104 (70,1)	8778 (32,2)
Oferta de Serviço	124 (6,4)	297 (2,9)	7 (0,4)	248 (4,1)	216 (7,2)	22101 (96,1)
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica	98 (5,1)	1011 (9,9)	93 (5,4)	570 (9,3)	150 (5,0)	21071 (91,6)
Todas	2 (0,1)	16 (0,2)	0 (0,0)	12 (0,2)	9 (0,3)	22954 (99,8)

Variáveis das equipes	Região do Brasil				
	Centro Oeste (n=461)	Nordeste (n=1678)	Norte (n=409)	Sudeste (n=1321)	Sul (n=944)

	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
IDH	0,732	0,660	0,690	0,750	0,749	0,699
Renda <i>per capita</i> *	1459	929	890	1680	1769	1056
População	3526220	4039277	1242359	19329427	11422973	4064052

*Em reais

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados da comparação entre as regiões, em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e no total, relacionada ao processo de trabalho das eSB do Brasil, estão apresentados na Tabela 2. Houve diferença significativa entre as regiões do país, em relação à avaliação percentual de todas as subdimensões avaliadas neste estudo ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Comparação entre as regiões do Brasil, em relação à avaliação percentual em cada subdimensão e, no total, relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Brasil, 2017-2018.

Subdimensão	Região do Brasil					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Educação permanente (10,59%)	4,25±0,09 ^d	5,91±0,04 ^b	5,57±0,10 ^c	6,49±0,05 ^a	6,30±0,07 ^a	5,96±0,03
Organização dos prontuários na UBS (7,06%)	3,30±0,06 ^e	3,53±0,02 ^d	4,46±0,06 ^b	3,79±0,03 ^c	5,76±0,04 ^a	3,95±0,02
Organização da agenda da equipe de saúde bucal (36,47%)	33,22±0,11 ^c	34,37±0,04 ^b	34,18±0,09 ^b	34,89±0,04 ^a	34,25±0,07 ^b	34,39±0,02
Planejamento das ações da equipe de atenção básica (10,59%)	6,58±0,09 ^d	8,23±0,03 ^b	7,90±0,08 ^c	8,72±0,04 ^a	8,88±0,05 ^a	8,30±0,02
Oferta de serviço (21,18%)	6,61±0,11 ^c	9,91±0,05 ^b	9,10±0,14 ^b	11,67±0,07 ^a	11,85±0,10 ^a	10,39±0,04
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica (14,12%)	9,03±0,10 ^c	9,96±0,04 ^b	9,14±0,09 ^c	10,67±0,04 ^a	10,14±0,06 ^b	10,03±0,02
Total (100,0%)	62,10±0,37 ^c	71,91±0,14 ^b	71,24±0,38 ^b	76,23±0,18 ^a	77,18±0,26 ^a	73,01±0,10

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. O valor de p no teste ANOVA de uma via, na comparação entre regiões, foi $< 0,001$, em todas as subdimensões avaliadas. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as regiões do Brasil (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados da avaliação da correlação linear entre a avaliação percentual em cada subdimensão e no total, e as variáveis IDH, RPC e PEst do estado, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise da correlação linear entre a avaliação percentual em cada subdimensão e às variáveis socioeconômicas e demográficas estaduais. Brasil, 2017-2018.

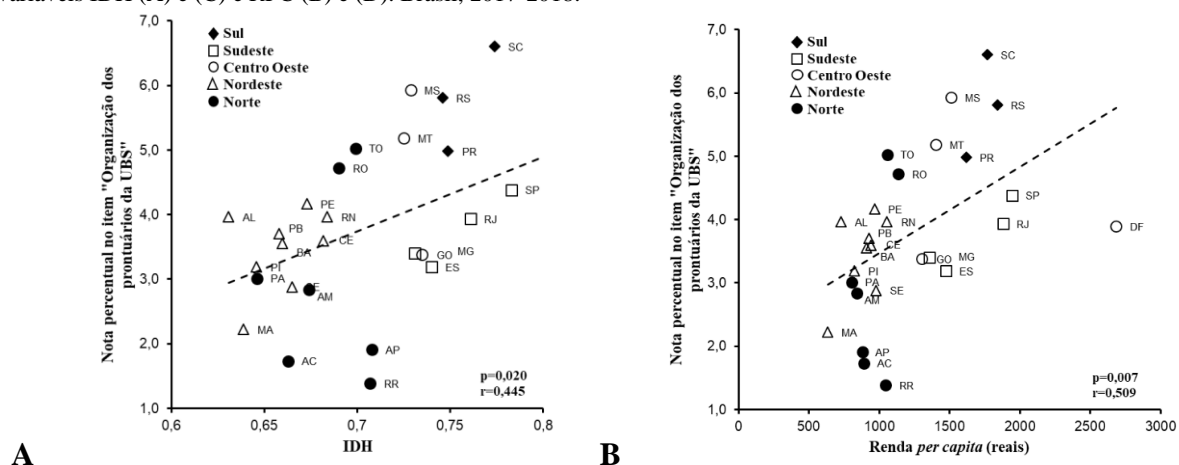
Subdimensão	Variável socioeconômica e demográfica estadual		
	IDH	Renda	População
Educação permanente	p=0,371 r=0,179	p=0,330 r=0,195	p=0,174 r=0,269
Organização dos prontuários na UBS	p=0,020 r=0,445	p=0,007 r=0,509	p=0,403 r=0,168
Organização da agenda da equipe de saúde bucal	p=0,542 r=0,123	p=0,498 r=0,136	p=0,193 r=0,259
Planejamento das ações da equipe de atenção básica	p=0,046 r=0,387	p=0,018 r=0,451	p=0,126 r=0,302
Oferta de serviço	p=0,107 r=0,317	p=0,046 r=0,387	p=0,021 r=0,442
Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica	p=0,057 r=0,370	p=0,039 r=0,400	p=0,126 r=0,302
Total	p=0,079 r=0,344	p=0,041 r=0,397	p=0,070 r=0,354

