



---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
INTEGRADA**

---

**TÂNIA HARUMI UCHIDA**

**REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO SOBRE CONDUTAS PARA  
QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

**MARINGÁ  
2016**

**TÂNIA HARUMI UCHIDA**

**REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO SOBRE CONDUTAS PARA  
QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada apresentado à Universidade Estadual de Maringá como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.**

**Orientação: Profa. Dra. Mitsue Fujimaki**

**Co-orientação: Profa. Dra. Raquel Sano Suga Terada**

**Maringá  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

U17r Uchida, Tânia Harumi  
Revisão sistemática e metassumarização sobre condutas para qualificação da gestão em saúde bucal no Brasil / Tânia Harumi Uchida. -- Maringá, PR, 2016.  
119 f. : il. col. fig. tabs

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mitsue Fujimaki.  
Co-orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Sano Suga Terada.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, 2016.

1. Saúde bucal - Gestão. 2. Odontologia - Saúde bucal. 3. Gestão pública. I. Fujimaki, Mitsue, orient. II. Terada, Raquel Sano Suga, orient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada. IV. Título.

CDD 23.ed. 617.6

MRP-003561

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**TÂNIA HARUMI UCHIDA**

### **REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO SOBRE CONDUTAS PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada apresentado à Universidade Estadual de Maringá como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.

#### **BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Helena Baldani Pinto**

Departamento de Odontologia / Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Garcia Rodrigues**

Instituto de Cardiologia do RS / Fundação Universitária de Cardiologia – IC/ FUC

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mitsue Fujimaki**

Departamento de Odontologia / Universidade Estadual de Maringá – UEM

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha família que tanto amo. Aos meus pais por sempre me proporcionarem o que há de melhor, fazendo o possível e o impossível pela minha felicidade. Obrigada pai e mãe por apoiarem todos os meus sonhos, por serem exemplos de amor, carinho, humildade, compreensão e justiça. Enfim, por serem LUZ na minha vida.

As minhas irmãs, que além de laços sanguíneos somos unidas por laços de amizade. Sou grata por todas as conversas, discussões, por muitas vezes não concordarem com as minhas ideias e por serem um dos alicerces da minha vida. Sei que posso confiar em todas vocês. São as minhas parceiras de toda a vida e não é em vão sermos irmãs nesta vida. Temos muito amor e carinho uma com as outras. Amo vocês.

## **Agradecimento Especial**

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mitsue Fujimaki pelo carinho e amizade. A ela devo todas as oportunidades como acadêmica e agora como mestranda. Sou grata por todo carinho que sempre teve comigo, pela amizade que construímos ao longo desses anos de trabalho e por estar presente nos momentos importantes da minha vida. Obrigada por todos os ensinamentos, por todo conhecimento compartilhado, pelo exemplo de inteligência, sabedoria, profissionalismo e dedicação em tudo que faz. Agradeço pela orientação firme e segura, sempre estimulando todos os seus alunos a serem melhores. Continue sendo esse exemplo de ser humano, irradiando luz e alegria por onde passa. A professora é um grande espelho para mim e com certeza sempre terá um pedacinho da professora por onde eu passar. Muito obrigada!

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por estar vivo em meu coração, me orientando a seguir pelos caminhos por Ele traçado, por me fazer ter força nos meus momentos de fraqueza e pela graça de ter permitido concluir este trabalho. A Deus agradeço pela minha família, por tudo de maravilhoso que me proporciona e por nunca desistir de mim e dos meus sonhos.

A querida amiga e companheira de todas as quintas-feiras à noite, Uhana Seifert Guimarães Suga. Em palavras não é possível descrever o quanto te admiro, tanto como pessoa, como profissional. Sempre disposta a me ajudar no que fosse preciso. Sou extremamente grata por todo o trabalho que desenvolvemos juntas. Que Deus te conceda em dobro, tudo crescimento que me proporcionou.

A querida professora Dr<sup>a</sup> Raquel Sano Suga Terada, por ser essa pessoa tão cheia de carinho, transmitindo uma paz enorme por onde passa e por estar sempre disposta a ajudar. Obrigada por ser esse exemplo de dedicação e inteligência, sempre incentivando a sermos melhores.

A querida professora Dr<sup>a</sup> Renata Corrêa Pascotto com o seu olhar doce e carinhoso, obrigada pela amizade e ser um exemplo de sucesso. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e por estar presente na minha formação.

Todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, pelo privilégio de convivência durante as disciplinas, pelos ensinamentos, por todo conhecimento repassado. Sou grata por nos estimular a sermos melhores e tantas outras coisas que colaboraram tanto para o meu crescimento e formação, quanto a dos meus amigos de sala.

Ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá por oportunizar a realização da pesquisa.

Aos amigos que o mestrado me proporcionou: Aline, Arthur, Fernanda, Gabriel, Gustavo, Helena, Ilma Carla, Mayra, Nallu e Paula. Sem vocês o mestrado

não teria sido o mesmo, com certeza. Grata pela rica experiência de podermos dividir todo o nosso conhecimento ao longo desses 2 anos, por dividirmos momentos de alegria, felicidade, angústias e incertezas, ajudando um ao outro no que fosse preciso. Todos ficarão guardados para sempre em meu coração. Embora o momento de finalização do mestrado seja repleto de felicidade, é triste saber que a partir de agora em diante cada um vai tomar seu caminho, uns indo para longe, outros permanecendo próximos, mas que a amizade continue para todo o sempre.

Ao nosso grupo de pesquisa, por todo o apoio e amizade. É sempre muito gratificante trabalhar com pessoas inteligentes, cheias de alegria e com a mente e os corações abertos em compartilhar. Obrigada por permitirem que eu fizesse parte da formação de vocês e vocês na minha. Juntos somos mais forte.

A Dr<sup>a</sup> Josely Emiko Umeda, uma amiga querida que levarei por toda a vida. Sempre disposta a ajudar e com um coração que não cabe dentro de si. Obrigada pelos conselhos, pelas conversas, pela amizade e pelo carinho que sempre demonstrou ter por mim.

A Sônia Maria Borean Borghi, secretária do PGO/ UEM, por sempre ajudar e auxiliar os alunos nos momentos de dúvidas e confusão. Obrigada pelo carinho.

A Marília Zeczkowski por me ajudar nas buscas dos artigos na Faculdade de Odontologia - Universidade Estadual de Campinas (FOP/ Unicamp). Grata por todo empenho e carinho que teve por mim. Muito obrigada querida Marília, você foi essencial!

Expresso aqui também a minha enorme gratidão as professoras Dr<sup>a</sup> Márcia Helena Baldani Pinto e Dr<sup>a</sup> Clarissa Rodrigues por terem aceitado participar da minha banca. Sinto-me muitíssimo honrada e privilegiada por ter uma banca de tamanha grandeza e competência. A oportunidade de conhecê-las foi uma enorme alegria, se antes eu as conhecia apenas pelos artigos, poder ter tido a oportunidade de conhecê-las pessoalmente tornou essa banca ainda mais especial. Todas as considerações foram essenciais para a melhoria da qualidade do trabalho.



À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)  
pelas bolsas de estudos concedidas.

*A virtude da vida não está em fazer aquilo que se gosta,  
e sim gostar daquilo que se faz.  
Por isso seja forte,  
não como as ondas que tudo destrói,  
mas como as pedras que tudo suporta!*

Clarice Lispector

## RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar as condutas adotadas na Odontologia pelos gestores em saúde pública do Brasil, para uma atenção qualificada por meio de uma revisão sistemática e metassumarização. **MÉTODOS:** As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: PubMed, Embase, Web of Science, Scopus e Lilacs. Foi realizada busca manual nas referências dos textos completos recuperados e nas citações do Google Scholar para os mesmos artigos. Dois revisores avaliaram, independentemente, os títulos e resumos, e posteriormente os textos completos dos estudos incluídos para a determinação da elegibilidade de cada estudo, avaliaram a qualidade dos estudos e extraíram dados. As discordâncias foram resolvidas por meio de consenso realizado semanalmente na presença de um terceiro revisor, cabendo ao terceiro revisor a decisão final, caso a discordância persistisse. Foi realizada uma análise descritiva dos estudos incluídos, e foram criados códigos de análise, agrupamento dos achados relevantes, a partir dos quais foi calculada a frequência do tamanho de efeito (FE) dos temas e intensidade do tamanho de efeito (IE) dos estudos. **RESULTADOS:** Dos 17.586 referências recuperadas, foram incluídos 18 estudos qualitativos, 8 pesquisas de opinião e 2 estudos mistos. Os principais códigos identificados foram: na família Gestão Estrutural, “Diagnóstico e Planejamento em Saúde” (FE=82,14%); família Gestão do Cuidado, “Estratégia Saúde da Família” (FE=71,42%) e família Gestão do Trabalho, “Trabalho em equipe interdisciplinar” (FE=46,42%). Em relação à qualidade metodológica a maioria dos estudos apresentou baixo risco de viés. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que a qualidade dos trabalhos incluídos apresentou na sua maioria adequada, reforçando que essas condutas podem ser úteis ao planejamento e à tomada de decisão, para a melhoria na qualidade da gestão em saúde bucal no Brasil. Assim, essa revisão sistemática e metassumarização apontou várias evidências que podem contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

**Palavras-chaves:** Gestão Pública, Gestão em Saúde Bucal, Gestores em Odontologia.

## **ABSTRACT**

**AIM:** To identify the behaviors adopted in Dentistry by public health managers in Brazil, for a qualified care through a systematic review and metasummary.

**METHODS:** The following electronic databases were searched: PubMed, Embase, Web of Science, Scopus e Lilacs. We manually searched the references of full texts, as well as we retrieved and evaluated their citations using Google Scholar. Two reviewers independently evaluated titles and abstracts, and then full-texts manuscripts to determine study eligibility, assessed quality of the included studies and extracted data. Disagreements were resolved by consensus Carried out weekly in the presence of a third reviewer. The third reviewer being responsible for the final decision, in case the disagreement persisted. Descriptive analysis of the included articles was conducted, and we bred codes of analysis, grouping the relevant findings, from which was calculated the frequency effect size (FE) and intensity effect size (IE) of studies. **RESULTS:** Of the 17.586 studies retrieved, 18 qualitative studies, 8 surveys and 2 mixed methods studies. The main codes identified were: In the structural management family, "Diagnosis and Health Planning" (FE = 82.14%); family care management, "Family Health Strategy" (FE = 71.42%) and family work management, "Interdisciplinary teamwork" (FE = 46.42%). Regarding methodological quality, most of the studies presented low risk of bias. **CONCLUSION:** It was verified that the quality of the included works was presented, for the most part, adequate, reinforcing that these behaviors can be useful in planning and decision making, to improve the quality of oral health management in Brazil. Thus, this systematic review and metassumarization pointed to several evidences that may contribute to the improvement of health services.

**Keywords:** Public Management, Management in Oral Health, Managers in Dentistry.

## LISTA DE TABELAS

<b>Quadro 1</b>	Itens avaliados pelo CASP (2013).....	38
<b>Quadro 2</b>	Itens avaliados por Bennett <i>et al.</i> (2011).....	38
<b>Quadro 3</b>	Itens avaliados por O’Cathain <i>et al.</i> (2008).....	38
<b>Figura 1</b>	Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	43
<b>Tabela 1</b>	Características dos Estudos Qualitativos (N=18).....	44
<b>Tabela 2</b>	Características dos Estudos - Surveys (N=08).....	46
<b>Tabela 3</b>	Características dos Estudos – Estudos Mistos (N=02).....	46
<b>Figura 2</b>	Número de artigos de gestão em saúde bucal no Brasil, que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa, no período de 2005-2015.....	47
<b>Figura 3</b>	Distribuição do número de trabalhos por região no Brasil.....	47
<b>Tabela 4</b>	Avaliação da Qualidade de Estudos Qualitativos, de acordo com o CASP (N=18).....	49
<b>Tabela 5</b>	Avaliação da Qualidade das Surveys, de acordo com Bennett (N=08).....	51
<b>Tabela 6</b>	Avaliação da Qualidade dos Estudos Mistos, de acordo com O’Cathain (N=02).....	53
<b>Tabela 7</b>	Organização e definição dos códigos.....	54
<b>Tabela 8</b>	Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas – Gestão Estrutural.....	57
<b>Tabela 9</b>	Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas – Gestão do Cuidado.....	60
<b>Tabela 10</b>	Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas – Gestão do Trabalho.....	64
<b>Tabela 11</b>	Intensidade de tamanho de efeito com relação a todos os códigos e códigos com tamanho de efeito > 25%.....	68

## SUMÁRIO

<b>1. REFERÊNCIAS TEÓRICOS.....</b>	<b>15</b>
1.1) Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) .....	15
1.2) Qualificação da Gestão em Saúde Bucal no estado do Paraná .....	18
1.3) Pesquisa Qualitativa, Pesquisa de Opinião ( <i>Survey</i> ) e Estudos Mistos ..	20
1.4) Referências Bibliográficas .....	28
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
3.1) Protocolo e Registro .....	35
3.2) Critérios de Elegibilidade .....	35
3.3) Fontes de Informação .....	36
3.4) Estratégia de busca .....	36
3.5) Seleção dos estudos .....	36
3.6) Avaliação de qualidade dos estudos .....	37
3.7) Extração dos dados .....	40
3.8) Análise dos dados .....	40
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1) Seleção dos estudos .....	41
4.2) Características dos estudos .....	44
4.3) Avaliação da qualidade dos estudos .....	48
4.4) Frequência de tamanho de efeito .....	54
4.5) Intensidade de tamanho de efeito .....	68
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>6. LIMITAÇÃO.....</b>	<b>77</b>

<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
<b>9. APÊNDICE A.....</b>	<b>86</b>
<b>10. APÊNDICE B.....</b>	<b>98</b>
<b>11. APÊNDICE C.....</b>	<b>101</b>
<b>12. APÊNDICE D.....</b>	<b>104</b>
<b>13. APÊNDICE E.....</b>	<b>109</b>
<b>14. APÊNDICE F.....</b>	<b>112</b>
<b>15. APÊNDICE G.....</b>	<b>115</b>
<b>16. APÊNDICE H.....</b>	<b>117</b>

## 1. REFERÊNCIAS TEÓRICOS

### 1.1. Política Nacional de Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em curso no Brasil no início da segunda década do século XXI se consolida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações<sup>1</sup>.

A PNSB foi se definindo dentro de um contexto histórico marcado por um processo coletivo vinculado aos Movimentos da Reforma Sanitária e a articulação das forças partidárias<sup>2</sup>. Os momentos estratégicos dessa construção foram os debates e proposições originadas nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, as quais, com suas etapas municipais, regionais e estaduais envolveram dezenas de milhares de cidadãos brasileiros<sup>3</sup>. O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986<sup>4</sup>. A partir de 1986, com o movimento da reforma sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde/doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando, assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde<sup>1</sup>. A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais<sup>4</sup>.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada por meio de algumas medidas que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois o SUS em 1988. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco



impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu<sup>4</sup>.

Nesse contexto, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994<sup>1</sup>. Em 1994, como estratégia para reorientar o modelo assistencial brasileiro que se caracterizava pela prática hospitalocêntrica, utilização irracional dos recursos tecnológicos e baixa resolutividade foi criado o PSF. Esta concepção da expansão e qualificação da atenção básica supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe. O PSF teve como antecedente o PACS, lançado em 1991, a partir do qual a ação já era centrada na família. Os bons resultados, principalmente na redução do índice de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e resolutividade das ações<sup>5</sup>. Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente porque programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>6</sup>. Trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de coresponsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade<sup>1</sup>. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersectorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços<sup>7</sup>.

As equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas no ESF através da Portaria 1.444/GM de 2000, seis anos após o início do Programa. É garantido incentivo financeiro federal para a implantação de 1 ESB para cada duas Equipes de Saúde da Família já existentes, o que significava, em média, um contingente de 6800 habitantes para serem atendidos por uma única equipe de saúde bucal. Porém, uma grande melhora ocorreu com a publicação da Portaria GM nº 673 de 3 de junho de

2003, em que se estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias desde que não ultrapassem o número existente de ESF<sup>5</sup>. A inserção da saúde bucal na Estratégia representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial<sup>1</sup>.

A partir de 2001, com a inserção das ESB na ESF somado ao lançamento do projeto Brasil Sorridente em 2004, o governo brasileiro dá um passo importante no desafio de tentar reorganizar a atenção à saúde bucal prestada à população brasileira<sup>5</sup>. O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) no primeiro ano de governo e integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da Portaria 2.607, de 10/12/2004 do MS. Nesse documento, foi enfatizada a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, sublinhada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia, e identificados os princípios norteadores e as linhas de ação previstas<sup>8</sup>.

A linha de ação com maior visibilidade da PNSB é a relacionada com a ampliação da atenção secundária, historicamente residual nas políticas públicas do setor. Refere-se aos CEO – Centros de Especialidades Odontológicas que a partir de 2004 começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, com base na Portaria MS/GM-1.570, com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados<sup>2</sup>. A Portaria MS-2.607/04 define os CEO como “unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica”, ofertando, “de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos, periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.” Os CEO são, portanto, unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da

atenção odontológica básica, e estão integrados ao processo de planejamento locoregional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal<sup>8</sup>.

Dessa forma, as diretrizes da PNSB apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, centrada na promoção da qualidade de vida<sup>7</sup>. Para que a PNSB, que se expressa operacionalmente no Programa Brasil Sorridente, possa aproximar o texto das suas diretrizes das necessidades dos brasileiros, traduzindo-se em ações concretas, não poderá ficar restrita nem à saúde da família, no plano da atenção básica, nem aos CEO, na atenção secundária. Terá, necessariamente de ir além e operar, concomitantemente no âmbito das micropolíticas e no das macropolíticas, produzindo transformações tanto nos serviços de saúde, nas relações que concretamente se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários do SUS, quanto nas políticas públicas<sup>9</sup>.

## **1.2. Qualificação da Gestão em Saúde Bucal no estado do Paraná**

No estado do Paraná as 22 Regionais de Saúde, desde 2012, vem qualificando os gestores, cirurgiões-dentistas e equipe auxiliar por meio do “Curso Qualificação da Gestão em Saúde Bucal do SUS”, utilizando ferramentas de diagnóstico, com o intuito de auxiliar o gestor. O instrumento de diagnóstico (Apêndice A) proposto é composto por 3 pilares da gestão: gestão estrutural, gestão do cuidado e gestão do trabalho. Cada pilar abrange 6 tópicos, totalizando 18 componentes, os quais, por sua vez, apresentam-se com três cenários de desenvolvimento distintos: Cenário 1: situação precária; Cenário 2: situação intermediária e Cenário 3: situação ideal. Este instrumento é de simples preenchimento e implica na identificação do cenário que o município mais se aproxima em cada um dos 18 componentes, visando nortear a reflexão, a busca de informações, a realização de um planejamento adequado, baseado numa situação ideal, o cenário 3. O instrumento de diagnóstico da gestão da saúde bucal é uma importante ferramenta para auxiliar gestores no planejamento adequado e elevar a gestão ao grau de importância devida<sup>10</sup>.