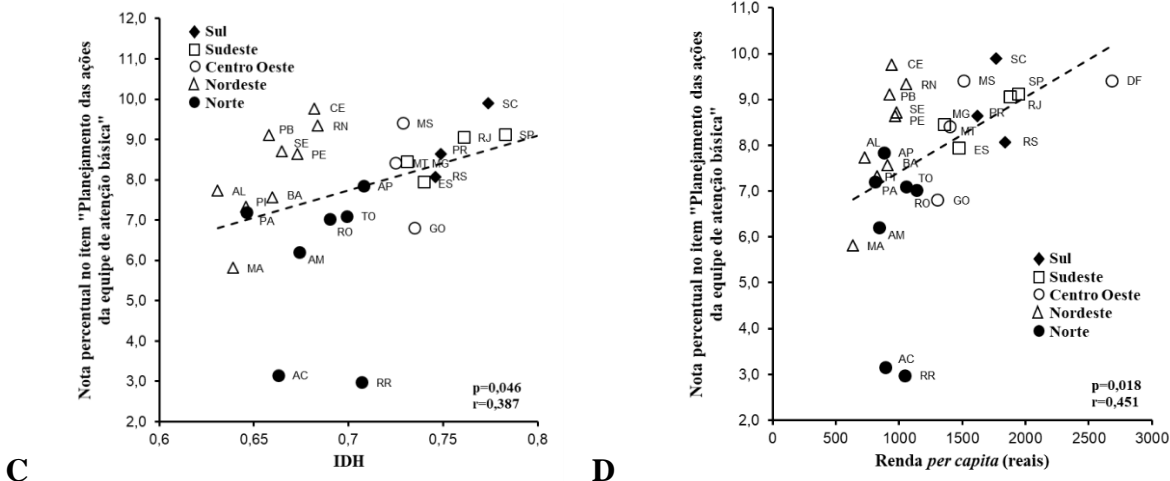
Valor de p no teste de correlação linear de Pearson, sendo r=coeficiente de correlação linear.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Figura 1 apresenta a correlação linear significativa positiva e moderada nas subdimensões: “Organização dos prontuários na UBS” e as variáveis IDH (p=0,020; r=0,445) e RPC do estado (p=0,007; r=0,509) (A e B); “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH (p=0,046; r=0,387) e RPC do estado (p=0,018; r=0,451) (B e C).

Figura 1 - Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas subdimensões “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica” e as variáveis IDH (A) e (C) e RPC (B) e (D). Brasil, 2017-2018.

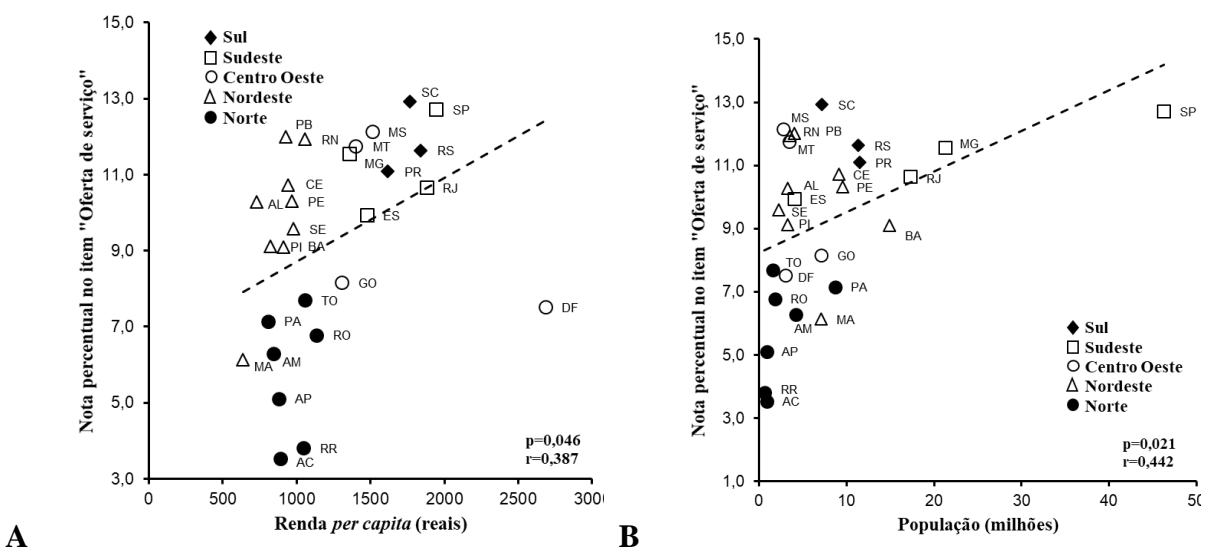


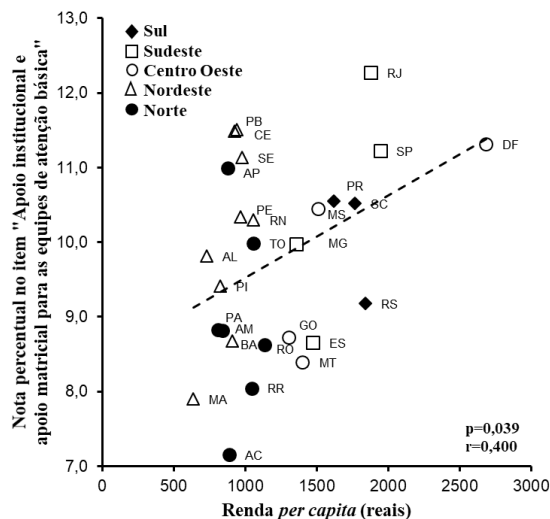


Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis em um determinado estado brasileiro. Símbolos diferentes representam diferentes regiões do Brasil. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r =coeficiente de correlação linear. A linha tracejada representa a linha de regressão linear.
 Fonte: Elaborado pelos autores.

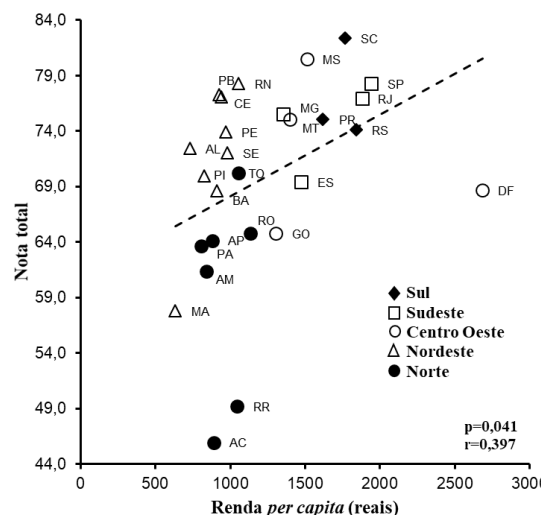
A Figura 2 apresenta a correlação linear significativa positiva e moderada nas subdimensões: “Oferta de serviço” e as variáveis RPC ($p=0,046$; $r=0,387$) e PEst ($p=0,021$; $r=0,442$) (A e B); “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” com a RPC do estado ($p=0,039$; $r=0,400$) (C); “Avaliação total e a RPC do estado ($p=0,041$; $r=0,397$) (D).

Figura 2 - Gráficos de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre a avaliação percentual nas variáveis: “Oferta de serviço” e as variáveis RPC (A) e PEst (B); “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica” e a variável RPC (C); e a nota total e a variável RPC (D). Brasil, 2017-2018.





C



D

Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis em um determinado estado brasileiro. Símbolos diferentes representam diferentes regiões do Brasil. Valor de p no teste de correlação linear de Pearson. r =coeficiente de correlação linear. A linha tracejada representa a linha de regressão linear.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou a importância de fatores contextuais para o desempenho das eSB no processo de trabalho. Em nível nacional, a RPC estadual da população pertencente ao território das eSB avaliadas teve correlação positiva com o total das variáveis do estudo. O mesmo foi observado em relação ao IDH e as variáveis “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica”. Isto sugere que, justamente onde há maior vulnerabilidade populacional, os serviços apresentam fragilidades em relação ao planejamento e organização do trabalho das eSB, à oferta de serviço, e ao apoio matricial e institucional. Isto se torna crítico, pois, nestes locais, a APS tem papel importante, posto que os serviços de média e alta complexidade são mais escassos, tornando-se assim, o único serviço disponível. Nesse contexto, destaca-se a importância de políticas públicas voltadas para a proteção social das famílias expostas à essas vulnerabilidades, com o intuito de reduzir a desigualdade estrutural em saúde no Brasil²⁰. Até então, nenhum estudo anterior incluiu todas as variáveis avaliadas no presente estudo, o qual estratificou os achados por região geopolítica do país. Com isto, a potencialidade deste estudo é o caráter abrangente, gerando comparações em nível nacional.