A construção do instrumento de diagnóstico seguiu os seguintes passos:

**Passo 1:** Um grupo de professores universitários da Universidade Estadual de Maringá com diferentes competências (um deles com experiência em gestão de

saúde pública, um com experiência em ensino de saúde pública e outro com experiência em clínica odontológica) iniciou a construção deste instrumento. Esse grupo se reunia semanalmente e buscavam soluções para os diferentes tipos de problemas como: financiamento, planejamento, recursos humanos, cuidados de saúde, entre outros.

**Passo 2:** As ideias semelhantes foram reunidas, construindo 3 pilares principais: gestão estrutural, gestão de cuidados, gestão do trabalho. Além disso, em cada pilar, todos os tópicos relacionados com cada pilar foram identificados como um componente deste pilar.

**Passo 3:** *Esclarecendo as ideias:* Para cada componente do pilar, foi feito um profundo estudo e reflexão sobre como poderíamos ajudar a equipe de saúde e gerentes a identificar seus problemas, com uma abordagem educativa. De acordo com uma experiência prévia com um programa de reorientação chamado PRÓ-Saúde, o mesmo processo foi realizado no Curso de Odontologia. Em seguida, foram criados 3 cenários diferentes para cada tópico, com uma situação ideal, uma situação intermediária e uma situação precária sobre a equipe ou a situação do município.

**Passo 4:** *Testando o instrumento:* Depois de um rascunho estar pronto, o instrumento começou a ser testado com diferentes pessoas com uma longa experiência de gestão em diferentes níveis: pesquisadores universitários, gestores na região. Foi feita uma entrevista pessoal ou enviando por e-mail. Este instrumento também foi testado com pós-graduandos, profissionais e gestores locais, regionais, estaduais e federais.

**Passo 5:** *Utilização do instrumento:* O instrumento foi utilizado como orientação para um curso de Gestão onde os participantes estudaram o conteúdo de cada tópico, identificaram o cenário e propuseram estratégias para mudar para uma situação melhor. O instrumento guiou o seu planejamento quando os guiou, considerando a lacuna entre sua situação e o cenário ideal. Depois disso, o instrumento foi aprovado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e pelos coordenadores regionais e municipais de saúde bucal. As modificações do instrumento serão feitas de acordo com diferentes fases do curso e serão ininterruptas.

### 1.3. Gestão em Saúde Bucal no Brasil

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente visam a qualificação da Atenção Primária em Saúde, a integralidade das ações, o trabalho com base na vigilância em saúde, o planejamento das ações de acordo com a epidemiologia e as informações do território, o financiamento e a elaboração de agenda de pesquisa para que se atue com base em evidências científicas. Aquilante e Aciole (2015)<sup>11</sup> investigaram as perspectivas de gestores e profissionais de saúde bucal dos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) acerca do cuidado em saúde bucal após o lançamento da PNSB – Brasil Sorridente. Foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde bucal e observação dos serviços. Cerca de 10 anos após o lançamento da PNSB, embora o cuidado e as ações de saúde bucal tenham sido ampliados e venham sendo qualificados, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar seus pressupostos.

Os mesmos autores, Aquilante e Aciole (2015)<sup>12</sup> pesquisaram o processo de implantação da PNSB - Brasil Sorridente nos mesmos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III). A metodologia utilizada foi de pesquisa quanti-qualitativa, no enfoque de triangulação de métodos. E concluíram que dez anos após o lançamento da PNSB, embora tenham sido identificados avanços no cuidado em saúde bucal e no acesso aos serviços dos diferentes níveis de atenção, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar seus pressupostos.

O planejamento é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária<sup>13</sup>. O Planejamento em Saúde é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o SUS, e está voltado à promoção de melhorias das condições de saúde e vida da população<sup>14</sup>. Padilha *et al.* (2005)<sup>15</sup> descreveram as características do planejamento, programação e avaliação em Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. O estudo qualitativo entrevistou 74 profissionais, entre secretários de saúde, gerentes de PSF, cirurgiões-dentistas, superintendentes e supervisores dos núcleos. Esses profissionais foram selecionados a partir de 12 municípios sorteados e que possuíam núcleos regionais da Secretaria de Saúde do estado. Pode-se verificar que as atividades de planejamento e prorrogação adequadas ainda são raras e o mesmo ocorre com as

propostas de avaliação, entretanto foram encontradas propostas de trabalho consistentes, em fase de implantação.

Araújo e Dimenstein (2006)<sup>16</sup> analisaram o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas (CDs) inseridos no PSF de municípios do Rio Grande do Norte e buscaram conhecer e compreender a experiência de trabalho que estes profissionais desenvolvem no Programa. Foram realizadas 21 entrevistas com CDs orientadas por um roteiro semi-estruturado, com perguntas abertas e composta de dados de identificação. Os autores verificaram que existe a necessidade de motivar os CDs a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Em dois municípios do estado da Bahia, Chaves e Silva (2007)<sup>17</sup> analisaram os meios e processos de trabalho dos CDs inseridos na atenção básica e identificaram em que medida fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto a nove cirurgiões-dentistas em ambos os municípios. A incorporação dos CDs entrevistados ao campo público da saúde parece incipiente e relacionada menos com a formação profissional e com a trajetória social do que com a existência de uma situação de governo e de gestão favoráveis à reorganização das práticas assistenciais na direção de um novo modelo assistencial.

Nascimento *et al.* (2008)<sup>18</sup> avaliaram as mudanças nas práticas de saúde bucal após implementação do PSF nas cidades de Campinas e Curitiba. Estudo qualitativo realizado por meio de grupos focais constituídos por 58 CDs atuantes em PSF há pelo menos três anos. Os dois municípios apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde. Não obstante, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades. Os gestores locais dos serviços de saúde e os coordenadores municipais de saúde bucal, devem atuar com maior intensidade ao definir prioridades em políticas públicas de saúde local.

Cavalcanti *et al.* (2012)<sup>19</sup> identificaram a percepção sobre o Planejamento em Saúde Bucal (PSB) dos CDs da Atenção Básica (AB) de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil. Foram entrevistados 17 CDs e o conhecimento dos CDs sobre PSB apresenta uma variabilidade de conceitos. Há entendimento limitado sobre a

resolutividade. Percebe-se a atuação do controle social de forma incipiente e pouco expressiva. Entende-se que a organização do PSB local assume caráter diverso, devendo-se basear nas demandas dos usuários.

Sá *et al.* (2015)<sup>14</sup> analisaram a articulação entre a teoria e a prática do planejamento em saúde bucal, nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Lages, Santa Catarina. Foi realizado um estudo de caso com 23 CDs e a gerência da ESF, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental do plano municipal de saúde. Verificaram que existe a necessidade de uma articulação entre os preceitos do SUS e uma prática de planejamento que legitime e fortaleça o trabalho das equipes de saúde da família. Demonstraram que a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS se apresenta de forma desarticulada ao processo de organização dos demais serviços de saúde, devido à ausência de planejamento em saúde.

O planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das Unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território<sup>13</sup>. Vieira *et al.* (2013)<sup>20</sup> buscaram por meio de entrevistas semiestruturadas identificar a opinião de profissionais de odontologia do município de Itapira (SP) a respeito da municipalização da saúde e seu significado. Foram entrevistados oito participantes entre CDs e auxiliares de saúde bucal, com trajetória de atuação no serviço municipal de saúde anterior à criação do SUS. Os entrevistados perceberam, na concretude de sua ação cotidiana, o impacto positivo da municipalização na organização do serviço público odontológico.

Inserida na PNSB as ações intersetoriais é uma estratégia importante para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. Moretti *et al.* (2010)<sup>21</sup> exploraram as ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na rede Municipal de Saúde de Curitiba (PR) e analisaram a percepção dos gestores locais ligados a estas equipes sobre a intersetorialidade. Utilizou-se um modelo de estudo transversal de metodologia quantitativa e qualitativa. Com isso observaram que a ESF é facilitadora de ações intersetoriais e que, apesar das dificuldades, a intersetorialidade é uma forma de trabalho desafiadora, mas possível de tornar-se realidade.

A ESF é uma estratégia para a reorganização da atenção básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas,

situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde<sup>22</sup>. A saúde bucal foi inserida na ESF no ano 2000, o que levou à reflexão sobre a organização do trabalho e a atuação do CD frente à formação individual, curativista, biologicista e fragmentada, hegemônica nas instituições de ensino, muitas vezes privilegiando os aspectos técnicos e teóricos de sua atuação profissional.

Na microrregião Sudeste do Brasil, Mattos *et al.* (2014)<sup>23</sup> discutiram a inclusão da saúde bucal na ESF, sob a perspectiva dos recursos humanos. Foram aplicados questionários aos integrantes do serviço de saúde bucal: dentistas, auxiliares e gestores. O instrumento considerou três dimensões: como e porque se adotou o novo modelo, como o serviço está se reorganizando e que avanços foram percebidos pelos profissionais. Os municípios da microrregião ainda enfrentam percalços para que o funcionamento do serviço de saúde bucal, após a Saúde da Família, apresente avanços reais nas práticas de atenção. Porém, os avanços existem e estes devem ser reforçados, para consolidação do sistema de saúde e melhoria na qualidade de vida da população.

Baldani *et al.* (2005)<sup>24</sup> analisaram o perfil de implantação da Odontologia no PSF no Estado do Paraná, Brasil, um ano após a entrada em vigor da Portaria n. 1.444 do Ministério da Saúde (MS). Para tanto, delineou-se um estudo que envolveu os 136 municípios que tinham implantado Equipes de Saúde Bucal no PSF até o início de 2002. Observaram que os principais problemas e dificuldades que vêm sendo vivenciados pelas equipes de saúde bucal não são exclusivos da odontologia enquanto campo da saúde, mas refletem o que se apresenta na implementação do PSF como um todo.

Rodrigues *et al.* (2011)<sup>25</sup> buscaram compreender como se organiza o trabalho da Equipe de Saúde Bucal na ESF em um município do semiárido baiano, buscando refletir sobre os limites de articulação entre a formação do profissional e as práticas desenvolvidas no serviço de saúde, considerando os recursos humanos, recursos físicos e materiais, além de discutir as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que atuam na ESF. O serviço ainda vem se desenvolvendo, em alguns aspectos, arraigado no modelo individual curativista, comprometendo a resolutividade e a integralidade da atenção; os profissionais de saúde que atuam na ESF, inclusive os de Saúde Bucal, são capacitados após inserção na estratégia, não havendo um preparo prévio para a sua inclusão nas equipes.



No estado do Rio Grande do Norte, Souza e Roncalli (2007)<sup>26</sup> avaliaram por meio de questionários a incorporação da saúde bucal no PSF. Participaram da pesquisa de opinião 44 gestores e concluíram que políticas públicas que contemplam aspectos além dos pertinentes ao setor saúde são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais. Lourenço et al. (2009)<sup>27</sup> analisaram aspectos administrativos e operacionais das ESB no PSF no Estado de Minas Gerais. O estudo proposto foi de natureza quantitativa e qualitativa. Como pontos positivos, observaram que o princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, possibilitando maior acesso aos serviços de saúde bucal e, como pontos negativos, a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho e a falta de envolvimento entre ESB e ESF.

Correa *et al.* (2010)<sup>28</sup> identificaram as potencialidades e limites do planejamento da equipes de saúde bucal na ESF para viabilizar as ações de saúde bucal em um município amazônico. Para isto foi realizada uma pesquisa qualitativa, com dados tratados por perspectiva hermenêutica dialética, oriundos da análise das entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde, com o Coordenador de Saúde Bucal e com os dentistas que compunham as Equipes de Saúde Bucal e da análise documental das atas do Conselho Municipal de Saúde (2002 a 2008), dos Planos Municipais de Saúde (2002 a 2008) e dos Relatórios de Gestão (2003 a 2007). A pesquisa permitiu a identificação de pontos de enfraquecimento do programa dentro de seu contexto organizacional, sendo possível a partir dos seus resultados o redirecionamento das ações de maneira a atingir os objetivos.

Pimentel *et al.* (2010)<sup>29</sup> analisaram o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário VI do município de Recife (PE), no ano de 2006. Realizou-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com seis coordenadores distritais de saúde bucal, doze CDs e seis enfermeiros, totalizando 24 entrevistas que representavam os seis distritos sanitários do Recife. Apesar das dificuldades para o cumprimento das práticas estabelecidas pela PNSB, percebe-se uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal, sendo necessários ajustes e correções nas atividades das equipes, além de uma maior participação dos demais níveis de gestão para o exercício pleno da saúde bucal na ESF.

Fernandes *et al.* (2015)<sup>30</sup> tiveram o propósito de conhecer a percepção de CDs atuantes na ESF em relação ao trabalho multiprofissional. O estudo

caracterizou-se como exploratório e descritivo com abordagem qualitativa dos dados. O público alvo foram profissionais graduados em Odontologia, inseridos na rede pública (ESF), com pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ou outras áreas. Observou-se a necessidade de uma mudança no paradigma de formação dos futuros CDs, através da reformulação de grades curriculares, onde o acadêmico saia preparado para se inserir em uma equipe e trabalhar com um olhar multiprofissional. É interessante também ressaltar a necessidade de educação permanente em serviço para os profissionais já inseridos na ESF.

Santos *et al.* (2007)<sup>31</sup> discutiram as linhas de tensões do processo de acolhimento das equipes de saúde bucal, no PSF, no Município de Alagoinhas, Bahia, tomando como eixo orientador os fluxogramas analisadores do processo de trabalho em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Os sujeitos do estudo foram 17 pessoas: grupo I (cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultórios dentários - 6); grupo II (outros trabalhadores de saúde - 6); grupo III (usuários - 5). As equipes de saúde bucal imprimiram diferentes formas de acolhimento, ficando na dependência do compromisso e da singularidade dos sujeitos que atuam na prática.

Santos e Assis (2006)<sup>32</sup> analisaram os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. A metodologia foi de natureza qualitativa, numa perspectiva histórico-social. Os materiais empíricos foram entrevistas com trabalhadores, gestores e usuários, observação da prática e fontes documentais. A prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção.

Os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade só podem ser viabilizados com a construção de um modelo de financiamento flexível e transparente que permita o controle social e ofereça a agilidade no uso dos recursos. Moimaz *et al.* (2008)<sup>33</sup> analisaram as dificuldades e desafios do financiamento da saúde bucal na ótica de gestores e técnicos da área. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas. Participaram desta pesquisa: um técnico da esfera estadual e três gestores municipais de saúde de três municípios,

pertencentes à DRS-II, região noroeste do estado de São Paulo, escolhidos aleatoriamente. A dificuldade na realização completa do plano previsto de gestão, assim como a necessidade de compromisso por parte dos gestores em acompanhar as etapas de todo processo de repasse financeiro e aplicação do mesmo.

Os serviços de atenção primária à saúde e o acesso aos serviços especializados, também usualmente referidos como de média/ alta complexidade, apresentam-se como uma dificuldade em vários municípios brasileiros, tendo em vista as questões gerenciais envolvidas que incluem a força de trabalho, os custos e a densidade tecnológica exigida. Aguilera *et al.* (2013)<sup>34</sup> buscaram compreender a prática discursiva de gestores em relação à articulação entre os níveis de atenção primária e de média/alta complexidade dos serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa com 17 gestores de saúde da RMC. A dificuldade no acesso aos serviços de média/ alta complexidade promove interrupção na continuidade das linhas de cuidado, as quais visam à integralidade da atenção em saúde e implicam a adequada coordenação da atenção primária articulada à atenção especializada de segundo e/ou terceiro níveis de densidade tecnológica.

Segundo Pucca Jr (2006)<sup>35</sup> a PNSB preconiza a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como estratégia principal na oferta de atenção especializada no serviço público. Rossi e Chaves (2015)<sup>36</sup> analisaram a implementação dos CEOs em dois municípios com 100% de cobertura da Atenção Básica na Bahia, por meio de entrevistas semi-estruturadas. A investigação ratificou o protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal, como a PNSB. Aponta-se que, para o êxito das políticas públicas de saúde e o bom desempenho dos serviços de saúde, a gestão exerce um papel central.

Em um estudo realizado em Fortaleza, no Ceará, Lessa e Vettore (2010)<sup>37</sup> analisaram o grau de adequação da gestão da AB em saúde bucal no município, entre 1999 e 2006. Por meio de um questionário aplicado aos gestores municipais em saúde bucal, concluíram que o município de Fortaleza apresentou adequação da gestão da atenção básica (AB) em saúde bucal ao modelo de vigilância em saúde. Entretanto, o declínio na utilização de serviços odontológicos associado à estabilidade dos indicadores de cobertura e assistência odontológica sugere a

necessidade de sistematizar atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal na AB.

Colussi e Calvo (2011)<sup>38</sup> apresentaram um modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da AB em saúde bucal e testar sua aplicabilidade em municípios de diferentes portes no Estado de Santa Catarina, Brasil. O modelo tem duas dimensões – Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. A primeira é composta pelas subdimensões “Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura”. A segunda tem as subdimensões de “Promoção e Prevenção e de Diagnóstico e Tratamento”, no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso). Foram enviados questionários aos 207 municípios que participaram da avaliação. O modelo mostrou-se não só aplicável como de grande utilidade para municípios de diferentes portes, possibilitando a identificação dos pontos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações em saúde bucal. Outra importante contribuição se refere à sensibilização desses gestores quanto à necessidade de melhoria na qualidade do registro dos dados.

A organização do SUS pauta-se atualmente pela estruturação de redes de atenção à saúde e a atenção à saúde bucal constitui-se uma rede temática em processo de consolidação. Neste contexto, Godoi *et al.* (2013)<sup>39</sup> analisaram a organização da rede de atenção à saúde bucal em um município catarinense de grande porte, identificando seus elementos constitutivos e a integração entre estes. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos através de um questionário estruturado, aplicado ao gestor municipal de saúde bucal. O município possui uma ampla gama de pontos de atenção à saúde em todos os níveis de atenção e ferramentas para integração dos serviços e reorientação da atenção básica. No entanto, apresenta como necessidades a superação de fragilidades nos sistemas logísticos e de governança e a ampliação das equipes de saúde bucal inseridas à estratégia saúde da família, operando segundo princípios de vigilância à saúde.

Mello *et al.* (2014)<sup>40</sup> caracterizaram a construção da rede regionalizada de saúde, focalizando a atenção à saúde bucal e identificando dificuldades e avanços na sua implementação. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, entrevistando cinco profissionais de saúde no exercício de atividades no SUS, na atenção primária e secundária, cinco gestores do SUS, dos

níveis estadual e municipal, especificamente no âmbito da saúde bucal e cinco professores do Curso de Odontologia da UFSC, com experiência em gestão e integração ensino-serviço. Os elementos recolhidos neste estudo indicam a implantação da rede regionalizada de atenção como condição para levar o cuidado à saúde bucal a um novo patamar de atenção e assistência.

Godoi *et al.* (2014)<sup>41</sup> analisaram a rede de atenção à saúde bucal em municípios com mais de 100 mil habitantes de Santa Catarina, Brasil, pela identificação e integração de seus elementos constitutivos. Dados primários foram obtidos por meio da aplicação de questionário aos gestores municipais de saúde bucal. Os municípios ofertam serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, mas encontram-se em distintos estágios de implementação da rede. Também realizam algumas ações para consolidação desta, como inserção de ferramentas para integração dos serviços de atenção básica aos especializados e reorientação da atenção básica, como coordenadora da rede. As limitações incluem dificuldade em definir a população da rede de acordo com critérios epidemiológicos, fragilidade dos sistemas logísticos e de governança, além da necessidade de ampliação das equipes de saúde bucal na ESF, operando segundo princípios de vigilância à saúde.