A atuação do Cirurgião-Dentista (CD), tradicionalmente, esteve voltada a um campo individual, tecnicista e de práticas de consultório, a qual não valorizava ações de planejamento. A inserção da eSB na ESF trouxe a importância da adequação da formação destes profissionais para uma atuação em equipes interprofissionais, integrados com a comunidade, conduzindo

ações de promoção de saúde e produzindo conhecimento a partir do seu próprio posto de trabalho e necessidades da comunidade. Quanto mais forte a presença dos atributos da APS, maior o impacto positivo em relação à equidade em saúde⁵.

A região Norte do Brasil apresentou o menor desempenho na maior parte das variáveis analisadas relacionadas ao processo de trabalho das eSB. Tal resultado pode ter relação com os aspectos geográficos, principalmente a extensão territorial e da bacia hidrográfica presente em alguns estados da região. Isto pode dificultar o acesso dos profissionais aos cursos de atualização e capacitação profissional. Estudos realizados no estado do Amazonas demonstraram que a maioria dos CD do estado não possuía nem estava cursando nenhum curso de pós-graduação em nível *lato sensu* ou *stricto sensu*, devido gastos com deslocamentos e resistência da gestão local^{7,11}.

Profissionais com formação em saúde da família compartilham mais a sua agenda com os outros profissionais de saúde, organizam-na melhor para a oferta de serviços, garantem mais o retorno do usuário, favorecem o trabalho em equipe, promovendo assim uma mudança da prática assistencial, construindo uma nova realidade de saúde para a população^{21,22}. Nesse sentido, a criação de centros de formação de recursos humanos em áreas remotas pode ser eficiente para a redução dessas desigualdades, o que pode ser potencializado pela inserção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como instrumentos viabilizadores dos processos formativos em saúde, em larga escala²³.

Além disso, o menor desempenho da região Norte pode ser justificado pela forma que ocorre a relação de trabalho do CD com o município. Estudos^{7,11,24} mencionaram que na região Norte predominava o tipo de vínculo temporário na forma de prestação de serviço, sendo que a maior forma de seleção dos trabalhadores foi por meio de indicação política. Isto demonstra que os municípios não priorizam os direitos trabalhistas dos profissionais, além de deixá-los à mercê das mudanças políticas, contribuindo para uma maior rotatividade de profissionais.

Ademais, as relações precárias de trabalho promovem dificuldades ao profissional fixar residência no município – situação comum nos locais menos desenvolvidos economicamente, como cidades do interior ou zonas rurais. Portanto, a forma de ingresso na ESF é importante, pois os CD que são inseridos sem o devido preparo para atuação na proposta de cuidado em saúde da família, acabam iniciando o trabalho de forma inadequada, podendo comprometer o estabelecimento de vínculo com a comunidade assistida e o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe^{7,11,24}, o que implica a fraca orientação das práticas para os atributos da APS.

Entretanto, sabe-se que o desenvolvimento do processo de trabalho não depende apenas de fatores externos, mas também da responsabilização pessoal de cada profissional, para o cumprimento das ações em saúde no seu campo próprio de atuação.

A avaliação da correlação linear demonstrou que quanto maior o IDH e a RPC das regiões do Brasil, melhor foi o desempenho do processo de trabalho das eSB em relação às subdimensões “Organização dos prontuários na UBS” e “Planejamento das ações da equipe de atenção básica”. De acordo com os dados do IBGE, as regiões com IDH e RPC mais baixos, são o Norte e o Nordeste – com IDH 0,667 e 0,663, e rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* (RDPC) de R\$ 883 e R\$ 890, respectivamente. Corroborando assim, com a primeira análise feita neste estudo, na qual a região Norte apresentou o menor percentual na maior parte das questões analisadas²⁵.

Isto pode ocorrer devido ao não cumprimento da carga horária de trabalho. O MS preconiza 40 horas semanais de trabalho, pois essa é uma condição necessária para execução das ações preconizadas na ESF²⁶. O não cumprimento da carga horária de trabalho pode afetar negativamente o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto no aspecto organizacional, quanto assistencial. No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformulada em 2017, flexibilizou a carga horária semanal de trabalho, sendo possível o cumprimento de 10 horas semanais. Este fato tende a retroceder o modelo de atenção preconizado na APS, fortalecendo o modelo biomédico centrado, pautado em ações curativistas^{27,28}. Ressaltamos que estes fatores podem não ser determinantes no modo de assistência à saúde, porém, interferem nessa questão^{7,24,29}, na medida em que fragilizam as práticas em Saúde da Família/APS, pois minam suas diretrizes e atribuições essenciais como o estabelecimento de vínculo e a orientação familiar e comunitária.

Atualmente, isto pode ser agravado pelo novo modelo de financiamento da APS, estabelecido no Programa Previne Brasil, o qual restringe o cuidado em saúde à população cadastrada na eAP³⁰. Além disso, outro agravante pode ser o Programa Saúde na Hora, implementado em 2020, que prioriza o cuidado individual e a demanda espontânea. Isto aponta para uma transformação das UBS em unidades de pronto-atendimento, descaracterizando o processo de trabalho na APS³¹. Estes fatos poderão aumentar ainda mais as diferenças inter-regionais na atenção à saúde, pois podem comprometer os princípios da universalidade e da longitudinalidade²⁷.