Dessa forma, é preciso otimizar o processo gerencial, qualificar os gestores para o exercício da gestão, implementar e assegurar as mudanças na gestão do SUS, trabalhar em equipe multidisciplinar, priorizar e melhorar a qualidade da assistência prestada à população.

#### **1.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília; 2006. [acessado 21 de outubro de 2016]. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)

2. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Ver Tempus Actas Saúde Colet.* 2011;5(3):21-34.

3. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009;33(81):64-71.
4. Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 200.
5. Gigante EC, Guimarães JP. A trajetória da Saúde Bucal pelas Políticas Públicas no Brasil a partir da criação do SUS. *Cad Saúde Desenvol*. 2013;3(2):66-77.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. [acessado 21 de outubro de 2016]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf)
8. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Frazão P, Narvai PC. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Rev Saúde Debate*. 2009;33(81):64-71.
10. Lolli LF, Terada RSS, Forestieiro RP, Krieger L, Pucca Jr GA, Fujimaki M. Propostas dos coordenadores regionais de saúde bucal do Paraná para a qualificação da gestão do SUS. In: Anais da 48ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico; 2013 ago 21-23; Rio de Janeiro, Brasil. Revista da Abeno; 2013. p. 95.
11. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Jan;20(1):239–48.

12. Aquilante AG, Aciole GG. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(1):82–96.
13. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde – Brasília: CONASEMS; 2009. 200p.
14. Sá CR, Kuhnen M, Santos IF, Arruda MP, Toassi RFC. Planejamento em Saúde Bucal na atenção primária à Saúde: da teoria à prática. *Rev. APS*. 2015 jan/mar; 18(1): 92 - 101.
15. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Rev Pesqui Bras em Odontopediatria e Clínica Integr*. 2005;5(1):65–74.
16. Araújo YP de, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219–27.
17. Chaves CL, Silva MV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal : o caso de dois municípios da Bahia Professional practices in public dental healthcare : case study of two municipal districts , Bahia State , Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12:1697–710.
18. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: A change of practices or semantics diversionism [Saúde bucal na estratégia de saúde da família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009;43(3):455–62.
19. Cavalcanti YW, Júnior RL, Delmondes LN, Prado RL, Padilha WWN. Oral health planning in João Pessoa municipality , Paraíba State : Dental surgeons as protagonists of Basic Care. *Acta Sci*. 2012;34(2):221–5.

20. Vieira V, de Andrade FR, de Castro CGJ, Bighetti TI, Narvai PC. Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. *Saude e Soc.* 2013;22(3):795–803.

21. Moretti AC, Bueno RE, Moysés SJ, Moysés ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR) Intersectoriality in health promotion actions carried out by the oral health team of Curitiba, Paraná State. *Oral Health.* 1827;1827–34.

22. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A inserção da saúde bucal no PSF. *Rev Bras Odont Saúde Colet.* 2001;2(2):13-29.

23. Mattos GCM, Ferreira EFE, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet [Internet].* 2014;19(2):373–82.

24. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. 2005;21(4):1026–35.

25. Rodrigues AAAO, Assis MMA, Nascimento MAA, Fonsêca GS, Siqueira DVS. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município semiárido baiano. *Ver Baiana Saúde Pública.* 2011;35(3):695-709.

26. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica [Internet].* 2007 Nov;23(11):2727–39.

27. Lourenço E do C, Silva ACB, Meneghin M de C, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet [Internet].* 2009;14:1367–77.



28. Correa RP, Parente RCP, Moysés NMN. Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico. *Saúde Transform Soc.* 2010;1(1):75–80.
29. Pimentel FC, Moura R, Acioli L. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI , Recife ( PE ) Analysis of oral health attention in the Family Health Strategy of the Sanitary District VI , Recife , Pernambuco State. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2010;15:2189–96.
30. Fernandes EGS, Masiero AV, Kuhnen M. Percepção de cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho multiprofissional. *Rev Gepesvida.* 2015;1(2):56–70.
31. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(1):75-85.
32. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica [Internet].* 2007 Nov;23(11):2727–39.
33. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJ, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa analysis. *Rev Adm Publica.* 2008;42(6):1121–35.
34. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev Adm Pública [Internet].* 2013 Aug;47(4):1021–40.
35. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ver Ciênc Saúde Colet.* 2006;11(1):243-246.

36. Rossi TRA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/ Brasil. Ver Saúde Debate. 2015;39(especial):196-206.
37. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde e Soc [Internet]. 2010 Sep;19(3):547–56.
38. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 Sep;27(9):1731–45.
39. Godoi H, de Mello ALSF, Caetano JC, Zanardi E. Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte. Saúde Transform Soc. 2013;4(4):69–77.
40. Mello ALSF, de Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. [Oral health care in the health network and the regionalization process]. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(1):205–14.
41. Godoi H, Mello ALSF de, Caetano JC. Rede de atencao a saude bucal: organizacao em municipios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 Feb;30(2):318–32.

## 2. INTRODUÇÃO

Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tem por objetivo prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizada de serviços de saúde<sup>1</sup>. Inserida no SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é a principal política pública destinada a saúde bucal no Brasil, também conhecida como Brasil Sorridente, foi lançada em 2004 e sob sua iniciativa a saúde bucal foi designada como uma das áreas prioritárias do SUS<sup>2</sup>. Esta política tem sido construída há anos no Brasil por vários setores da sociedade, ligados aos movimentos sociais por profissionais de saúde públicas e organizações avançadas<sup>3</sup>.

Com a PNSB visualizou-se a possibilidade da criação de novos vínculos entre atores sociais do SUS: trabalhadores de saúde, gestores e comunidade. Esse cenário ilustra a importância da inserção da Odontologia no SUS, como estratégia de transformação da prática, introduzindo novos conceitos, conteúdos e formas de organização e buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população<sup>4</sup>. Porém, ao focarmos no setor público de saúde e, mais especificamente no papel dos gestores é importante ressaltar que são dependentes de regulamentações que muitas vezes restringem sua autonomia. Imprimisse-se a necessidade de novos modos de gestão em saúde no sentido de ultrapassar a predominância das formas tradicionais que não atendem a perspectiva do modelo de atenção proposto pela PNSB<sup>5</sup>. Além disso, não só os profissionais que ocupam cargos de gestão em nível federal, estadual, municipal e local, o CD também desempenha um importante papel na liderança de sua equipe, sendo responsável por construir, conscientizar, qualificar, motivar cada membro para uma gestão eficiente, transparente, otimizando recursos, incentivando o protagonismo, melhorando o cuidado e a autonomia da população para a manutenção da sua saúde.

Dessa forma, a gestão pública em Odontologia é um importante tema quando se pensa em implantação de ações de saúde bucal compatíveis aos princípios e diretrizes do SUS. Enquanto fator estratégico a gestão pública dos serviços odontológicos necessita ser utilizada de maneira adequada<sup>6</sup>. Logo, o gestor despreparado representa um dos nós críticos do serviço público, pois propicia

discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde<sup>7</sup>. Pouca importância tem sido dada ao papel do gestor e à qualificação da gestão na saúde bucal como forma de melhorar a atenção à saúde da população. Até onde sabemos não existem trabalhos na literatura que evidenciem, por meio de uma revisão sistemática e metassumarização, condutas adotadas por gestores, na Odontologia, para a qualificação da gestão pública brasileira.

A complexidade do SUS, as dificuldades regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do SUS<sup>8</sup>. A dificuldade dos gestores para promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional tem levado a problemas no acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade<sup>9</sup>. Consequentemente diversos usuários não usufruem do direito universal à saúde. Assim, a gestão dos sistemas e serviços de saúde tem se tornado um grande desafio a saúde pública. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi identificar as condutas adotadas na Odontologia pelos gestores em saúde pública do Brasil, para uma atenção qualificada por meio de uma revisão sistemática e metassumarização.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Protocolo e Registro**

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com os itens descritos em Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>10</sup> e avaliada de acordo com os itens contidos no Meta-analysis of observational studies in Epidemiology (MOOSE)<sup>11</sup> e será registrada no International Register of Prospective Systematic Review (Prospero).

#### **3.2. Critérios de Elegibilidade**

Foram considerados estudos com os seguintes critérios de inclusão: estudo qualitativo, *survey* ou artigos mistos que apontem as condutas adotadas pelos gestores em saúde pública, na área da Odontologia para uma gestão qualificada no

setor público brasileiro. Foram selecionados apenas estudos brasileiros, porque no Brasil o direito à saúde é definido constitucionalmente, por meio de um sistema de saúde com diretrizes para todo o país. O SUS é um sistema de saúde universal, gratuito, que visa a equidade e integralidade, inclui a participação da população na formulação, avaliação e controle das políticas, sendo a organização e operacionalização únicas em todo o mundo. Foram considerados os seguintes idiomas: Português, Inglês, Espanhol e Alemão. Além disso, os seguintes critérios de exclusão foram utilizados: pesquisas realizadas em outros países; pesquisas não científicas; estudos onde não está claro quem é o sujeito da pesquisa entrevistado e estudos cujos sujeitos da pesquisa são auxiliares e técnicos em saúde bucal, médicos, enfermeiros ou estudantes de odontologia.

### **3.3. Fontes de Informação**

Inicialmente as buscas foram realizadas no período de abril de 2014 a junho de 2015, em 5 bases de dados eletrônicas: PubMed, Embase, Web of Science, Scopus e Lilacs. No momento em que as buscas foram realizadas não foram considerados limites para datas e idiomas ou tipo de estudo. Em seguida, foram realizadas buscas manuais nas referências dos artigos incluídos, bem como análise de citações destes estudos utilizando-se o Google Scholar. Os autores dos estudos incluídos foram contatados por e-mail, para identificação de estudos adicionais.

### **3.4. Estratégia de busca**

Para o início da elaboração da estratégia de busca, foram selecionadas algumas palavras-chaves. Procederam-se então os testes das estratégias nas bases de dados, com acréscimo ou supressão de palavras-chaves, conforme os resultados obtidos. A estratégia de busca inicial compreendeu na utilização dos seguintes termos: *“policymaker”*, *“policy making”*, *“dentistry”*, *“public health”*, bem como os termos “MeSH” (PubMed), “entry terms” (Embase) e “Decs” (Lilacs) relacionados para estabelecer uma estratégia de busca de maior sensibilidade. Para a pesquisa nas bases de dados, não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, já que o termo *“qualitative research”* foi introduzido como palavra-chave somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 no PubMed<sup>12</sup>. A estratégia de busca completa usada para o banco de dados PubMed é mostrada no Apêndice

B. As demais buscas foram realizadas baseando-se nesta estratégia, com ajustes pequenos devido as limitações no número de palavras.

### **3.5. Seleção dos Estudos**

Todos os títulos e resumos dos artigos recuperados foram avaliados independentemente por 2 revisores (THU e USGS) e consensuados, em reuniões semanais, na presença de um terceiro revisor (MF) com experiência em gestão pública, pesquisa qualitativa e revisão sistemática. Os resumos que não forneceram informações suficientes sobre os critérios de elegibilidade foram mantidos para avaliação do texto completo. Dois revisores (THU e USGS) avaliaram independentemente os artigos com texto completo para determinar a elegibilidade do estudo. Reuniões semanais foram realizadas, na presença de um terceiro revisor (MF), para a avaliação de todos os artigos e em casos de divergências foram resolvidas por consenso. Após a seleção dos estudos, todos os autores dos artigos incluídos foram consultados, por e-mail, para verificar a existência de outras publicações.

### **3.6. Avaliação da qualidade dos estudos**

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores (THU e USGS) de maneira independente, e reuniões semanais foram realizadas, na presença de um terceiro revisor (MF), para o consenso. Os trabalhos foram avaliados segundo os itens adaptados do CASP<sup>13</sup> - Critical Appraisal Skills Programme - para os estudos qualitativos (Quadro 1), itens adaptados de Bennett *et al.*<sup>14</sup> para *surveys* (Quadro 2), e O'Cathain *et al.*<sup>15</sup> para os estudos de metodologia mista (Quadro 3).

Os estudos em que houve a prevalência de “sim” (mais de 50% dos itens avaliados) na avaliação de qualidade, foram considerados como de baixo risco de viés. Os estudos em que houve a prevalência de “não” em mais de 50% dos itens, foram classificados como alto risco de viés. Nos estudos que não apresentaram de maneira clara a maioria dos itens avaliados foram classificados como “não claro” (Apêndices F, G e H).

**Quadro 1:** Itens avaliados pelo CASP (2013)

<b>Qualitativo CASP (2013)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clareza do objetivo</li> <li>2. Metodologia qualitativa adequada</li> <li>3. Justificativa da utilização da metodologia qualitativa</li> <li>4. Estratégia de recrutamento dos sujeitos da pesquisa</li> <li>5. Coleta de dados</li> <li>6. Relação pesquisador-participante</li> <li>7. Questões éticas</li> <li>8. Análise de dados</li> <li>9. Clareza dos resultados</li> <li>10. Relevância do estudo.</li> </ol>
------------------------------------	--

**Quadro 2:** Itens avaliados por Bennett *et al.* (2011)

<b>Surveys Bennett <i>et al.</i> (2011)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Justificação da questão de pesquisa</li> <li>2. Explícita questão de pesquisa</li> <li>3. Clareza nos objetivos do estudo</li> <li>4. Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados</li> <li>5. Método de administração do questionário</li> <li>6. Localização e data</li> <li>7. Métodos suficientemente descritos para a replicação</li> <li>8. Evidência de confiabilidade</li> <li>9. Evidência de validade</li> <li>10. Uso de codificação</li> <li>11. Cálculo do tamanho da amostra</li> <li>12. Representatividade da amostra</li> <li>13. Método de seleção da amostra</li> <li>14. Descrição da população da amostra</li> <li>15. Descrição da ferramenta de pesquisa</li> <li>16. Descrição do desenvolvimento da ferramenta</li> <li>17. Pré-teste do instrumento</li> <li>18. Instrumento de confiabilidade e validade</li> <li>19. Consentimento</li> <li>20. Aprovação ética da pesquisa</li> <li>21. Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa</li> </ol>
---	--

**Quadro 3:** Itens avaliados por O’Cathain *et al.* (2008)

<b>Mistos O’Cathain <i>et al.</i> (2008)</b>	<p><b>1.Sucesso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. O componente quantitativo é coerente?</li> <li>II. O componente qualitativo é coerente?</li> <li>III. O método misto é coerente?</li> <li>IV. Os componentes qualitativos e quantitativos foram concluídos?</li> <li>V. O método quantitativos foi planejado, mas não executado?</li> <li>VI. O método qualitativo foi planejado, mas não executado?</li> <li>VII. O método misto funcionou na prática?</li> </ol> <p><b>2.Avaliação do Desenho do Estudo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. A utilização de uma pesquisa de modelo misto é justificada?</li> <li>II. A metodologia mista é descrita? Prioridade Finalidade</li> </ol>
--	---

	<p>Sequência</p> <p>III. Etapa de integração</p> <p>IV. A metodologia está clara?</p> <p>V. O projeto é apropriado para abordar as questões de pesquisa?</p> <p>VI. O rigor com a metodologia foi considerada?</p> <p><b>3.Avaliação do componente quantitativo</b></p> <p>I. O papel/ função de cada método está clara?</p> <p>II. Cada método está descrito com detalhes suficientes?</p> <p>III. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa?</p> <p>IV. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa?</p> <p>V. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)?</p> <p>VI. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método?</p> <p>VII. As questões de validade foram abordadas em cada método?</p> <p>VIII. O rigor com o método foi comprometido?</p> <p>IX. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade?</p> <p>X. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada?</p> <p><b>4.Avaliação do componente qualitativo</b></p> <p>I. O papel/ função de cada método está clara?</p> <p>II. Cada método está descrito com detalhes suficientes?</p> <p>III. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa?</p> <p>IV. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa?</p> <p>V. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)?</p> <p>VI. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método?</p> <p>VII. As questões de validade foram abordadas em cada método?</p> <p>VIII. O rigor com o método foi comprometido?</p> <p>IX. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade?</p> <p>X. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada?</p> <p><b>5.Avaliação da integração</b></p> <p>I. O tipo de integração é descrita?</p> <p>II. O tipo de integração é adequada para a metodologia da pesquisa?</p> <p>III. Foi alocado tempo suficiente para a integração?</p> <p>IV. A abordagem de integração é detalhada em termos de trabalho juntos como uma equipe?</p> <p>V. A estratégia de divulgação detalha como o Método misto será apresentado em relatórios finais e publicação?</p> <p>VI. As pessoas que participaram da integração foram claramente identificados?</p> <p>VII. Os membros da equipe que participaram da integração foram apropriados?</p> <p>VIII. Há evidência de comunicação dentro da equipe?</p> <p>IX. O rigor foi comprometido pelo processo de integração?</p> <p><b>6.Avaliação das inferências</b></p> <p>I. 1 Existe clareza sobre os resultados que emergiram dos métodos?</p> <p>II. 2 As inferências são apropriadas?</p> <p>III. 3 Os resultados de todos os métodos considerados foram suficientes para a interpretação?</p>
--	---

Nenhum estudo foi excluído por razões de qualidade, já que estudos prévios<sup>16,17</sup> direcionam a não exclusão *a priori* de estudos por razões de qualidade.



No *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*<sup>18</sup> é apontada como uma das possibilidades, a de não exclusão, permitindo que temas potencialmente valiosos continuem incluídos, desde que seja explicitado o potencial risco de viés.

### 3.7. Extração de Dados

Dois revisores (THU e USGS) conduziram independentemente a extração de dados inicial. Um terceiro revisor (MF) revisou todos os estudos para a construção do *corpus* da pesquisa, ou seja, a identificação dos temas gerados e suas relações no contexto da gestão integral do sistema de saúde e resolveu todas as discordâncias. Informações gerais dos estudos foram coletadas, tais como: os autores, ano de publicação e região geográfica do primeiro autor. Além disso, foram coletadas as seguintes características específicas: objetivo, tipo de estudo, local de realização da pesquisa, a intervenção, número de participantes da amostra, critérios de inclusão e exclusão, características dos participantes, coleta de dados, análise de dados, principais resultados e conclusões dos autores.

### 3.8. Análise de Dados

Para a análise dos dados foi realizada metassummarização, a qual é uma abordagem orientada para agregação quantitativa da síntese tanto de pesquisas qualitativas, como de pesquisa de opinião (*surveys*)<sup>19</sup>. A metodologia envolve extração, agrupamento e formatação dos resultados, e o cálculo da frequência e intensidade do tamanho do efeito.

O principal critério para a inclusão de estudos era responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais condutas têm sido adotadas pelos gestores em Saúde Pública, na Odontologia do Brasil, para uma gestão qualificada?”. Após a extração dos resultados dos estudos incluídos e agrupamento dos achados relevantes, foram criadas famílias - representações concisas, mas abrangentes – referentes às condutas adotadas pelos gestores na odontologia para uma gestão qualificada.

Em cada família, os códigos foram agrupados por similaridade. Para a etapa de codificação, foi utilizado o Software ATLAS.ti 7.0 - *Qualitative Data Analysis* (Atlas.ti® Scientific Software Development, Berlim, Alemanha).

Para avaliar a magnitude dos resultados extraídos, foi calculada a frequência do tamanho do efeito, na qual consiste em verificar o número de vezes que o

respectivo código emergiu entre todos os artigos incluídos. Para tanto, o número de estudos que apresentavam determinado código foi dividido pelo número total de estudos incluídos e apresentado em forma de porcentagem.

Para verificar quais estudos contribuíram para o conjunto final de conclusões encontradas, foram calculados:

1. Intensidade do tamanho do efeito de cada estudo consistiu em verificar quantas vezes os códigos emergiram em cada um dos artigos incluídos. O cálculo é realizado para indicar quais códigos contribuíram para responder à pergunta de pesquisa, para isso:

I.Dividiu-se o número de códigos contidos no estudo pelo número total de códigos em todos os estudos.

2. Intensidade do tamanho de efeito dos temas >25%. Por meio deste cálculo os artigos foram considerados "mais fortes" ou "mais fracos" com base na sua contribuição para responder à pergunta de pesquisa, por meio do seguinte cálculo:

II.Dividiu-se o número de códigos com tamanhos de efeito >25% contidos nesse estudo pelo número de códigos com tamanho de efeito >25% em todos os estudos.

Esta informação auxilia na interpretação dos dados na abordagem de metassumariação, determinando a contribuição individual dos estudos para as conclusões do trabalho<sup>20</sup>.

## **4. Resultados**

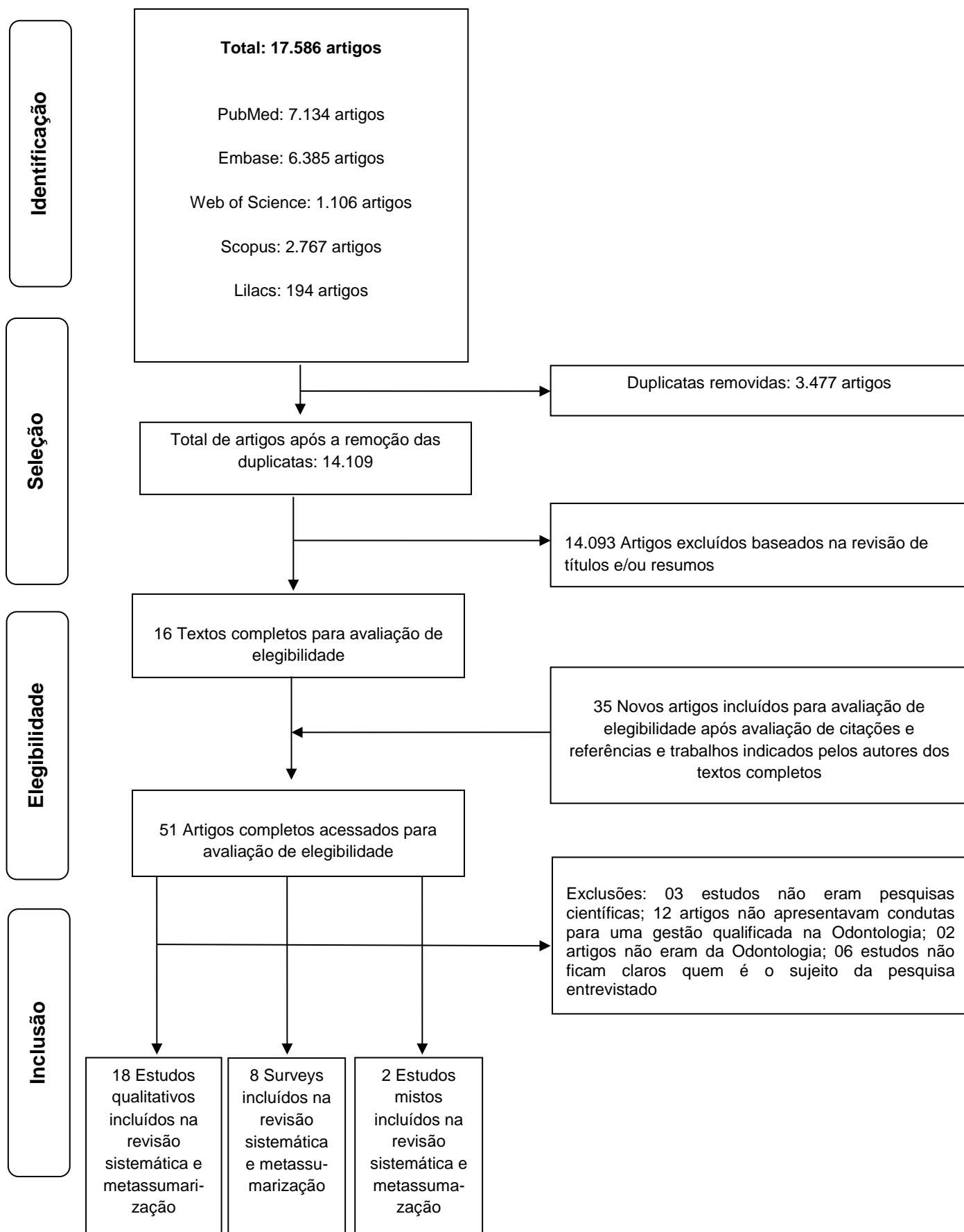
### **4.1. Seleção dos estudos**

A Figura 1 apresenta o Fluxograma do processo de seleção dos estudos. A busca inicial nas bases de dados eletrônicas identificou 17.586 referências. Após a remoção de duplicatas (3.477 referências) e avaliação de título e resumos (14.093 referências), 16 artigos foram considerados potencialmente elegíveis. Os textos completos foram recuperados e analisados, aplicando-se os critérios de elegibilidade. Por meio da análise das referências destes artigos, bem como citações no Google Scholar e trabalhos indicados pelos autores dos textos completos 35 novos artigos foram incluídos para avaliação de elegibilidade.

Dos 51 artigos selecionados, 23 foram excluídos pelas seguintes razões: 03 estudos não eram pesquisas científicas; 12 artigos não apresentavam condutas

para uma gestão qualificada na Odontologia; 02 artigos não eram da Odontologia; 06 estudos não ficam claros quem é o sujeito da pesquisa entrevistado. No final das avaliações, 28 artigos foram incluídos na revisão sistemática e metassumariação: 18 estudos qualitativos, 8 *Surveys* e 2 estudos mistos.

**Figura 1:** Fluxograma do processo de seleção dos estudos



## 4.2. Características dos estudos

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam as características dos estudos: número de participantes, o local da realização da pesquisa e o contexto do estudo. Foram totalizados 987 participantes, onde 484 eram cirurgiões-dentistas (CDs) e 503 eram gestores. A distribuição geográfica da realização dos estudos (Figuras 1 e 2) foi a seguinte: Amazonas (1 estudo); Bahia (5 estudos); Ceará (1 estudo); Minas Gerais (2 estudos); Paraíba (2 estudos); Paraná (3 estudos); Pernambuco (1 estudo); Rio Grande do Norte (2 estudos); Santa Catarina (6 estudos); São Paulo (4 estudos). Apenas 1 estudo foi multicêntrico, envolvendo os estados, Paraná e São Paulo.

A maioria dos CDs participantes dos estudos estavam inseridos dentro da ESF e grande parte dos gestores em saúde ocupavam cargos municipais ou estaduais.

**Tabela 1:** Características dos Estudos Qualitativos (N=18).

Referência	Números de participantes		Local de realização de pesquisa	Contexto do Estudo
	CDs	Gestores		
Aguilera SLVU (2013) <sup>21</sup>	0	17	Paraná	Secretaria Municipal de Saúde
Aquilante AG (2015) <sup>22</sup>	38	11	São Paulo	Departamento Regional de Saúde de São Paulo DR-III
Araújo YP (2006) <sup>23</sup>	21	0	Rio Grande do Norte	CDs inseridos no Programa Saúde da Família (PSF)
Cavalcanti YW (2012) <sup>24</sup>	17	0	Paraíba	Unidades Básicas de Saúde
Chaves SCL (2007) <sup>25</sup>	9	0	Bahia	CDs inseridos no PSF
Correa RP (2010) <sup>26</sup>	6	2	Amazonas	CDs inseridos na Estratégia Saúde da Família) ESF, Secretaria Municipal de Saúde e Coordenador de Saúde Bucal na ESF
Fernandes EGS (2015) <sup>27</sup>	11	0	Santa Catarina	CDs atuantes da ESF
Mello ALSF	0	10	Santa Catarina	Gestores do SUS

(2014) <sup>28</sup>				
Moimaz SAS (2008) <sup>29</sup>	0	3	São Paulo	Departamento Regional de Saúde DR-II
Nascimento AC (2009) <sup>30</sup>	58	0	São Paulo e Paraná	ESF
Padilha WWN (2005) <sup>31</sup>		74*	Paraíba	CDs atuantes na ESF e Gestores Estaduais de Saúde Bucal
Pimentel FC (2010) <sup>32</sup>	3	12	Pernambuco	ESF do Distrito Sanitário VI
Rodrigues AAAO (2011) <sup>33</sup>		31*	Bahia	Unidades de Saúde da Família (USF)
Rossi TRA (2015) <sup>34</sup>	8	5	Bahia	Equipe gestora da Saúde Bucal
Sá CR (2015) <sup>35</sup>	23	1	Santa Catarina	ESF
Santos AM (2007) <sup>36</sup>	4	0	Bahia	Unidade de Saúde da Família (USF)
Santos AM (2006) <sup>37</sup>		11*	Bahia	USF
Vieira V (2013) <sup>38</sup>	8	0	São Paulo	CDs do setor público
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>61</b>	<b>8 estados</b>	

\*Amostras excluídas da somatória, pois não deixaram claro na metodologia quantos eram CDs e quantos eram gestores.

**Tabela 2:** Características dos Estudos – *Survey* (N=08).

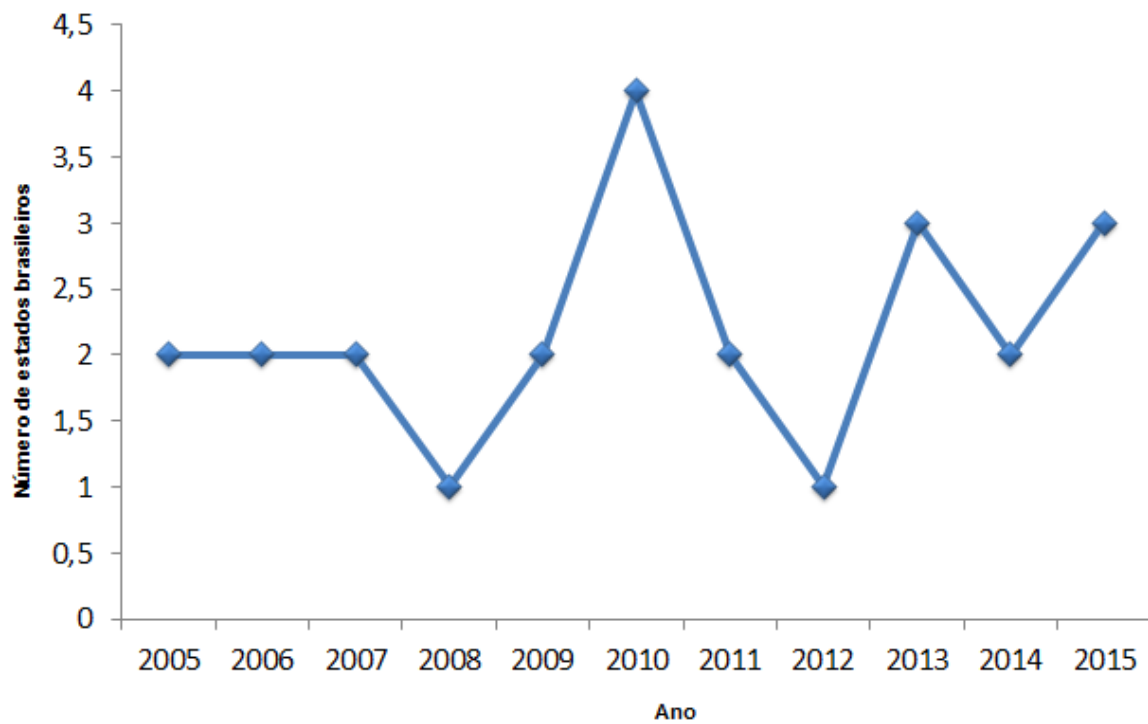
Referência	Números de participantes		Local de realização de pesquisa	Contexto do Estudo
	CDs	Gestores		
Baldani MH (2005) <sup>39</sup>	105	0	Paraná	Equipe de Saúde Bucal (ESB) inseridas no PSF
Colussi CF (2011) <sup>40</sup>	0	207	Santa Catarina	Gestores Municipais de Saúde Bucal
Godoi H (2014) <sup>41</sup>	0	12	Santa Catarina	Gestores Municipais de Saúde Bucal
Godoi H (2013) <sup>42</sup>	0	1	Santa Catarina	Gestores Municipais de Saúde Bucal
Lessa CFM (2010) <sup>43</sup>	0	3	Ceará	Secretaria Municipal de Saúde
Lourenço EC (2009) <sup>44</sup>	278**	166	Minas Gerais	ESB inseridas no PSF
Mattos GCM (2014) <sup>4</sup>	43	14	Minas Gerais	ESB inseridas na ESF
Souza TMS (2007) <sup>45</sup>	25	19	Rio Grande do Norte	ESB inseridas no PSF
TOTAL	173	422	5 estados	

\*Amostra excluída do trabalho, pois não deixou claro na metodologia quantos eram CDs.

**Tabela 3:** Características dos Estudos - Estudos Mistos (N=02).

Referência	Números de participantes		Local de realização de pesquisa	Contexto do Estudo
	CDs	Gestores		
Aquilante AG (2015) <sup>46</sup>	38	11	São Paulo	Departamento Regional de Saúde de Araraquara DR-III
Moretti AC (2010) <sup>47</sup>	67	9	Paraná	Unidades de Saúde Básicas
TOTAL	105	20	2 estados	

**Figura 2:** Número de artigos de gestão em Saúde Bucal no Brasil, que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa, no período de 2005-2015.



**Figura 3:** Distribuição dos trabalhos por região no Brasil.



★ Número de Artigos  
\*PR \*SP = Estudo Multicêntrico



### **4.3. Avaliação da qualidade dos estudos**

O risco de viés dos estudos qualitativos foi avaliado por meio da avaliação da qualidade (Tabelas 4). Dos 18 artigos qualitativos, 72,22% (N=13) apresentaram baixo risco de viés, em 16,66% (N=3) risco de viés moderado e 11,11% (N=2) dos estudos com alto risco de viés.

Das 08 *Surveys* incluídas na revisão sistemática (Tabela 5), 62,5% (N=5) apresentaram baixo risco de viés e 37,5% (N=3) dos estudos com alto risco de viés. Com relação aos dois estudos de metodologia mista (Tabela 6), pode-se observar que 50% (N=1) apresentavam baixo risco de viés e 50% (N=1) risco moderado.

**Tabela 4:** Avaliação da Qualidade de Estudos Qualitativos, de acordo com o CASP (N=18).

Artigos Incluídos	Avaliação Risco de Viés*										Avaliação Final
	Clareza do objetivo	Metodologia qualitativa adequada	Justificativa da metodologia qualitativa	Estratégia de recrutamento dos sujeitos da pesquisa	Coleta de dados	Relação pesquisador-participante	Questões éticas	Análise de dados	Clareza dos resultados	Relevância do estudo	
Aquilante AG (2015) <sup>22</sup>	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Baixo
Nascimento AC (2009) <sup>30</sup>	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Baixo
Santos AM (2007) <sup>36</sup>	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Baixo
Araújo YP (2006) <sup>23</sup>	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	Baixo
Aguilera SLVU (2013) <sup>21</sup>	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	Baixo
Chaves SCL (2007) <sup>25</sup>	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	Baixo
Mello ALSF (2014) <sup>28</sup>	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	Baixo
Sá CR (2015) <sup>35</sup>	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	Baixo
Vieira V (2013) <sup>38</sup>	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	Baixo
Fernandes EGS (2015) <sup>27</sup>	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	Baixo
Moimaz SAS (2008) <sup>29</sup>	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	Baixo

Santos AM (2006) <sup>37</sup>											Baixo
Cavalcanti YW (2012) <sup>24</sup>											Não Claro
Pimentel FC (2010) <sup>32</sup>											Não Claro
Correa RP (2010) <sup>26</sup>											Não Claro
Padilha WWN (2005) <sup>31</sup>											Alto
Rodrigues AAAO (2011) <sup>33</sup>											Alto
Rossi TRA (2015) <sup>34</sup>											Alto

\* Adaptado da Cochrane's Collaboration<sup>48</sup> Sim Não claro Não



Descrição da população da amostra								
Descrição da ferramenta de pesquisa								
Descrição do desenvolvimento da ferramenta								
Pré-teste do instrumento								
Instrumento de confiabilidade e validade								
Consentimento								
Aprovação ética da pesquisa								
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa								
<b>Avaliação Final</b>	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Alto

\* Adaptado da Cochrane's Collaboration<sup>48</sup> Sim Não claro Não

**Tabela 6:** Avaliação da Qualidade dos Estudos Mistos, de acordo com O’Cathain (N=2)

Artigos Incluídos	Avaliação Risco de Viés*						Avaliação Final
	Sucesso	Avaliação do Desenho do Estudo	Avaliação do componente quantitativo	Avaliação do componente qualitativo	Avaliação da integração	Avaliação das inferências	
Aquilante (2015) <sup>46</sup> AG							Baixo
Moretti (2010) <sup>47</sup> AC							Não claro

\* Adaptado da Cochrane's Collaboration<sup>48</sup> Sim Não claro Não

#### 4.4. Frequência de tamanho de efeito (FE)

Foram identificados 20 códigos (Tabela 7) após a análise e codificação dos 28 artigos incluídos. Os códigos semelhantes foram então agrupados em três famílias: gestão estrutural, gestão do cuidado e gestão do trabalho.