Em relação à organização e planejamento das ações, as regiões economicamente menos desenvolvidas apresentaram limitações técnica e organizacional nos serviços em saúde bucal, cujos gestores e CD não davam a devida importância ao processo de elaborar, avaliar e

registrar as ações desenvolvidas^{7,32,33}. Em contraposição, na região Sul a maioria dos profissionais realizavam reuniões de equipe multidisciplinar, e o Sudeste demonstrou receber mais apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho, direcionando para o cuidado integral dos usuários^{34,35}.

Em relação à questão “Oferta de Serviço”, este estudo observou que quanto maior a RPC da região, melhor foi o desempenho das eSB. As regiões Sudeste e Sul, mais desenvolvidas economicamente, apresentaram um melhor desempenho em relação às outras regiões quanto às ações de prevenção, diagnóstico, registro e acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca^{36,37}. Enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais em relação à existência de protocolos que definem fluxos para o encaminhamento dos pacientes^{32,36,38,39}. Para além, Lucila Brandão Hirooka *et al.*¹² demonstraram em estudo realizado no estado de São Paulo, que 96% dos casos suspeitos de câncer de boca foram encaminhados para o especialista, mas apenas 50% das eSB comprovaram registrar e acompanhar os casos. Isto demonstra que o contexto socioeconômico está associado ao diagnóstico precoce do câncer de boca, na medida em que, nos locais que apresentam maior vulnerabilidade populacional observa-se maior proporção de diagnósticos tardios⁴⁰.

Ainda na questão “Oferta de Serviço”, quanto maior a PEst da região, melhor foi o desenvolvimento das ações das eSB. Isto pode ser devido ao fato de que a limitação na oferta dos serviços de saúde está associada à dispersão populacional e às grandes distâncias geográficas, característica singular da região amazônica, que apresenta a menor população do país. Além disso, este fato dificulta fixar os profissionais nas cidades do interior, o que potencializa a concentração dos serviços de média e alta complexidade nas grandes cidades, sendo assim uma barreira de acesso da população aos serviços de saúde. Ademais, a gestão federal parece não se preocupar com as especificidades de cada região, sendo que o repasse de recursos para a região Norte é inferior à média nacional. Nos locais que apresentam grandes índices de desigualdade, os recursos federais têm um importante papel na busca da equidade dos gastos^{33,41}.

Em contrapartida, a ampliação da oferta de serviços não necessariamente implica acesso ao serviço. É preciso avaliar especificamente as necessidades de cada local, ponderando as desigualdades do território, considerando-o como um espaço social com uma população adscrita, que apresenta modos de vida diversos. A partir desse entendimento, o processo de trabalho em saúde torna-se mais resolutivo, pois alinha-se às demandas em saúde de cada comunidade, diminuindo as disparidades. Com isto, viabiliza-se maior qualidade do cuidado, potencializando a satisfação do usuário e do trabalhador⁴².

Quanto à subdimensão “Apoio institucional e apoio matricial para as equipes de atenção básica”, verificou-se que, quanto maior a RPC, melhor foi o desempenho das eSB. Sendo observado o mesmo no resultado da avaliação total. Em contraponto, em locais de maior vulnerabilidade, isto pode sugerir que, com o novo financiamento da APS, a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade deixarão de ser incentivadas, tendo grande chance de desaparecerem a longo prazo, enfraquecendo ainda mais o cuidado compartilhado em saúde^{27,30}. As regiões mais desenvolvidas economicamente retratam os mais altos níveis de apoio matricial, e oferta de consultas especializadas^{5,12,36,43}. Enquanto a região Nordeste demonstrou que um dos maiores desafios na estruturação de uma rede de atenção em saúde bucal é o vazio assistencial nos serviços de média complexidade^{5,7}.

Esta falta de continuidade do cuidado subtrai a garantia da integralidade da atenção em saúde, sendo este um princípio do SUS e atributo essencial da APS^{44,45}. Isto pode indicar diferenças no investimento em estrutura e recursos humanos nos municípios mais desenvolvidos, fato já observado em estudos anteriores^{37,38,46}. O financiamento federal tem grande relevância para impulsionar avanços no serviço de saúde. No entanto, fica a cargo do município a descentralização dos recursos econômicos²³. O apoio matricial em saúde tem como principal objetivo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico e pedagógico às equipes de referência, reorientando o modo de fazer saúde, e com isso potencializar a capacidade resolutiva da equipe^{12,42}.

Este estudo não está isento de limitações. Dados secundários podem também não conter informações importantes para as análises de interesse, uma vez que foram coletados para outras finalidades que não a pesquisa em questão. Neste sentido, cabe esclarecer que, para minimizar potenciais vieses, tomou-se cuidado na escolha das variáveis analisadas, bem como na interpretação dos resultados. Dessa forma, as limitações não anulam a pertinência dos dados produzidos no âmbito do PMAQ-AB, seja por sua abrangência ou por gerar informações regulares nos três ciclos já realizados. Ao utilizar dados oficiais do processo avaliativo da APS, este estudo demonstra que o PMAQ-AB foi uma excelente ferramenta de gestão do processo de trabalho, pois permitiu discutir e reafirmar a importância da saúde bucal na APS para a redução de iniquidades.