**Tabela 7:** Organização e definição dos códigos.

Famílias	Códigos	Referências	Definição Constitutiva
<b>Gestão Estrutural</b>	Construção das Redes de Atenção	Mendes, 2011 <sup>49</sup>	As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por um a missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.
	Diagnóstico e Planejamento em Saúde	Tancredi <i>et al.</i> 1998 <sup>50</sup>	O planejamento e o diagnóstico são capazes de melhorar o desempenho, a produção, elevando a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.
	Financiamento e Orçamento em Saúde	Teixeira, 2003 <sup>51</sup>	Possibilita a área da saúde condições financeiras e orçamentárias para a aplicação dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e gratuidade na prestação de serviços do SUS à população brasileira.
	Infra-estrutura física e materiais	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 <sup>52</sup>	Deve estar de acordo com o planejamento estabelecido para os pontos de atenção necessários para atender a demanda da população na atenção primária, secundária e terciária.
	Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde	Silva, 2005 <sup>53</sup>	Avaliação está relacionada ao julgamento sobre os serviços em saúde, o monitoramento corresponde ao acompanhamento sobre características desses serviços. Dessa forma, devido ao fato do monitoramento significar em parte uma avaliação à longo prazo, esta medida pode fornecer informações necessárias à realização de uma avaliação.
	Avaliação da Satisfação do	Goes et al. 2012 <sup>54</sup>	A avaliação configura-se, então, como necessária, tanto para a tomada de

<b>Gestão do Cuidado</b>	usuário		decisões – e conseqüente reordenamento dos serviços de saúde – quanto para a melhoria da qualidade e vigilância em saúde bucal.
	Clínica Ampliada	Campos, 2005 <sup>55</sup>	Abordagem que inclui, além da doença, a pessoa e seu contexto; que se responsabilize tanto com a cura e a reabilitação quanto com a prevenção e a proteção individual e coletiva; que compreenda de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário; que elabore projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao adoecimento e sofrimento. Enfim, uma clínica comprometida com a “produção de saúde, de vida.”
	Controle Social	Arantes <i>et al.</i> 2007 <sup>56</sup>	Participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado.
	Educação Permanente em Saúde	Brasil, 2007 <sup>57</sup>	Mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho, nas organizações de saúde e, principalmente, no desenvolvimento de estratégias que possam redundar na qualificação da atenção em saúde.
	Estratégia Saúde da Família	Besen <i>et al.</i> 2007 <sup>58</sup>	A ESF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.
	Intersetorialidade	Colussi e Calvo, 2011 <sup>40</sup>	A intersetorialidade é historicamente marcada pela articulação Saúde/Educação, parceria nem sempre amistosa. A proposta de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde pela Estratégia de Saúde da Família considera outros espaços/setores da sociedade civil como colaboradores oportunos para o desenvolvimento de ações que ampliam o conceito do processo saúde-doença-cuidado, como local de trabalho, comércio, mídia, indústria, organizações não governamentais e outras instituições.
	Autonomia da Gestão	Feuerwerker, 2005 <sup>59</sup>	Quanto à autonomia na gestão incentiva-se liberdade individual para competir, buscando reduzir custos, identificando problemas e buscando soluções.
	Avaliação do	Moraes e Igutí,	Há incentivo e um sistema de avaliação de



<b>Gestão do Trabalho</b>	desempenho individual do trabalhador	2013 <sup>60</sup>	desempenho individual do servidor da saúde e Plano de Carreira, Cargos e Salários institucionalizados. A forma de contratação é adequada e não há rotatividade de profissionais, pois as condições de trabalho são favoráveis.
	Criatividade, iniciativa, motivação e inovação	Adair, 2010 <sup>61</sup>	Os trabalhadores da saúde bucal cumprem seu trabalho com motivação, criatividade, são pró-ativos e sentem-se capazes de propor e sugerir soluções inovadoras para o enfrentamento dos problemas.
	Educação Continuada em Saúde	Oguisso, 2000 <sup>62</sup>	Processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.
	Equipe Auxiliar	Leite et al. 2011 <sup>63</sup>	O trabalho auxiliar bem organizado contribui para a qualidade de vida do CD. Uma vez que o exercício da Odontologia abrange um grande número de áreas inter-relacionadas, delegar atividades a um profissional qualificado, capaz de realizar procedimentos clínicos reversíveis, possibilita uma melhoria na qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas, que, por sua vez, refletirá em um modelo de saúde mais amplo para os seus pacientes.
	Gestor Qualificado	Raimundo e Cadete, 2012 <sup>64</sup>	Gestor qualificado está em busca de novos conhecimentos, atualizações e novos caminhos para o crescimento.
	Integração ensino-serviço	Finkler et al. 2011 <sup>65</sup>	Trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores da saúde com trabalhadores dos serviços e seus gestores, visando à qualidade da atenção à saúde, da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços.
	Relacionamento interpessoal	Salinas e Oliveira, 2004 <sup>66</sup>	Relacionamento interpessoal harmonioso, o trabalho em equipe só terá expressão real e verdadeira se quando os membros do grupo desenvolverem sua competência interpessoal, o que permitirá alcançar a integração coordenada de esforços na realização das tarefas, obtendo muito mais que a simples soma das competências técnicas individuais, e sim, o resultado do grupo em conjunto.

	Trabalho em equipe interdisciplinar	Brasil, 2006 <sup>57</sup>	Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe onde os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige.
--	-------------------------------------	----------------------------	--

Os códigos, com maiores valores da FE, pertencentes a gestão estrutural (Tabela 7), mostraram que as condutas adotadas pelos gestores para se obter uma gestão qualificada, foram: “Diagnóstico e Planejamento em Saúde” (82,14%), “Construção das Redes de Atenção” (60,71%), “Infra-estrutura física e materiais” e “Sistemas de Informação em Saúde e Avaliação” (32,14%). No pilar da gestão do cuidado (Tabela 8), destacaram-se: “Estratégia Saúde da Família” (71,42%), “Clínica Ampliada” (60,71%) e “Intersectorialidade” (50%). E o pilar da gestão do trabalho (Tabela 9): “Trabalho em equipe interdisciplinar” (46,42%), “Educação Continuada em Saúde” (28,57%), “Criatividade, iniciativa, motivação e inovação” e “Integração ensino-serviço” (10,71%).

**Tabela 8:** Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas - Gestão Estrutural

Códigos/ Referências	Frequência do tamanho de efeito (%)	Condutas
<p><i>Construção das redes de atenção</i></p> <p>Aguilera SLVU (2013)<sup>21</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Chaves SCL (2007)<sup>25</sup>, Colussi CF (2011)<sup>40</sup>, Fernandes EGS (2015)<sup>27</sup>, Godoi H (2013)<sup>42</sup>, Godoi H (2014)<sup>41</sup>, Lessa CFM (2010)<sup>43</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Mattos GCM (2014)<sup>4</sup>, Mello ALSF (2014)<sup>28</sup>, Padilha WWN (2005)<sup>31</sup>, Pimentel FC (2010)<sup>32</sup>, Rossi TRA (2015)<sup>34</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup></p>	60,71	<p>“Aqui no distrito, nós já estamos trabalhando assim: temos as unidades tradicionais e elas estão aqui porque muitas servem de referência, algumas tem periodontia, odontopediatria, então a gente colocou no meio, como referência. E as policlínicas, a gente tá tentando tirar dessas unidades a demanda espontânea. Agora, como a gente ainda não tem uma pactuação com os hospitais, até a média complexidade nós conseguimos encaminhar. Mas, para os hospitais, ainda é demanda espontânea.” (E1)<sup>32</sup>.</p> <p>“É fazer o que o paciente precisa, de uma restauração, um dente que tá doendo, fazer os encaminhamentos necessários. [...] muita coisa a gente não faz aqui na Unidade, como</p>

tratamento de canal [...] Então o que que a gente faz, encaminha para os especialistas, tem o CEO.” E1<sup>27</sup>.

“A gente tem uma chance, então a gente sai para a rua. Se o agente [comunitário] de saúde vem com um problema até a gente e diz: ‘Ah, tem um caso lá em tal rua, tem como vocês darem uma olhadinha?’ Então eu programo na agenda e a gente vai até a casa do paciente, eu e a dentista. São mais as pessoas acamadas, de idade, alguma feridinha na boca, alguma lesãozinha que a família está com dúvida e não dá para vir aqui.” (ASB8; Jambo)<sup>46</sup>.

### *Diagnóstico e Planejamento em Saúde*

82,14

Aguilera SLVU (2013)<sup>21</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>22</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Correa RP (2010)<sup>26</sup>, Fernandes EGS (2015)<sup>27</sup>, Godoi H (2013)<sup>42</sup>, Godoi H (2014)<sup>41</sup>, Lessa CFM (2010)<sup>43</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Mattos GCM (2014)<sup>4</sup>, Mello ALSF (2014)<sup>28</sup>, Moimaz SAS (2008)<sup>29</sup>, Moretti AC (2010)<sup>47</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Padilha WWN (2005)<sup>31</sup>, Rossi TRA (2015)<sup>34</sup>, Sá CR (2015)<sup>35</sup>, Santos AM (2007)<sup>36</sup>, Santos AM (2006)<sup>37</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup>

“No primeiro momento tinha muito paciente, tinha briga na fila e isso me causava uma angústia enorme (...) eu resolvi fazer a marcação através da reunião em grupo (...) dali eu levava o nome, fazia triagem de pacientes, então quem tinha mais necessidade, era marcado mais rapidamente” (Grupo I, entrevistado 6)<sup>37</sup>.

“Traçamos as diretrizes e vamos ao local em que o índice de cárie é alto [...], o que nos permite atuar de acordo com a necessidade da população”<sup>38</sup>.

No item referente à realização de levantamento epidemiológico, parte integrante da análise da dimensão “Planejamento e Programação”, os gestores dos dois últimos biênios afirmaram ter ocorrido esta atividade durante a sua gestão, apontando como mecanismos para a divulgação e a incorporação dos resultados pelas equipes da Atenção Básica os informativos, as reuniões, as oficinas regionais, a criação de núcleos para a divulgação dos dados, os relatórios e as oficinas<sup>43</sup>.

---

<i>Financiamento e orçamento em saúde</i>	14,28	<p>“Nós temos um grande problema que é a demanda reprimida, a gente tentou solucionar isso com o acolhimento, fazendo o acolhimento nas unidades com classificação de risco.” (GM9_Manga)<sup>22</sup>.</p> <p>Quanto ao financiamento, 83,1% (138) dos municípios afirmaram destinar a totalidade do incentivo financeiro das ESB para a odontologia<sup>44</sup>.</p> <p>“Hoje em dia o município já prevê que vai ter que comprar, que vai ter que ter esse material para ser usado, então há uma melhoria”<sup>38</sup>.</p>
<p>Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Moimaz SAS (2008)<sup>29</sup>, Rossi TRA (2015)<sup>34</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup></p>		
<i>Infra-estrutura física e materiais</i>	32,14	<p>Com a municipalização, os equipamentos melhoraram e há uma certa flexibilidade em discutir o material que está sendo usado, pois a compra será feita pelo município<sup>38</sup>.</p> <p>Quando perguntado sobre as ações de educação em saúde, o Coordenador de Saúde Bucal relatou que foram distribuídas escovas de dente para toda a rede escolar municipal e que seria iniciado a distribuição de escovas na rede estadual e na zona rural do município<sup>26</sup>.</p> <p>Alguns gestores investiram na estrutura adquirindo equipamentos, carros e ampliando a cesta de medicamentos como forma de melhorar a atenção primária no seu município<sup>21</sup>.</p>
<p>Aguilera SLVU (2013)<sup>21</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Correa RP (2010)<sup>26</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Mello ALSF (2014)<sup>28</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Rossi TRA (2015)<sup>34</sup>, Santos AM (2007)<sup>36</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup></p>		
<i>Sistemas de informação em saúde e avaliação</i>	32,14	<p>“A gente procura saber se aquela ação que está sendo realizada no PSF, se ela está transformando aquela realidade, através dos indicadores de gestão que são pactuados. A gente tenta fazer isso. Às vezes, a gente consegue. Os profissionais do PSF, eles têm muitas fichas, muitas coisas burocráticas para preencher. Então, se você pede o acompanhamento dos indicadores, é uma coisa a mais.” (E1)<sup>32</sup>.</p>
<p>Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Colussi CF (2011)<sup>40</sup>, Godoi H (2013)<sup>42</sup>, Godoi H (2014)<sup>41</sup>, Moimaz SAS (2008)<sup>29</sup>, Pimentel FC (2010)<sup>32</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup></p>		

---

Para avaliar a eficácia foi verificada a “vigilância dos teores de flúor”, que está sendo realizada em 68% dos municípios<sup>40</sup>.

Estas unidades são equipadas com prontuário e agenda eletrônica e apresentam como ferramenta de integração dos serviços o Sistema Nacional de Regulação – SISREG<sup>42</sup>.

Mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um “pacote preventivo”, o qual tem sido implementado acriticamente pela maioria das equipes de saúde bucal<sup>45</sup>.

**Tabela 9:** Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas - Gestão do Cuidado

<b>Códigos/ Referências</b>	<b>Frequência do tamanho de efeito (%)</b>	<b>Condutas</b>
<i>Avaliação da satisfação dos usuários</i>  Cavalcanti YW (2012) <sup>24</sup>	3,57	"Para o Planejamento de Saúde Bucal, tomo em consideração o apoio popular, as necessidades relatadas pelos usuários, a melhora dos indicadores de saúde e as decisões do grupo." <sup>24</sup>
<i>Clínica Ampliada</i>  Aquilante AG (2015) <sup>22</sup> , Aquilante AG (2015) <sup>46</sup> , Baldani MH (2005) <sup>39</sup> , Chaves SCL (2007) <sup>25</sup> , Colussi CF (2011) <sup>40</sup> , Correa RP (2010) <sup>26</sup> , Fernandes EGS (2015) <sup>27</sup> , Godoi H (2014) <sup>41</sup> , Mattos GCM (2014) <sup>4</sup> , Mello ALSF (2014) <sup>28</sup> , Moretti AC (2010) <sup>47</sup> , Nascimento AC (2009) <sup>30</sup> , Pimentel FC (2010) <sup>32</sup> , Santos AM (2007) <sup>36</sup> , Santos AM (2006) <sup>37</sup> , Souza TMS (2007) <sup>45</sup> , Vieira V (2013) <sup>38</sup>	60,71	<p>“Não enxergar aquele contexto em si, aquele indivíduo aqui que chega com um simples problema de dente, [...] mas entender que ele mora em um lugar aonde existe um meio que o influencia, existe um contexto todo que ele é influenciado e que isso tem participação sobre qualquer intercorrência que ele possa relatar para a gente.” (CD23_Manga)<sup>22</sup></p> <p>A aplicação tópica de flúor como ação coletiva é realizada por 73,7% dos municípios, geralmente em escolas, utilizando o flúor-gel. Um município distribui</p>

sachês de flúor para bochechos em região de assentamento rural, pois esta população não tem acesso à água de abastecimento público<sup>46</sup>.

“O atendimento em coletivos, como os grupos, é tão importante quanto o atendimento individual. No caso da saúde bucal, o atendimento individual de qualidade pode ser parte de uma estratégia de saúde coletiva, tão importante quanto os grupos de escovação ou educativos, porém uma consulta individual pode ser mais eficaz em alguns casos que uma consulta em grupo, pois o grupo potencializa a aprendizagem em algumas circunstâncias, porém não em todas, haja vista a resistência e vergonha dos adultos na realização da escovação quando são ensinados como se fossem crianças.” (Dentista C2, C3)<sup>25</sup>.

As crianças em idade escolar passaram a ter um atendimento mais completo, fazendo a prevenção com escovação, fio dental, noções básicas de higiene e, na ocasião, passou-se a fazer a restauração de dentes permanentes e dentes decíduos, limpeza de cárie e curativo. Desse modo, houve uma melhora muito grande na condição dos dentes dos jovens e das crianças de um modo geral<sup>38</sup>.

### *Controle Social*

25

Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Colussi CF (2011)<sup>40</sup>, Moimaz SAS (2008)<sup>29</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Santos AM (2007)<sup>36</sup>

“O conselho é muito forte. Tudo discutido. Fizemos a Conferência Municipal de Saúde no ano passado. A partir da conferência nós traçamos os planos diretores e tal. O conselho é muito atuante, a participação da comunidade, tal (...)”<sup>29</sup>.

“Fazer com que o usuário crie um significado com as informações que a gente passa, com o intuito que ele mude os seus hábitos diários, que ele consiga enxergar que aquilo que a gente está falando para ele é

*Educação Permanente em Saúde*

46,42

Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>22</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Fernandes EGS (2015)<sup>27</sup>, Godoi H (2013)<sup>42</sup>, Godoi (2014)<sup>41</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Moretti AC (2015)<sup>47</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Santos AM (2006)<sup>37</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup>

interessante na medida que ele possa fazer em casa a parte dele, que vai dar subsídio para que a gente aqui possa dar o retorno esperado.” (CD23\_Manga)<sup>46</sup>.

O próprio gestor está mais próximo do problema, o que proporciona, inclusive, a melhor aplicação do dinheiro<sup>38</sup>.

“Quando nós temos profissionais que são contratados pelo município, eu faço um encontro com eles para falar sobre os protocolos e programas de saúde bucal do município, falar um pouco como funciona a rede, para que eles não caiam de paraquedas na saúde pública, porque saem da faculdade sem saber o que é saúde pública” (GM9; Manga)<sup>46</sup>.

“Essas reuniões a gente faz semanal. [...] A gente se reúne, coloca as áreas em dia, vê as situações, tudo que a gente viu em relação a determinados pacientes a gente coloca, e muitas vezes você tem um retorno de como a equipe pode ajudar aquilo, aquela situação. [...] Sim, [discutimos aspectos do relacionamento entre os profissionais da equipe], mas não é muito aberto, isso não é muito aberto, não.” (CD16\_Banana)<sup>22</sup>.

No entanto, este município atenta para a melhoria/aprimoramento do atual modelo de atenção à saúde bucal não só por perceber sua necessidade e produzir esforços para a ampliação da ESF, mas também por empregar medidas para manutenção e aperfeiçoamento de seus profissionais de odontologia através da realização de atividades de educação permanente<sup>41</sup>.

*Estratégia Saúde da Família*

71,42

Aguilera SLVU (2013)<sup>21</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>22</sup>,

“Eu acho que Estratégia Saúde da Família você tem que entender o papel de uma determinada família no território. Temos de priorizar o que é mais grave numa situação já

Araújo YP (2006)<sup>23</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Chaves SCL (2007)<sup>25</sup>, Fernandes EGS (2015)<sup>27</sup>, Godoi H (2013)<sup>42</sup>, Godoi H (2014)<sup>41</sup>, Lessa CFM (2010)<sup>43</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Mattos GCM (2014)<sup>4</sup>, Moretti AC (2015)<sup>47</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Padilha WWN (2005)<sup>31</sup>, Pimentel FC (2010)<sup>32</sup>, Santos AM (2006)<sup>37</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup>

grave. Temos de ter em conta as questões sociais e culturais dessa população.”(camp 13)<sup>30</sup>.

Quanto às formas de organização da Atenção Básica, todos os gestores informaram a existência da ESF e do programa de agentes comunitários de saúde, além de unidades de saúde com programas específicos para saúde da mulher e da criança, controle da diabetes e da hipertensão<sup>43</sup>.

“Nós trabalhamos a parte preventiva. Essa parte preventiva consiste no seguinte: nós trabalhamos nas escolas de 3 em 3 meses, fazemos um trabalho de palestras, orientação de escovação. Com a prevenção da cárie dentária, das doenças periodontais e do câncer bucal.” (CD6)<sup>23</sup>.

### *Intersetorialidade*

50

Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>22</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Chaves SCL (2007)<sup>25</sup>, Colussi CF (2011)<sup>40</sup>, Godoi H (2014)<sup>41</sup>, Mattos GCM (2014)<sup>4</sup>, Mello ALSF (2014)<sup>28</sup>, Moretti AC (2015)<sup>47</sup>, Padilha WWN (2005)<sup>31</sup>, Pimentel FC (2010)<sup>32</sup>, Santos AM (2006)<sup>37</sup>, Souza TMS (2007)<sup>45</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup>

“Ir para escola, sair do consultório, sair das quatro paredes e ir lá para fora, começar a trabalhar com a comunidade, fazer oficinas, entrar na sala de aula, trabalhar com aqueles adolescentes, é uma experiência bastante diferente daquilo que eu estava acostumada a fazer, anteriormente só em nível de consultório particular.” (Dentista C1)<sup>25</sup>.

“Escovação, orientação, palestra, flúor. Ações assim, de prevenção, de palestras em colégio. Uma vez, a gente fez uma ação aqui no mercado público, aqui na igreja. A gente faz palestra, a gente passa aquele vídeo “Dr. dentuço” e depois conversa e depois faz a escovação e a aplicação de flúor.” (E3)<sup>32</sup>.

“Tem um apoio muito grande à comunidade através de apoio do Rotary e aquela escola foi uma escola muito estruturada nesse sentido de acudir as necessidades da região e na época começou com um Diretor que foi um exemplo, fez um trabalho muito bonito, com o acolhimento do SENAC, das escolas,



que iam lá cortar o cabelo, ensinar as coisas para a família, então iniciou antes do PSF, iniciou um trabalho ali naquela escola com essa estrutura, mais pela parte educacional, mais pela Educação do que pela Saúde, e a gente foi acolhida e encampou dando suporte.” (GF3\_Manga)<sup>22</sup>.

Os participantes indicaram a importância da interação entre os diversos níveis constituintes da rede, bem como das relações intersetoriais para dialogar, refletir e agir articuladamente sobre a situação da saúde bucal, em nível local e regional. Essas discussões devem também alcançar espaços de participação popular de modo a promover a sensibilização da comunidade ou seus representantes, sobre a saúde bucal no SUS<sup>28</sup>.

**Tabela 10:** Frequência do tamanho de efeito e respectivas condutas - Gestão do Trabalho

<b>Códigos/ Referências</b>	<b>Frequência do tamanho de efeito (%)</b>	<b>Condutas</b>
<i>Autonomia da gestão</i> Vieira V (2013) <sup>38</sup>	3,57	Ademais, observa-se nos DSC que a ampliação da autonomia de gestão acompanhou uma alteração do perfil de recursos humanos <sup>38</sup> .
<i>Avaliação do desempenho individual do trabalhador</i> Chaves SCL (2007) <sup>25</sup>	3,57	E por outro lado também, eu acho que eu aprendi muito trabalhando em saúde pública, hoje eu me considero uma profissional, cresci como profissional e como pessoa. Me considero diferente depois desse período de três anos trabalhando no PSF. (Dentista C1) <sup>25</sup> .
<i>Criatividade, iniciativa, motivação e inovação</i> Aquilante AG (2015) <sup>22</sup> , Chaves SCL (2007) <sup>25</sup> , Correa RP (2010) <sup>26</sup>	10,71	“[De] nossa [parte] também, melhorando a contrarreferência para dar um feedback também para o dentista do Posto para ele continuar o serviço lá. [...] É dividida a referência e a contrarreferência no mesmo

papel e a gente informa, eu no meu caso, informo tudo que foi feito e aquilo que eu espero também que a Unidade observe e faça a preservação para mim, porque na verdade é muito mais perto para o paciente. [...] É tudo feito por serviço interno, através de malote, tanto quando vem para a gente quanto quando a gente devolve para a Unidade.”<sup>22</sup>

Já no caso da Dentista C1, seu trabalho comunitário se tornou uma atividade por ela concebida como de maior sentido porque tem sido articulado com a prática clínica individual<sup>25</sup>.

O Coordenador de Saúde Bucal falou ainda que montou uma equipe de Técnicos de Saúde Bucal que iam às escolas de dois em dois meses e realizavam orientação de saúde bucal (através de vídeos), ensinavam escovação, faziam evidenciação de placa, passavam flúor e distribuíam as escovas de dente aos estudantes. Esta equipe só era acompanhada por odontólogos quando eram muitas crianças ou quando os pais participavam da atividade<sup>26</sup>.

### *Educação Continuada em Saúde*

28,57

Aguilera SLVU (2013)<sup>21</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Chaves SCL (2007)<sup>25</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Rodrigues AAO (2011)<sup>33</sup>, Santos AM (2006)<sup>37</sup>, Vieira V (2013)<sup>38</sup>

Ocorreu uma evolução em nosso serviço depois que foi municipalizado, incluindo um maior empenho da coordenação em promover capacitação<sup>38</sup>.

“[...] No serviço público, eu comecei a trabalhar de uma forma bastante diferente do que eu fazia antes no consultório apesar de sempre considerar isso uma coisa super importante, a gente sempre trabalha no consultório a nível individual, conversando, orientando o paciente e no serviço público, não, a gente começa a trabalhar com a perspectiva muito nova para mim, começar a trabalhar com grupos, a trabalhar [...] ir para escola, sair do consultório, sair das quatro paredes e ir lá para fora, começar a trabalhar

---

		com a comunidade, fazer oficinas, entrar na sala de aula, trabalhar com aqueles adolescentes, é uma experiência bastante diferente daquilo que eu estava acostumada a fazer, anteriormente só em nível de consultório particular [...] e por outro lado também, eu acho que eu aprendi muito trabalhando em saúde pública, hoje eu me considero uma profissional, cresci como profissional e como pessoa. Me considero diferente depois desse período de três anos trabalhando no PSF.” (Dentista C1) <sup>25</sup> .
<i>Equipe Auxiliar (TSB e ASB)</i>	10,71	O Coordenador de Saúde Bucal falou ainda que montou uma equipe de Técnicos de Saúde Bucal que iam às escolas de dois em dois meses e realizavam orientação de saúde bucal (através de vídeos), ensinavam escovação, faziam evidenciação de placa, passavam flúor e distribuíam as escovas de dente aos estudantes <sup>26</sup> .
Baldani MH (2005) <sup>39</sup> , Correa RP (2010) <sup>26</sup> , Fernandes EGS (2015) <sup>27</sup>		
<i>Gestor Qualificado</i>	3,57	A gestora da SB possuía alta capacidade de governo não apenas pela sua capacidade de condução do projeto da SB, mas também pela sua experiência na gestão, pela utilização de protocolos assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas habilidades no controle do processo de trabalho, constatadas na observação participante, na análise dos documentos e pelas entrevistas com gestores e profissionais <sup>34</sup> .
Rossi TRA (2015) <sup>34</sup>		
<i>Integração ensino-serviço</i>	10,71	Adoção de medidas para garantir manutenção de vínculo e a longitudinalidade da atenção, as quais são representadas pelo estabelecimento de parcerias com instituições de ensino <sup>42</sup> .
Godoi H (2013) <sup>42</sup> , Godoi H (2014) <sup>41</sup> , Mello ALSF (2014) <sup>28</sup>		Parcerias com instituições de ensino <sup>41</sup> .
<i>Relacionamento interpessoal</i>	3,57	Na concepção dos entrevistados, a proximidade com as instâncias gestoras catalisou a implantação e o acompanhamento
Vieira V (2013) <sup>38</sup>		

---

*Trabalho em Equipe Interdisciplinar*

46,42

Aquilante AG (2015)<sup>46</sup>, Aquilante AG (2015)<sup>22</sup>, Baldani MH (2005)<sup>39</sup>, Cavalcanti YW (2012)<sup>24</sup>, Chaves SCL (2007)<sup>25</sup>, Colussi CF (2011)<sup>40</sup>, Fernandes EGS (2015)<sup>27</sup>, Lourenço EC (2009)<sup>44</sup>, Mello ALSF (2014)<sup>28</sup>, Moretti AC (2015)<sup>47</sup>, Nascimento AC (2009)<sup>30</sup>, Padilha WWM (2005)<sup>31</sup>, Pimentel FC (2010)<sup>32</sup>

de programas, bem como contribuiu para a otimização do uso dos recursos públicos. Houve, então, um aperfeiçoamento das ações de controle pelo gestor, promovendo melhor regulação na execução dos serviços<sup>38</sup>.

O cuidado à saúde bucal deve ocupar espaço nas discussões sobre a estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Para isso é necessária a participação de seus profissionais, gestores ou não, nas instâncias que agregam poder decisório<sup>28</sup>.

“Acho que o papel principal da equipe é tentar melhorar e proporcionar, é, condições pra que a população possa ter a saúde melhor. [...] Eu acho que essa é a principal função dessa equipe aqui, tá trabalhando junto e tá tentando discutir e tentar resolver o que que a pessoa tem hoje.” (E5)<sup>27</sup>.

Em dois municípios, os CDs da USF (Unidade de Saúde da Família) relataram utilizar metodologias ativas de aprendizagem<sup>46</sup>.

#### 4.5. Intensidade de tamanho de efeito (IE)

A intensidade do tamanho de efeito foi calculada para verificar a contribuição individual dos estudos nas conclusões do trabalho, ou seja, todos os estudos qualitativos, *surveys* e mistos contribuíram significativamente com condutas para a qualificação da gestão em saúde bucal (Tabela 10).

**Tabela 11:** Intensidade de tamanho de efeito em relação a todos os códigos e códigos com tamanho de efeito >25%

Artigo	Intensidade do tamanho de efeito % todos os códigos (n=20)	Número de códigos	Intensidade do tamanho de efeito % códigos >25%	Número de códigos >25%
Aguilera SLVU (2013) <sup>21</sup>	25	5	45,45	5
Aquilante AG (2015) <sup>22</sup>	40	8	63,63	7
Aquilante AG (2015) <sup>46</sup>	45	9	81,81	9
Araújo YP (2006) <sup>23</sup>	5	1	9,09	1
Baldani MH (2005) <sup>39</sup>	50	10	81,81	9
Cavalcanti YW (2012) <sup>24</sup>	40	8	63,63	7
Chaves SCL (2007) <sup>25</sup>	40	8	54,54	6
Colussi CF (2011) <sup>40</sup>	30	6	54,54	6
Correa RP (2010) <sup>26</sup>	25	5	27,27	3
Fernandes EGS (2015) <sup>27</sup>	35	7	54,54	6
Godoi H	40	8	63,63	7

(2013) <sup>42</sup>				
Godoi H (2014) <sup>41</sup>	30	6	45,45	5
Lessa CFM (2010) <sup>43</sup>	15	3	27,27	3
Lourenço EC (2009) <sup>44</sup>	40	8	63,63	7
Mattos GCM (2014) <sup>4</sup>	25	5	45,45	5
Mello ALSF (2014) <sup>28</sup>	35	7	54,54	6
Moimaz SAS (2008) <sup>29</sup>	20	4	27,27	3
Moretti AC (2010) <sup>47</sup>	30	6	54,54	6
Nascimento AC (2009) <sup>30</sup>	35	7	63,63	7
Padilha WWN (2005) <sup>31</sup>	25	5	45,45	5
Pimentel FC (2010) <sup>32</sup>	30	6	54,54	6
Rodrigues AAAO (2011) <sup>33</sup>	5	1	9,09	1
Rossi TRA (2015) <sup>34</sup>	25	5	27,27	3
Sá CR (2015) <sup>35</sup>	5	1	9,09	1
Santos AM (2007) <sup>36</sup>	20	4	36,36	4
Santos AM (2006) <sup>37</sup>	30	6	54,54	6
Souza TMS (2007) <sup>45</sup>	40	8	72,72	8
Vieira V (2013) <sup>38</sup>	55	11	72,72	8

---

## 5. Discussão

Esta revisão sistemática e metassumarização aborda a gestão pública na Odontologia, por meio da análise de condutas adotadas pelos gestores em saúde bucal para a qualificação da gestão pública no Brasil. Uma gestão qualificada está diretamente ligada ao papel do gestor. O gestor irá desempenhar uma boa gestão a partir do momento que ele tem o conhecimento das leis e diretrizes do SUS, da PNSB, põe em prática a Educação Permanente em Saúde (EPS) na sua equipe de trabalho, oportuniza a intersetorialidade entre os meios sociais e exerce o papel de liderança frente a equipe. Na qualificação da gestão é importante o gestor apoiar, orientar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde, envolver os sujeitos coletivos no sistema de saúde e aproximar-se da comunidade, melhorando qualidade da atenção à saúde e qualidade de vida da população.

A utilização da metodologia de metassumarização permite a extração de dados de pesquisas qualitativas, *surveys* e mistos. Além de permitir a integração, interpretação dos achados descritivos e a comparação dos dados entre si<sup>19</sup>. A pesquisa qualitativa por meio das entrevistas, permite respostas com profundidade e com uma maior possibilidade de respostas. A *survey*, utilizando perguntas fechadas permite um espectro menor de respostas, porém não menos importante. E o método misto, com uma abordagem de avaliação que envolve a integração das metodologias quali e quanti possibilita responder à variados tipos de questões de pesquisa<sup>67</sup>.

Os 28 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa trouxeram condutas para gestão em saúde bucal no Brasil e foram publicados entre os anos de 2005 a 2015. Durante esse período, a quantidade de publicações oscilou, apresentando ápice em 2015 com a publicação de 5 trabalhos (Figura 1). As regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil foram os grandes pólos produtores de pesquisa (Figura 2), destaques para os estados de Santa Catarina, Bahia e São Paulo, com 6, 5 e 4 publicações respectivamente, e um estudo multicêntrico entre os estados do Paraná e São Paulo. Os grupos de pesquisas vem desenvolvendo estudos relevantes na gestão em saúde pública e grupos de pesquisadores vem se fortalecendo ao longo do tempo em algumas regiões do Brasil. A Constituição Federal de 1988 criou um sistema único e universal de saúde no Brasil, e este vem se construindo a cada dia, a partir de pesquisas, de discussões e melhoria a partir

da identificação dos problemas. Os grupos de pesquisa que vem se formando no Brasil estão intimamente relacionados ao crescente número de Programas de Pós-Graduação (PPG) em Odontologia. De acordo com as Avaliações Trienais realizadas pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), o número de PPG em Odontologia vem crescendo a cada avaliação. Na avaliação (1998-2000) havia no Brasil 82 PPG e segundo a última avaliação trienal (2010-2012) o Brasil apresenta 96 programas. Considerando estes números, verifica-se ainda que poucos grupos têm se interessado no estudo da gestão em saúde bucal.

Em todos os estudos incluídos os participantes das pesquisas eram CDs e/ou gestores, sendo a maioria dos participantes composta por gestores, que contribuíram significativamente com condutas para a qualificação da gestão em saúde bucal no SUS. O CD é protagonista, seja na Unidade Básica de Saúde (UBS) liderando a Equipe de Saúde Bucal (ESB) ou ocupando um cargo de gestão. Conseqüentemente precisa conhecer, trabalhar, dominar e pôr em prática as condutas para a qualificação da saúde bucal, já que ele é o líder da equipe de saúde bucal. Entretanto, vale ressaltar que uma boa gestão não depende somente de bons gestores, mas sim, da atuação eficaz de toda a equipe.

A avaliação da qualidade dos estudos incluídos foi realizada por meio da avaliação do risco de viés. De maneira geral, a maioria dos trabalhos apresentou baixo risco de viés. Para os estudos qualitativos o CASP<sup>13</sup> forneceu ferramentas para avaliarmos objetivo, delineamento metodológico e análise dos dados. Dos 18 artigos qualitativos 72,22% (N=13) apresentaram baixo risco de viés, 16,66% (N=3) risco moderado e 11,11% (N=2) alto risco. O item do instrumento que mais contribuiu para a queda da qualidade foi “relação pesquisador-participante”, todos os trabalhos não mencionaram qual tipo de relação era estabelecido entre o pesquisador e o entrevistado. Outros itens que contribuíram para a queda na qualidade foram: “recrutamento dos sujeitos da pesquisa” e “justificativa da metodologia qualitativa”, ou seja, não foi relatado no corpo do trabalho como foi realizada a amostragem, se foi por conveniência ou *snowball* (“bola de neve”) e quais critérios foram utilizados para a seleção dos sujeitos da pesquisa. Quanto a justificativa da metodologia qualitativa, os autores dos trabalhos não relataram o porquê de estarem utilizando a metodologia qualitativa, de que maneira essa metodologia iria responder a sua pergunta de pesquisa. Em contrapartida, quando foi avaliado a “clareza do objetivo”



todos os estudos deixaram explícito para o leitor qual o objetivo do trabalho. Os itens “metodologia qualitativa adequada” e “clareza dos resultados”, apenas 1 trabalho não atendeu a esses 2 requisitos, o restante dos trabalhos ficou claro a adequação da metodologia e a maneira com que os resultados foram apresentados.

Das 08 *Surveys* incluídas na revisão sistemática, 62,5% (N=5) apresentaram baixo risco de viés e 37,5% (N=3) dos estudos com alto risco de viés. A avaliação da qualidade foi realizada utilizando itens adaptados de Bennett *et al.*<sup>14</sup> Este instrumento verificou os tópicos relacionados a introdução, metodologia, amostragem, ferramentas de pesquisa e questões éticas. Dos itens avaliados: “instrumento de confiabilidade e validade” contribuiu para queda da qualidade dos trabalhos analisados, ou seja, nenhuma das *surveys* selecionadas apresentaram algum tipo de validação dos questionários. É importante que se entenda que o processo de validação traz consigo confiabilidade e veracidade ao questionário aplicado ao sujeito da pesquisa. Um outro item foi: “cálculo do tamanho da amostra”, onde apenas um trabalho descreveu como foi realizada a amostragem do trabalho. E esse item acaba sendo relevante, pois é a partir dele que consigo saber se foi realizado algum teste estatístico na seleção dos participantes e se essa seleção foi por conveniência, sorteio, etc. Pois partir desses dados é possível verificar a representatividade da amostra. Por outro lado “clareza nos objetivos dos estudos” e “localização e data” foram itens que estavam presentes em todos os trabalhos avaliados, contribuindo para a qualidade dos estudos.

A qualidade dos estudos de metodologia mista foi realizada por meio dos itens adaptados de O’Cathain<sup>15</sup>: sucesso, avaliação do desenho de estudo, avaliação do componente quantitativo e qualitativo, integração e inferências. Nos dois artigos mistos avaliados, 50% apresentavam baixo risco de viés e 50% risco moderado, o que se pode observar foi a falta de informações nos estudos. Na integração dos dados, etapa pela qual os dados quanti são integrados aos dados quali, faltou mencionar de que maneira esses dados foram agregados, qual técnica foi utilizada para realizar tal integração. Outro item na qual faltou informações foi relacionado a “avaliação do componente quantitativo”, o artigo não trouxe informações suficientes no delineamento metodológico, se havia ou não um pesquisador com experiência em pesquisa quantitativa compondo a equipe, e se a amostragem e análise foram pertinentes ao objetivo da pesquisa. Na “avaliação do componente qualitativo” houve a ausência de informações nos itens relacionados a amostragem,

metodologia e presença ou não de um pesquisador com experiência em pesquisa quali. De maneira geral os trabalhos atenderam aos itens do instrumento, faltando apenas complementar algumas informações.

A frequência com que os códigos emergiram nas três famílias pode ser observada nas tabelas 8, 9 e 10. Dentre todos os códigos identificados que apresentaram as maiores frequências de tamanho de efeito na família Gestão Estrutural foram: “Diagnóstico e Planejamento em Saúde” e “Construção das Redes de Atenção”, apontados em 82,14% e 60,71% dos estudos respectivamente. A PNSB traz, em suas diretrizes, que a epidemiologia e as informações sobre o território deverão ser utilizadas para subsidiar o planejamento das ações<sup>33</sup>. O planejamento é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o SUS, por estar voltado à promoção de melhorias das condições de saúde<sup>35</sup>. Os profissionais da saúde bucal devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, buscando a articulação com os mais variados atores sociais envolvidos na promoção da saúde<sup>68</sup>.