CONCLUSÃO

Existe heterogeneidade no processo de trabalho das eSB do Brasil, quando comparadas as regiões geopolíticas do país. As variáveis IDH, RPC e PEst se correlacionam positivamente com o modo de organização do trabalho e desenvolvimento das ações em saúde bucal na APS.

Evidenciando assim desigualdades inter-regionais desfavoráveis às regiões socialmente desfavorecidas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- 1- Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Social determinants of health and community health agent work. *Rev Esc Enferm USP* 2020; 54(e03558).
- 2- Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Rev Gaucha Odontol* 2011; 59(1):109-15.
- 3- Mendes JDR, Netto JJM, Damasceno ECC. Atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções dos profissionais sobre educação em saúde. *Saúde em Redes* 2015; 1(3):63-71.
- 4- Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. In: Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). 2008.
- 5- Baldani MH, Ribeiro AE, Goncalves JRSN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018; 42(1):145-62.
- 6- Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44.
- 7- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2727-39.
- 8- Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 24(5):1809-20.
- 9- Dalazen CE, De-Carli AD, Moyses SJ. Oral Health in the Family Health Strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(1):325-37.

- 10- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 11- Emmi DT, Lima ZS, Miranda MSL. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. *Rev Aten Saúde* 2021; 19(67):66-78.
- 12- Hirooka LB, Catanante GB, Porto HS, Caccia-Bava MCGG. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. *Rev Bras Odontol* 2017; 74(2):101-13.
- 13- Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moyses SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da saúde bucal. *Rev APS* 2009; 12(2):168-75.
- 14- Pereira CRS, Patricio AAR, Araujo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5):985-96.
- 15- Costa RM, Medeiros AJ, Costa ICC, Pinheiro IVA. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. *Rev Odontol Bras Central* 2010; 19(51):327-32.
- 16- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(4):344-9.
- 17- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 18- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Terceiro ciclo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed.; 2019.

- 19- Shott S. *Statistics for health professionals*. London: WB Saunders Company; 1990.
- 20- Carvalho AC, Souza LR, Gonçalves SL, Almeida ERF. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(9):e00071721.
- 21- Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciêñ Saúde Colet* 2018; 23(12):4319-29.
- 22- Santos, T. P.; Matta-Machado, A. T. G.; Abreu, M. H. N. G.; Martis, R. C. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. *PLoS One* 2019; 14(4).
- 23- Amorim LP, Senna MIB, Paula JS, Rodrigues LG, Chiari APG, Ferreira RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde* 2021; 30(1).
- 24- Gabriel M, Cayetano HM, Chagas MM, Araujo ME, Dussalt G, Pucca Junior GA, Almeida FCS. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciêñ Saúde Colet* 2020; 25(3):859-68.
- 25- Instituto Brasileiro De Geografia Estatística (IBGE). *Cidades e Estados* [Internet]. 2020. [acessado 2020 dez 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>.
- 26- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 27- Giovanella L, Mendes C, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciêñ Saúde Colet* 2020; 14(3):1475-81.
- 28- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União* 2017; 21 set.

- 29- Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42(Especial 1):81-99.
- 30- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial União* 2019; 12 nov.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial União* 2020; 16 mar.
- 32- Pimentel FC, Martelli PJJ, Araujo Junior JLAC, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciêns Saúde Colet* 2010; 15(4):2189-2196.
- 33- Araujo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciêns Saúde Colet* 2006;11(1):2019-227.
- 34- Amaral Junior OL, Fagundes MLB, Menegazzo GR, Tôrres LHN, Giordani JMA. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. *Tempus, actas de saúde colet* 2020; 14(1):143-59.
- 35- Krug SBF, Lenz FL, Weigelt LD, Assunção AN. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos & Contextos* 2010; 9(1):77-88.
- 36- Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKOB, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38(Especial):140-157.
- 37- Martins PHS, Amaral Junior OLA, Faustino-Silva DD, Torres LHN, Unfer B, Giordani JMA. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatós* 2017; 23(45).

- 38- Sobrinho JEL, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate* 2015; 39(104):136-46.
- 39- Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciêns Saúde Colet* 2008; 13(5):1669-74.
- 40- Vargas DGM, Probst LF, Cunha AR, Tagliaferro EPS, Zafalon EJ, Zárate-Pereira P, De-Carli AD. Inclusion of oral health teams in primary health care promotes early diagnosis of oral and oropharyngeal cancers: a nationwide study. *BMC Oral Health* 2021; 21:312.
- 41- Silva SF, Carvalho FO, Vieira-Meyer APGF, Gomes GMS, Bezerra LMMR, Camelo RV, Filho VCB. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciêns Saúde Colet* 2011; 16(1):211-20.
- 42- Ranzi DVM, Nachif MCA, Soranz DR, Marcheti PM, Santos MLM, De-Carli AD. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Ciêns Saúde Colet* 2021; 26(6):1999-2011.
- 43- Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, Machado ATGM, Andrade EIG. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2).
- 44- Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciêns Saúde Colet* 2014; 19(2):373-82.
- 45- Galvão MHR, Roncalli AG. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(1).
- 46- Reis CMR, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12:667-78.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados neste estudo, pode-se concluir que:

- Existe diferenças entre as regiões do Brasil em relação ao processo de trabalho das eSB, sendo que a região Norte apresentou o menor desempenho.
- Nas regiões com os menores IDH e renda *per capita*, as eSB apresentaram maior dificuldade no registro das informações em saúde e na efetivação de protocolos de encaminhamento e acompanhamento do usuário. Enquanto regiões mais desenvolvidas economicamente e com maior população, realizaram mais ações de prevenção, diagnóstico e registro de pacientes com câncer de boca.
- As eSB das regiões com menor renda *per capita* apresentaram menor oferta de serviços odontológicos das especialidades, e de urgência e emergência.
- O resultado total demonstrou que nas regiões com maior renda *per capita*, as eSB desenvolvem melhor seu processo de trabalho.

Isso deixa em evidência a dificuldade em articular as individualidades socioeconômicas de cada região, prejudicando o cumprimento dos princípios da integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. 1. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

AMARAL JUNIOR, O. L.; FAGUNDES, M. L. B.; MENEGAZZO, G. R.; TÔRRES, L. H. N.; GIORDANI, J. M. A. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 143-59, 2020.

AMORIM, L. P.; SENNA, M. I. B.; PAULA, J. S.; RODRIGUES, L. G.; CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000100013.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 2019-227, 2006.

BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONCALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 145-62, set. 2018.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V. A.; LEAL, M. C. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 725-31, 2006.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1998.

BRASIL. Portaria nº. 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 85, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**: n. 119, Seção 1, p.67, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**: Seção 1, p. 668, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial União**: Seção 1, p. 68, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2019.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O. B.; BALDANI, M. H. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 140-157, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S011.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS)**. 2008

- CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00201515.
- 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.
- COSTA, R. M.; MEDEIROS, A. J.; COSTA, I. C. C.; PINHEIRO, I. V. A. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 51, p. 327-32, 2010.
- CRUZ, D. B.; GABARDO, M. C. L.; DITTERICH, R. G.; MOYSES, S. J.; NASCIMENTO, A. C. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da saúde bucal. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 168-75, abr./jun. 2009.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DALAZEN, C. E.; DE-CARLI, A. D.; MOYSES, S. J. Oral Health in the Family Health Strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23 n. 1, p. 325-37, 2018.
- EMMI, D. T.; LIMA, Z. S.; MIRANDA, M. S. L. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 67, p. 66-78, jan./mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.6718>.
- FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. M.; FACCHINI, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, n. 1, p. 109-15, 2011.

FERNANDES, A. S. Planejamento em saúde nas equipes de saúde bucal: análise do processo de trabalho e fatores associados. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal - RN, dez. 2018.

FERREIRA, L. R.; SILVA, J. A.; ARRIGOTTI, T.; NEVES, V. R.; ROSA, A. S. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

GABRIEL, M. *et al.* Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 859-68, 2020.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 81-99, set. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDES, C.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 1475-81, 2020.

GUERRA, M. C. D. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal nas unidades de atendimento odontológico de Benevides. 2011. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará/Universidade Federal do Amazonas, Belém – PA, fev. 2011.

HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1.

HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. B.; PORTO, H. S.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação

Externa do PMAQ-AB, 2012. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 2, p. 101-13, abr./jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE): banco de dados. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 10 dez. 2020.

KRUG, S. B. F.; LENZ, F.L.; WEIGELT, L.D.; ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

MARTELLI, P. J. L.; CABRAL, A. P. S.; PIMENTEL, F. C.; MACEDO, C. L. S. V.; MONTEIRO, I. S.; SILVA, S. F. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, 2008.

MARTINS, F. M. Educação Permanente em Saúde no interior do Estado do Amazonas: Estudo de Caso na Região de Saúde Rio Madeira/AM. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas. Manaus – AM, 31 ago. 2015.

MARTINS, P. H. S.; AMARAL JUNIOR, O. L. A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; TORRES, L. H. N.; UNFER, B.; GIORDANI, J. M. A. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. **Stomatos**, v. 23, n. 45, jul./dez. 2017.

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**, v. 19, n. 2, p. 373-82, 2014.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L.; Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial, p. 38-51, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S103.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1994.

MENDES, J.H. Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas Aplicada) – Faculdade de odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo, Bauru, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H.M.; RIMOLY, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007. p.37-55.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-20, 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-64, 2013.

PEREIRA, C. R. S.; PATRICIO, A. A. R.; ARAUJO, F. A. C.; LUCENA, E. E. S.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985-96, 2009.

PIMENTEL, F. C.; MARTELLI, P. J. L.; ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C.; ACIOLI, R. M. L.; MACEDP, C. L. S. V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 358-372, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S027.

PNUD. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras: 2016**. Brasília: PNUD/IPEA/FJP, 2016.

REIS, C. M. R.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; AMARAL, J. H. L.; WERNECK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil.

International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 12, p. 667-678, 2015. DOI:10.3390/ijerph120100667.

REIS, C. M. R.; MAMBRINI, J. V. M.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; AMARAL, J. H. L.; WERNECK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G. Primary dental care Evolution in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 77, p. 317-324, 2017. DOI: 10.1111/jphd.12210.

REIS, C. M. R.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; AMARAL, J. H. L.; WERNECK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G. Understanding oral health care team performance in primary care: A mixed-method study. **Plos One**, v. 14, n. 5, 30 mai. 2019.

SANTOS, N. M. L.; HUGO, F. N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4319-29, 2018.

SANTOS, T. P.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; ABREU, M. H. N. G.; MARTIS, R. C. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **Plos One**, v. 14, n. 4, 18 abr. 2019.

SHOTT, S. **Statistics for health professionals**. London: W.B. Saunders Company, 1990.

SILVA, S. F. *et al.* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 1, p. 211-220, 2011.

SOBRINHO, J. E. L.; MARTELLI, P. J. L.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 136-46, jan./mar. 2015.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-39, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M.; O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, abr. 2012.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R.; A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl, p. 225-264, 2005.

VIANA, I. B.; MOREIRA, R. S.; MARTELLI, P. J. L.; OLIVEIRA, A. L. S.; MONTEIRO, I. S. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000200015.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GØTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344-9, abr. 2008. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Básica do Terceiro Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Pesquisador: MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80477417.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.519.325

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal que será desenvolvido nos estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, como parte da avaliação externa proposta Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de uma parceria entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde com instituições de ensino e pesquisa do país, entre elas a UFMS. Para tanto, contemplará a avaliação externa das equipes de atenção básica, que se cadastraram no PMAQ-AB – 3º ciclo -, e solicitaram avaliação externa nos estados do MS e MT. Diante disso, serão obtidas informações estruturadas no âmbito das unidades básicas de saúde e da população, incluindo a estrutura, os profissionais e os usuários, atendendo aos propósitos da avaliação externa no âmbito do PMAQ-AB.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar condições de infraestrutura das unidades e qualidade da atenção básica em saúde e desenvolver metodologias de avaliação da atenção em saúde oferecida em sistemas e redes; Realizar pesquisa avaliativa de equipes participantes do Programa e da infraestrutura de unidades básicas de saúde em diversos municípios dos estados do Mato Grosso do Sul e Mato Grosso no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Desenvolver metodologias e tecnologias de avaliação da qualidade da atenção básica em diferentes contextos.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bloetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.519.325

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por tratar-se de pesquisa realizada por meio de entrevistas, os riscos registrados pelos proponentes, são considerados mínimos, "inerentes a esse tipo de estudo, como algum tipo de constrangimento por não saber responder a pergunta acerca da UBS e do processo de trabalho". Em relação aos benefícios, indicam, que os resultados subsidiarão ações para a qualificação e melhoria do trabalho e da infraestrutura da Atenção Básica nos estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, ampliando o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participarão do estudo os profissionais e usuários das equipes de Atenção Básica dos estados do Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, que solicitaram a inclusão no Terceiro Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, por meio do processo de contratualização junto ao Ministério da Saúde. Diante disso, serão excluídas as equipes que aderiram ao PMAQ, mas que no momento da coleta dos dados nenhum dos profissionais presentes concordar em participar do estudo, ou não estiverem presentes na Unidade de Saúde, bem como as equipes de AB com equipe de saúde bucal, que aderiram ao PMAQ, mas que no momento das entrevistas o profissional da equipe de saúde bucal estiver ausente ou recusar-se a participar do estudo. Por fim, apresenta cronograma, dados de financiamento e orçamento. Esses últimos de responsabilidade pactuada entre o Ministério da Saúde e a UFMS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE destinados aos usuários e profissionais contemplam as informações necessárias aos participantes.

Recomendações:

Informar ao CEP, após os editais de recrutamento, os participantes que farão parte do desenvolvimento da pesquisa, a recomendação deverá ser atendida pelo Pesquisador Responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Informar ao CEP, após os editais de recrutamento, os participantes que farão parte do desenvolvimento da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.519.325

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1038370.pdf	28/11/2017 12:40:21		Aceito
Outros	Comprovante_financiamento.pdf	28/11/2017 12:38:52	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/11/2017 07:55:36	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostopreenchida.pdf	27/11/2017 20:15:55	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf	27/11/2017 18:14:24	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Manualtrabalhodecampopmaq.pdf	27/11/2017 18:13:57	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuarios.pdf	27/11/2017 18:07:33	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais.pdf	27/11/2017 18:07:19	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacaomt.pdf	27/11/2017 18:00:28	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacaoms.pdf	27/11/2017 17:59:46	MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.519.325

CAMPO GRANDE, 28 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio

dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita,

de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O

documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre

demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados

apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5)

palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos,

com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo,

Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.
Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.