Para um bom planejamento faz-se necessário realizar o diagnóstico situacional da realidade, de forma a reproduzir as condições epidemiológicas da população da área de abrangência, pois a partir dele, pode-se elaborar um planejamento das atividades, para iniciar a intervenção<sup>69</sup>. Dessa forma, é possível identificar os principais problemas de saúde bucal que afetam a comunidade por meio do diagnóstico, auxiliando no planejamento e possibilitando uma avaliação permanente das ações propostas. Entretanto, tão importantes quanto a realização de diagnósticos epidemiológicos são a utilização destes pelos profissionais e a continuidade na sua realização. Em muitos municípios, onde foi diagnosticado a não fluoretação das águas de abastecimento público os gestores orientaram a equipe a fazer bochechos fluoretados ou distribuir sachês com flúor. Em locais onde a ESB ainda não estava integrada a Estratégia Saúde da Família (ESF), gestores estimularam a inclusão da ESB na ESF, reuniões para avaliação e planejamento das ações da ESF e utilização de metodologias ativas nas UBS. Em alguns estudos houveram relatos de que quem participava do planejamento em saúde bucal eram os profissionais da própria saúde bucal e alguns também contavam com a participação dos gestores. De certa forma registrou-se a necessidade dos gestores estruturarem e organizarem a saúde bucal, fundamentada no planejamento de ações, para ampliar o acesso e garantir a continuidade do tratamento, incluindo um

melhor conhecimento e gestão das disponibilidades oferecidas pelo governo federal, com a PNSB “Brasil Sorridente”.

No âmbito da saúde bucal, a estruturação da rede de atenção surge como uma solução no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia<sup>41</sup>. Nesse sentido, a rede possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos<sup>70</sup>. Com base neste pressuposto, o governo brasileiro propôs a reestruturação do sistema de saúde, na perspectiva de Rede de Atenção, como estratégia de superação do modo fragmentado de operar a atenção e a gestão nas distintas Regiões de Saúde<sup>52</sup>. As condutas identificadas nessa revisão sistemática mostraram que os gestores possuem o entendimento a respeito do funcionamento das redes de atenção. Sabem da importância dessa ação para a fortalecimento da atenção primária e clareza do papel e abrangência dos níveis de atenção à saúde para o bom funcionamento da rede, melhorando o acesso dos pacientes aos serviços de saúde bucal. E para a consolidação das redes de atenção, gestores têm disponibilizado profissionais em todos níveis de atenção, estimulam a aproximação da ESB com a ESF, lançam ferramentas para integrar atenção básica aos serviços especializados, melhora na funcionalidade das referência e contra-referências por meio da construção coletiva de protocolos.

Na família Gestão do Cuidado, os códigos que apresentaram as maiores frequências foram “Estratégia Saúde da Família” (71,42%) e “Clínica Ampliada” (60,71%). A ESF propõe a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças, tendo a família como foco da atenção<sup>71</sup>. A ESF propõe, ainda, um redirecionamento no processo de trabalho, baseado na interação com uma equipe multiprofissional, visando às práticas mais resolutivas e integrais, dentro da perspectiva da vigilância à saúde, está concebida para a recondução da lógica assistencial, a qual deve superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia, como eixo estruturante das ações coletivas<sup>36</sup>. A maioria dos estudos analisados nesta pesquisa propuseram como condutas adotadas uma maior integração da ESB com a ESF por meio de atividades em grupo, visitas domiciliares da ESB em determinados dias da semana e enxergando sempre o paciente como um todo. Quanto às formas de organização da Atenção Básica, os gestores

informaram a existência da ESF e do programa de agentes comunitários de saúde, além das UBS e com programas específicos para saúde da mulher e da criança, controle da diabetes, hipertensão e saúde bucal.

A clínica ampliada, centrada no sujeito concreto, não somente na sua enfermidade, a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Este é um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, que valoriza as singularidades do paciente<sup>37</sup>. Dentre as condutas adotadas pelos gestores pode-se observar um maior incentivo ao acolhimento dos pacientes, estímulo à corresponsabilização e à promoção da autonomia do indivíduo, como atribuições dos profissionais da saúde bucal e dos gestores da saúde. Seguindo o raciocínio de enxergar o paciente como um todo, as equipes incentivam à alimentação saudável, atividades que visem à educação do cidadão para viver em sociedade e promoção de sua autonomia. Além da prevenção ao uso e abuso de substâncias como álcool ou outras drogas, reciclagem de lixo, cuidados com o meio ambiente e escolas promotoras de saúde e a empatia do profissional para com o paciente, onde ele ouve e se responsabiliza pelo sofrimento do usuário. Importante fazer com que o usuário crie um significado com as informações passadas pelo CD, com o intuito que ele mude os seus hábitos diários, que ele consiga enxergar e por em prática na sua rotina, as orientações passadas pelo profissional da saúde bucal. O atendimento individual de qualidade deve ser parte de uma estratégia de saúde coletiva, com abordagem familiar e na comunidade.

Dentre os códigos identificados que apresentaram as maiores frequências de tamanho de efeito na família Gestão do Trabalho foram: “Trabalho em Equipe Interdisciplinar” e “Educação Continuada em Saúde”, apontados em 46,42% e 28,57% dos estudos respectivamente. A interdisciplinaridade busca uma abordagem ampliada do processo saúde/doença por meio da interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento<sup>46</sup>.

Para o avanço das ações realizadas na ESF, ressalta-se a importância do trabalho em equipe, principalmente pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde<sup>2</sup>. Dessa forma, o trabalho em equipe para a ESB, representa uma maneira de romper com o modelo hegemônico e incorporar o conceito ampliado de saúde, compartilhando, com outros profissionais, o cuidado com a saúde da sua população através dos pressupostos da ESF<sup>32</sup>. Os resultados desta revisão mostraram que a

integração da ESB com os demais membros da ESF ocorre com o desenvolvimento de atividades em conjunto, com o objetivo de aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Uma das condutas mostrou a Odontologia inserida nas ações de vacinação, por meio de atividades lúdico-educativas e escovação supervisionada. Com o auxílio de um nutricionista, o CD avaliou a dieta das crianças, é importante que o CD da ESF saiba como as crianças assistidas vêm se alimentando. Os relatos mostraram que as equipes que compõem a ESF tem se reunido e discutido assuntos relacionados a determinados pacientes e discutido também maneiras de melhorar a comunicação entre as diferentes áreas. Em outra equipe, o relato foi positivo, alegaram que existe integração, comunicação entre os profissionais e isso faz com que eles trabalhem motivados. Para outros a principal função das equipes é discutir e solucionar a queixa do usuário. Trabalhar em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo<sup>73</sup>.

O código “Educação Continuada em Saúde” é essencial para a atualização dos profissionais e das equipes. É importante que cada nível da gestão se responsabilize em estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais para o SUS. E que os cursos de capacitação sejam voltados para toda a equipe.

A tabela de intensidade de tamanho de efeito (Tabela 10) apresenta o peso de cada estudo para o conjunto final de conclusões abstraídas. O estudo que apresentou a maior frequência de intensidade, ou seja que apresentou o maior número de códigos, foi Vieira<sup>38</sup> com 55% (estudo qualitativo), Baldani<sup>39</sup> com 50% (*survey*) e Aquilante<sup>46</sup> com 45% (estudo misto). E os trabalhos que apresentaram a maior intensidade do tamanho de efeito >25%, foram: Aquilante<sup>46</sup> (estudo misto) e Baldani<sup>39</sup> (*survey*) com 81,81%; seguidos por Souza<sup>45</sup> (*survey*) e Vieira<sup>38</sup> (estudo qualitativo) com 72,72%; Aquilante<sup>22</sup> (estudo qualitativo), Godoi<sup>41</sup> (*survey*), Lourenço<sup>44</sup> (*survey*) e Nascimento<sup>30</sup> (estudo qualitativo) com 63,63%. Todos os estudos qualitativos, *surveys* e mistos contribuíram com códigos, sendo relevantes por trazerem condutas importantes para a qualificação da gestão em saúde bucal.

Ao analisar a IE dos artigos incluídos na revisão sistemática foi possível observar que todos os artigos qualitativos participaram dos 20 códigos, emergindo exclusivamente deles 5 códigos (“Avaliação da satisfação do usuário”, “Autonomia

da gestão”, “Avaliação do desempenho individual do trabalhador”, “Gestor qualificado” e “Relacionamento interpessoal”). Os estudos qualitativos trouxeram códigos que as *surveys* e os estudos mistos não trouxeram. Isso reforça a importância da metodologia qualitativa como uma poderosa ferramenta de pesquisa em profundidade na Odontologia.

Vale ressaltar que apesar dos maiores valores de FE terem sido discutidos, todos os códigos são importantes, até mesmo aqueles que apresentaram baixas frequências de tamanho de efeito. O importante para essa revisão sistemática e metassumariação foram os códigos que emergiram e não a quantidade com que eles foram se repetindo entre os estudos incluídos.

## **6. Limitação**

Em se tratando de metassumariação, um fator limitante a pesquisa foi a ausência de um instrumento de avaliação de qualidade que integrasse pesquisa qualitativa, *survey* e mistas. Esta também apresenta limitações no que se refere a redução de divergências metodológicas inerentes aos estudos qualitativos e quantitativo.

## **7. Conclusão**

Assim, essa revisão sistemática e metassumariação apontou várias evidências que podem contribuir para a melhoria dos serviços de saúde. Verificou-se que a qualidade dos trabalhos incluídos apresentou, na sua maioria, adequada, reforçando que essas condutas podem ser úteis ao planejamento e à tomada de decisão, para a melhoria na qualidade da gestão em saúde bucal no Brasil.

## 8. Referências Bibliográficas

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L MJ. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;11–31.
2. Pucca GA, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res* [Internet]. 2015 Oct 1;94(10):1333–7. Available from: <http://jdr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0022034515599979>
3. Pucca Junior GA, Lucena EHG de, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res* [Internet]. 2010;24:26–32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. Mattos GCM, Ferreira EFE, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(2):373–82. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
5. Araújo CEL PR. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Cien Saude Colet*. 2012;17(9):2357–65.
6. Kasper E. Gestão Pública da Odontologia - dificuldades e perspectivas. *Rev da Fac Odontol Porto Alegre*. 2002;53(2):35–9.
7. André A, Ciampone M. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm da USP*. 2008;41:835–40.
8. Souza GCA CI. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Soc*. 2010;19(3):509–17.
9. Vasconcelos CM. Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS. Universidade Estadual de Campinas; 2005.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Grp P. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys Ther* [Internet]. 2009;89(9):873–80. Available from: <Go to ISI>://000270260200002
11. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D,

- Becker BJ, Sipe TA TS. Meta-analysis of observational studies in Epidemiology. *JAMA*. 2000;283(15):2008–12.
12. Suga USG, Terada RSS, Ubaldini ALM, Fujimaki M, Pascotto RC, Batilana AP, et al. Factors That Drive Dentists towards or Away from Dental Caries Preventive Measures: Systematic Review and Metasummary. Wen Z, editor. *PLoS One* [Internet]. 2014 Oct 8;9(10):e107831. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0107831>
  13. CASP (Critical Appraisal Skills Programme). 10 Questions to make sense of qualitative research [Internet]. 2006. Available from: <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/2046-4053-3-139-S8.pdf>
  14. Bennett C, Khangura S, Brehaut JC, Graham ID, Moher D, Potter BK, et al. Reporting guidelines for survey research: An analysis of published guidance and reporting practices. *PLoS Med*. 2011;8(8):1–11.
  15. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2008 Apr 1;13(2):92–8. Available from: <http://hsr.sagepub.com/lookup/doi/10.1258/jhsrp.2007.007074>
  16. Conn VS, Rantz MJ. Research methods: managing primary study quality in meta-analyses. *Res Nurs Health*. 2003;26(4):322–33.
  17. Cooper H. *Synthesizing research: A guide for literature reviews*. SAGE Publications, Inc; 3rd edition; 1998. 216 p.
  18. Hannes K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research [Internet]. [cited 2016 Aug 8]. Available from: <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
  19. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Res Nurs Heal*. 2007;30(1):99–111.
  20. Sandelowski M, Barroso J. Creating metasummaries of qualitative findings. *Nurs Res* [Internet]. 2003;52(4):226–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867779>
  21. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2013 Aug;47(4):1021–



40. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
22. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Jan;20(1):239–48. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
23. Araújo YP de, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219–27.
24. Cavalcanti YW, Júnior RL, Delmondes LN, Prado RL, Padilha WWN. Oral health planning in João Pessoa municipality , Paraíba State : Dental surgeons as protagonists of Basic Care. *Acta Sci*. 2012;34(2):221–5.
25. Chaves CL, Vieira M. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal : o caso de dois municípios da Bahia Professional practices in public dental healthcare : case study of two municipal districts , Bahia State , Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12:1697–710.
26. Correa RP, Parente RCP, Moysés NMN. Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico. *Saúde Transform Soc*. 2010;1(1):75–80.
27. Fernandes EGS, Masiero AV, Kuhnen M. PERCEPÇÃO DE CIRURGIÕES DENTISTAS INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL. *Rev Gepesvida*. 2015;1(2):56–70.
28. de Mello ALSF, de Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. [Oral health care in the health network and the regionalization process]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(1):205–14. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
29. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJ, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa analysis. *Rev Adm Publica*. 2008;42(6):1121–35.
30. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family

- health strategy: A change of practices or semantics diversionism [Saúde bucal na estratégia de saúde da família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009;43(3):455–62. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-68949207046&partnerID=40&md5=934a035f4c7bb15772a1cc2469132321>
31. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Rev Pesqui Bras em Odontopediatria e Clínica Integr*. 2005;5(1):65–74.
  32. Pimentel FC, Moura R, Acioli L. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI , Recife ( PE ) Analysis of oral health attention in the Family Health Strategy of the Sanitary District VI , Recife , Pernambuco State. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15:2189–96.
  33. Rodrigues, AAAO; Assis, MMA; Nascimento, MAA; Fonseca, GS; Siqueira D. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(3):695–709.
  34. Rossi TRA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Dec 1;39(spe):196–206. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500196&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500196&lng=en&nrm=iso)
  35. Sá CR, Kuhnen M, Santos IF, Arruda MP TR. Planejamento em Saúde Bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. *Rev APS*. 2015;18(1):92–101.
  36. Santos, AM; Assis, MMA; Rodrigues, AAAO; Nascimento, MAA; Jorge M. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):75–85.
  37. Santos AM dos, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 Mar;11(1):53–61. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  38. Vieira V, de Andrade FR, de Castro CGJ, Bighetti TI, Narvai PC.

- Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. *Saude e Soc.* 2013;22(3):795–803.
39. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná , Brasil. 2005;21(4):1026–35.
  40. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 Sep;27(9):1731–45. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  41. Godoi H, Mello ALSF de, Caetano JC. Rede de atencao a saude bucal: organizacao em municipios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Feb;30(2):318–32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  42. Godoi H, de Mello ALSF, Caetano JC, Zanardi E. Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte. *Saúde Transform Soc.* 2013;4(4):69–77.
  43. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde e Soc* [Internet]. 2010 Sep;19(3):547–56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  44. Lourenço E do C, Silva ACB, Meneghin M de C, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009;14:1367–77. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  45. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Nov;23(11):2727–39. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  46. Aquilante AG, Aciole GG. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the

- Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(1):82–96. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000100082&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100082&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
47. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawden JAC, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ MS. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl 1):1827–34.
  48. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 011;343:d5.
  49. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; 2011.
  50. Tancredi FB, Barrios SRL FJ. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Editora IDS/USP Banco Itaú; 1998.
  51. Teixeira CF. *O SUS e a Vigilância da Saúde*. Fiocruz. Rio de Janeiro: PROFORMAR; 2003.
  52. Brasil. Portal da Saúde. *A gestão em saúde Brasil*. [Internet]. 2010 [cited 2015 Jul 13]. Available from: <<http://portal.saude.gov.br>>
  53. Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
  54. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(supl):81–9.
  55. Campos GWS. *Saúde paidéia*. 2a edição. São Paulo; 2005. 185 p.
  56. Arantes CIS et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Context Enferm*. 2007;16(3):470–8.
  57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996/2007 [Internet]. 2007. 2007 [cited 2016 Oct 30]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db11>

- 7-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa
58. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG PM. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Soc.* 2007;16(1):57–68.
  59. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2005;9(18):489–506.
  60. Moraes PN IA. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate.* 2013;37(98):416–26.
  61. Adair J. *Strategic Leadership: How to Think and Plan Strategically and Provide Direction.* The John Adair leadership library; 2010.
  62. Oguisso T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nurs Res.* 2000;3(20):22–9.
  63. Leite DO, Souza RC, Naressi SCM, Nicodemo D, Orenha ES KK. Impacto do trabalho auxiliado na qualidade de vida do cirurgião dentista. *Brazilian Dent Sci.* 2011;14(1–2):27–33.
  64. Raimundo JS CM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(Número Especial 2):61–7.
  65. Finkler M, Caetano JC RF. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2011;15(39):1053–67.
  66. Salinas M OL. *Relações interpessoais e suas influências na criatividade no trabalho.* Universidade Federal da Bahia; 2004.
  67. Bamberger B. *The Mixed Methods Approach to Evaluation* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 20]. Available from: [www.socialimpact.com](http://www.socialimpact.com)
  68. Assis MMA, Alves JS SA. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2008;32(supl.1):7–15.
  69. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS CP. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. *Porto Alegre Bol da Saúde.* 2004;18(1).
  70. Pimentel FC, Albuquerque PC de, Martelli PJ de L, Souza WV de, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em

municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico^ipt; Characterization of the work process by oral health tea. Cad.saúde pública [Internet]. 2012;28:s146–57. Available from:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001300015](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015)

71. Franco TB ME. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate. 2003;27(65):316–23.
72. Araújo MBS RP. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Cien Saude Colet. 2007;12(2):455–64.
73. Ferreira RC, Varga CRR SR. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Cien Saude Colet. 2009;14(supl. 1).

# Apêndice A

Instrumento de diagnóstico da gestão  
local da saúde bucal

## **INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA GESTÃO LOCAL DA SAÚDE BUCAL**

### **Objetivo**

Este instrumento tem a finalidade de ajudar os municípios, gestores e equipes de saúde bucal a realizar o diagnóstico de aspectos importantes para a gestão, bem como a propor estratégias que resultem no avanço estrutural da gestão, na qualidade da atenção à saúde da população e na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

### **Pilares da gestão**

O instrumento foi construído tomando como base três pilares da gestão:

- Estrutura
- Cuidado
- Trabalho

De maneira figurativa, estes pilares sustentam a qualidade da atenção à saúde e representam os desafios necessários para consolidação do SUS, garantindo ao cidadão brasileiro o direito à saúde. Cada pilar abrange 6 componentes fundamentais, totalizando 18 componentes, os quais, por sua vez, podem apresentar-se em três cenários de desenvolvimento distintos:

Cenário 1: situação precária

Cenário 2: situação intermediária

Cenário 3: situação ideal

Cada município/equipe deverá identificar qual cenário mais se aproxima de sua realidade. Desta forma, a utilização deste instrumento servirá para direcionar o autodiagnóstico, a reflexão e para nortear as mudanças e avanços pretendidos.

### **Pilar 1 - Gestão estrutural**

#### **1- Construção das redes de atenção**

**Cenário 1)** O município/UBS apresenta pouco entendimento sobre a construção das redes de atenção à saúde e prioriza o atendimento às condições agudas e pouca discussão da saúde bucal.

**Cenário 2)** O município/UBS apresenta parcial entendimento sobre a construção das redes de atenção à saúde e, neste momento, passa por discussão sobre a construção da rede de atenção à saúde bucal.



**Cenário 3)** O município/UBS apresenta os pontos de atenção identificados, com cobertura de 100% da população por equipes de saúde bucal, trabalhando na lógica das doenças crônicas e agudas, a partir do fortalecimento da atenção primária em saúde, como ordenadora do cuidado (sendo o centro de comunicação para coordenar os fluxos e contrafluxos dos serviços), tendo um papel resolutivo dos problemas de saúde da população, evitando que haja necessidade de acessar outros níveis de atenção de maior complexidade, e de corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos. As ações são articuladas e integradas às redes de atenção à saúde (Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência), tendo uma visão abrangente da estruturação da rede de saúde bucal no município, regional de saúde e Estado, para pactuar a melhor configuração da mesma, em termos de economicidade, transparência e otimização de recursos. Há a clareza do papel e abrangência dos níveis de atenção à saúde: primária (Unidades Básicas de Saúde), secundária (Centros de Especialidades Odontológicas) e terciária (Hospitais); que se complementam e trabalham articulados e com boa comunicação.

## **2- Diagnóstico e planejamento em saúde**

**Cenário 1)** O município/equipe não conhece os principais problemas de saúde bucal por meio do conhecimento da sua população, levantamentos epidemiológicos para subsidiar o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização: Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011) atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, porém a área de saúde bucal não participa da sua construção e não tem ações previstas. O município não realiza oficinas para planejamento das ações.

**Cenário 2)** O município/equipe conhece os principais problemas de saúde bucal da população por meio de levantamentos epidemiológicos, mesmo que pontuais, e conhece a demanda por atendimento odontológico, mas não realiza classificação das urgências, nem a estratificação do risco. Não reconhece as vulnerabilidades de sua população e por isso não utilizam esses dados para subsidiar o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização:

Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011), atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, porém as equipes de saúde bucal não participam da sua construção. O município realiza oficinas esporádicas para planejamento das ações.

**Cenário 3)** O município/equipe conhece os principais problemas de saúde bucal por meio do reconhecimento dos riscos, vulnerabilidade da população, levantamentos epidemiológicos periódicos, a demanda por atendimento odontológico e realizam a classificação das urgências e estratificação do risco, que subsidiam o planejamento das ações. O município possui os instrumentos de gestão (atualmente em utilização: Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), plano municipal de saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) – SISPacto ou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP - Decreto 7.508/2011) atualizados anualmente que contemplam ações de saúde bucal, construídos pelas equipes da saúde bucal, de acordo com a necessidade local e em consonância com a linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Além disso, o município pactua as metas com a equipe para dar acesso e melhorar a qualidade do serviço, constrói os indicadores, implementa mudanças necessárias e monitora os resultados periodicamente. O município/equipe realiza oficinas periódicas para planejamento e avaliação das ações, num processo contínuo.

### **3- Sistemas de Informação em saúde e avaliação**

**Cenário 1)** O município/UBS não utiliza os sistemas de informação (SIA/SUS, SIH, CNES, SIAB, e-SUS, dentre outros) e outros registros das ações como instrumento de monitoramento e avaliação e não participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e PMAQ - CEO.

**Cenário 2)** O município/UBS utiliza os sistemas de informação como instrumento de monitoramento, mas não de avaliação. Participação parcial das equipes de saúde bucal do município ao PMAQ e PMAQ-CEO.

**Cenário 3)** O município/UBS utiliza os sistemas de informação (SIA/SUS, SIH, CNES, SIAB, e-SUS, dentre outros) como instrumento de monitoramento e avaliação. Além disso, o município/equipe avalia sistematicamente os indicadores pactuados e o impacto das ações propostas. Há a participação completa das equipes de saúde bucal ao PMAQ e PMAQ - CEO. Além disso, o município/UBS

tem acesso e utiliza informações de sistemas que abrangem dados dos municípios, do Estado e do país.

#### **4- Financiamento e orçamento em saúde**

**Cenário 1)** A área de saúde bucal/equipe não conhece o seu balanço orçamentário (valor de repasse e valor do custo do serviço, quanto do recurso é do PAB (fixo e variável) e quanto é do município) e não participa do planejamento orçamentário, da captação e do plano de aplicação dos recursos.

**Cenário 2)** A área de saúde bucal/equipe conhece o seu balanço orçamentário, porém não participa do planejamento orçamentário da saúde, da captação e do plano de aplicação dos recursos.

**Cenário 3)** A área de saúde bucal/equipe participa do planejamento orçamentário (valor de repasse e valor do custo do serviço, quanto do recurso é do PAB (fixo e variável) e quanto é do município), da captação (Equipes de Saúde Bucal, CEOs - implantação e custeio, PMAQ, co-financiamento Estadual, dentre outros) e do plano de aplicação dos recursos e conhece o balanço orçamentário da saúde. Além disso, a área de saúde bucal acompanha a utilização dos recursos e participa dos processos licitatórios para que haja a melhor relação custo-benefício, considerando a qualidade, durabilidade e custo.

#### **5 - Infra-estrutura física e materiais**

**Cenário 1)** O município possui infra-estrutura precária para o funcionamento das UBSs, para o atendimento clínico odontológico, sem acesso ao serviço de radiologia convencional, sem ambiente para reuniões da equipe de trabalho, baixa disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. O município/UBS não tem equipes de saúde bucal implantadas. Não existe acesso a atendimento para especialidades odontológicas, pois o município não possui um CEO e não há uma referência.

**Cenário 2)** O município possui precária infra-estrutura para o funcionamento das UBSs, atendimento clínico odontológico, com acesso a serviço de radiologia convencional, ambiente para reuniões da equipe de trabalho, boa disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. O município possui equipes de saúde bucal implantadas ou estão em fase de implantação. Há um pequeno acesso ao atendimento em CEOs.

**Cenário 3)** O município possui infra-estrutura adequada para o funcionamento das UBSs, para o atendimento clínico odontológico, com acesso serviço de radiologia

convencional, ambiente para reuniões da equipe de trabalho, disponibilidade de materiais para atendimento clínico, atividades coletivas e para a gestão. Além disso, o município participa de ações estratégicas com equipes de saúde bucal e Centros de Especialidade Odontológicas implantados ou com estabelecido fluxo de referência e contra-referência.

## **6- Acesso à internet**

**Cenário 1)** O município não dispõe de computadores nas UBSs.

**Cenário 2)** O município dispõe de computadores nas UBSs, entretanto não oferece o acesso a internet ou a internet é deficitária.

**Cenário 3)** O município disponibiliza acesso ao conteúdo da internet nas UBSs, com conectividade de boa qualidade para a utilização da rede para o aprimoramento e aquisição de conhecimento e comunicação e interação com outros setores e profissionais.

## **Pilar 2: Gestão do Cuidado**

### **7- Estratégia Saúde da Família**

**Cenário 1)** O município/equipe não prioriza a Estratégia Saúde da Família e a maioria dos CDs, TSBs e ASBs não fazem parte de Equipes de Saúde Bucal. Não apresenta protocolo da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese).

**Cenário 2)** O município/equipe prioriza a Estratégia Saúde da Família e a maioria dos CDs, TSBs e ASBs fazem parte de Equipes de Saúde Bucal, mas o município não apresenta protocolo da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese).

**Cenário 3)** O município/equipe prioriza a Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100% da população pelas Equipes de Saúde Bucal. Atua de acordo com a linha guia da rede de atenção à saúde bucal, com definição dos pontos de atenção e cobertura da atenção básica e fluxograma de atendimento estabelecido para as especialidades (Periodontia, Cirurgia, Pacientes com Necessidades Especiais, Endodontia e Prótese) e para a atenção terciária, coordenados pela

atenção primária. Além disso, as Equipes de Saúde Bucal, trabalham com o objetivo de mudar o perfil epidemiológico das doenças bucais de sua área de abrangência, priorizando os grupos de risco e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

### **8- Clínica Ampliada**

**Cenário 1)** O município/equipe prioriza o atendimento das condições agudas, com foco no tratamento curativo. Não há interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe, nem elaboração do projeto terapêutico singular. O município/equipe não apresenta protocolos de atendimento (guia de conduta, classificação das urgências e estratificação de risco, biossegurança, clínico, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos) e o foco do atendimento é basicamente curativo.

**Cenário 2)** O município/equipe prioriza o atendimento das condições agudas, com foco no tratamento curativo. Há a interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe, sem a elaboração do projeto terapêutico singular. O município/equipe apresenta alguns protocolos de atendimento (guia de conduta, classificação das urgências e estratificação de risco, biossegurança, protocolos para atendimento clínico, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos, dentre outros).

**Cenário 3)** O município/equipe prioriza a abordagem integral, com ênfase na promoção de saúde e prevenção, o atendimento integral para todas as faixas etárias, valoriza o acolhimento, a responsabilização e compromisso com o usuário, promovendo a sua autonomia, tanto em nível individual, quanto coletivo. Há interação com a equipe multiprofissional nas reuniões de equipe e elaboração coletiva do projeto terapêutico singular. O município/equipe possui protocolos de atendimento estabelecidos para classificação das urgências, estratificação de risco, guia de conduta, biossegurança, protocolos clínicos, gerenciamento de resíduos, acidentes biológicos, violência, dentre outros, construídos com a participação da equipe da saúde bucal.

### **9- Intersectorialidade**

**Cenário 1)** O município/equipe não realiza ações intersectoriais para resolução de problemas da saúde. Nenhuma articulação com outras esferas do poder público da sociedade (ex: educação, meio-ambiente, esportes, cultura, comunicação, indústria, etc).

**Cenário 2)** Articulação parcial ou esporádica.

**Cenário 3)** O município/equipe realiza ações intersetoriais para a resolução dos problemas da saúde e priorizar a prevenção de doenças/acidentes e promoção da saúde. Boa articulação com outros setores e agenda conjunta e periódica. Ex: articulação com o setor de saneamento (Fluoretação das águas de abastecimento), articulação com o setor de educação (programas em escolas, etc.), dentre outros.

#### **10- Controle social**

**Cenário 1)** O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais), porém as reuniões são realizadas apenas com a participação de gestores e trabalhadores e/ou prestadores de serviço. As conferências de saúde (municipais e locais) contam com a participação de alguns segmentos da sociedade e a saúde bucal não é discutida.

**Cenário 2)** O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais), porém as reuniões são realizadas apenas com a participação de gestores e trabalhadores e/ou prestadores de serviço. As conferências de saúde (municipais e locais) contam com a participação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e prestadores de serviço e gestores), com formação não paritária e a saúde bucal não é discutida.

**Cenário 3)** O município/UBS apresenta Conselhos de Saúde (municipal e locais) paritário, com reuniões ordinárias mensais e realiza conferências (municipais e locais) de saúde com participação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e prestadores de serviço e gestores) e formação paritária, com efetiva discussão dos problemas da saúde do município/UBS e com propostas encaminhadas para as Conferências de Saúde, consensuadas a partir da definição das prioridades locais. Os conselhos locais participam do gerenciamento das UBSs. Além disso, a comunidade, em diversos espaços sociais, é orientada sobre os serviços e sobre a importância da manutenção e cuidado de sua própria saúde.

#### **11- Avaliação da satisfação dos usuários**

**Cenário 1)** O município/UBS não ouve a opinião dos usuários acerca dos serviços ofertados nas UBSs, das necessidades da comunidade e não tem o serviço de ouvidoria municipal.

**Cenário 2)** O município/UBS realiza raramente a escuta qualificada sobre o serviço nas UBSs e das necessidades da comunidade. O município possui o serviço de ouvidoria que pode resultar em punição para os servidores.

**Cenário 3)** O município/UBS realiza pesquisa de satisfação dos usuários periodicamente nas UBSs, avaliando o serviço e buscando enfrentar os problemas existentes de forma sistemática e realiza a escuta qualificada das necessidades da comunidade. O município possui e utiliza o serviço de ouvidoria para a qualificação da gestão e da atenção.

### **12- Educação permanente em saúde**

**Cenário 1)** Os trabalhadores de saúde não fazem discussão periódica das necessidades da população e não há espaço na rotina do serviço para a realização de discussões sobre a prática diária.

**Cenário 2)** Os trabalhadores de saúde fazem encontros eventuais para a resolução de demandas específicas.

**Cenário 3)** O processo de trabalho está organizado de maneira que haja uma agenda permanente de encontros para a discussão e reflexão dos problemas do dia-a-dia (problematização), buscando as soluções direcionadas à promoção da saúde e qualidade de vida da população, a partir da construção coletiva de propostas sustentáveis. A educação permanente é priorizada e garantida com normas acordadas, estabelecendo carga horária para reunião da equipe e há o registro (memórias ou atas) das reuniões, contendo: os membros da equipe presentes, os temas discutidos, as decisões consensuadas, os encaminhamentos definidos na reunião, os responsáveis e prazos pelas tarefas identificadas, como forma de documentar o processo e acompanhar o desenvolvimento do grupo ao longo do tempo. Além disso, são realizadas capacitações, de acordo com a necessidade do serviço e eventos/reuniões para troca de experiências com outros municípios/equipes.

## **Pilar 3: Gestão do trabalho**

### **13- Avaliação do desempenho individual do trabalhador**

**Cenário 1)** Não existe nenhum incentivo e/ou avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) institucionalizado, nem Plano de Cargos e Salários. Além disso, a forma de contratação não é adequada e há grande rotatividade de profissionais.

**Cenário 2)** Existe esporadicamente algum incentivo e/ou avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) institucionalizada e discussão do Plano de

Cargos e Salários. Além disso, a forma de contratação é adequada, entretanto há rotatividade de profissionais, que buscam melhores condições de trabalho.

**Cenário 3)** Há incentivo e um sistema de avaliação de desempenho individual do servidor da saúde (ADISS) e Plano de Carreira, Cargos e Salários institucionalizados. A forma de contratação é adequada e não há rotatividade de profissionais pois as condições de trabalho são favoráveis. Além disso, os Coordenadores de Saúde Bucal são valorizados e é realizado um contrato de gestão baseado no monitoramento de indicadores de desempenho de toda a equipe, construídos coletivamente.

#### **14- Educação continuada em Saúde**

**Cenário 1)** O gestor não estimula a capacitação dos profissionais de saúde.

**Cenário 2)** O gestor estimula capacitação periódica dos profissionais, porém sem apoio/auxílios financeiros e sem ouvir a necessidade da equipe.

**Cenário 3)** O gestor estimula a capacitação dos profissionais (equipe multiprofissional), com apoio/auxílios financeiros. O município/equipe promove cursos de capacitação em diversos assuntos, atendendo as necessidades levantadas pelo serviço e valorizam as potencialidades individuais. Além disso, os profissionais capacitados, compartilham suas experiências e conhecimentos adquiridos com a equipe (multiprofissional).

#### **15- Trabalho em equipe interdisciplinar**

**Cenário 1)** Os trabalhadores da saúde bucal não interagem adequadamente e não há uma comunicação eficaz com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, ou a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Assim, verifica-se a fragmentação do cuidado, onde cada serviço/equipe realiza isoladamente uma parte do cuidado integral.

**Cenário 2)** Os trabalhadores da saúde bucal não interagem adequadamente e há uma comunicação incipiente com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, ou a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A referência, contra-referência e fluxos nos diversos serviços são definidos, entretanto, os feedbacks não ocorrem com agilidade e de forma contínua. Verifica-se a fragmentação do cuidado, onde os trabalhadores dos níveis de atenção primária, secundária e terciária não discutem coletivamente os assuntos relacionados ao cuidado integral. Além disso, há pouca integração, diálogo e articulação com os gestores, que não pactuam metas comuns com as equipes.



**Cenário 3)** Os trabalhadores da saúde bucal interagem adequadamente por meio de uma comunicação eficaz com a equipe multiprofissional da UBS/estratégia saúde da família, e com a própria equipe da saúde bucal, incluindo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A referência, contra-referência e fluxos nos diversos serviços são definidos e os feedbacks ocorrem com agilidade e de forma contínua. O ambiente para a discussão coletiva entre todos os envolvidos no cuidado é favorável e há o desenvolvimento e fortalecimento das equipes multiprofissionais, pela ação sinérgica das diversas áreas e serviços, entendendo a multidimensionalidade dos problemas da população. Além disso, há uma integração, diálogo e articulação com os gestores, que trabalham para um objetivo comum com as equipes e contribuem com o processo de qualificação da gestão e da atenção.

#### **16- Criatividade, iniciativa, motivação e inovação**

**Cenário 1)** Os trabalhadores da saúde bucal apresentam-se desmotivados, tendo dificuldade até mesmo de executar as tarefas atribuídas à sua função. Os trabalhadores não são ouvidos e existe resistência à mudança e na proposição de novas práticas.

**Cenário 2)** Os trabalhadores da saúde bucal cumprem minimamente as tarefas diárias. Os trabalhadores são ouvidos, entretanto, existe resistência às mudanças e na proposição de novas práticas.

**Cenário 3)** Os trabalhadores da saúde bucal cumprem seu trabalho com motivação, criatividade, são pró-ativos e sentem-se capazes de propor e sugerir soluções inovadoras para o enfrentamento dos problemas. O trabalho em equipe ocorre a partir da identificação das potencialidades individuais e do respeito das diferenças e limitações dos integrantes, onde os trabalhadores são respeitados em suas posições e opiniões e há a sinergia do grupo pela melhoria do cuidado e da saúde da população. Além disso, são valorizados os profissionais/equipes com melhor desempenho.

#### **17- Equipe auxiliar (TSB e ASB)**

**Cenário 1)** O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade insuficiente e estas não trabalham em sintonia com os demais profissionais e não participam/tem oportunidade de participar de capacitações para desenvolver suas atividades.

**Cenário 2)** O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade suficiente, entretanto, estas ainda não exercem suas funções adequadamente e não pactuam metas de trabalho.

**Cenário 3)** O município/UBS apresenta TSB e ASB em quantidade suficiente e que exercem suas funções adequadamente, realizam e cumprem metas pactuadas entre os membros da equipe, discutidas coletivamente. As TSBs e ASBs são ouvidas e sentem-se valorizadas e parte da equipe.

### **18- Integração ensino-serviço**

**Cenário 1)** Não há nenhuma iniciativa de articulação universidade/serviço.

**Cenário 2)** Já existem experiências pontuais de integração universidade/serviço.

**Cenário 3)** A integração universidade/serviço ocorre por meio de estágios curriculares supervisionados por profissionais que compõem a Equipe de Saúde Bucal da ESF bem como por diferentes programas e projetos, como por exemplo Pró-Saúde, Telessaúde Brasil, Residências Multiprofissionais em Saúde, e outros projetos. Estas parcerias estão institucionalizadas ou fazem parte de atividades curriculares obrigatórias dos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia. Há a capacitação dos preceptores e momentos de discussão sobre as necessidades de melhorias no ensino e serviço.

# Apêndice B

Estratégia de Busca - PubMed

	Grupo	Palavras-chaves	Estratégia de busca (Mesh e entry terms)
P		<p>dentist, dentists / general dental practitioner / general dental practitioners</p> <p>policy maker, policymakers / policy maker, policy makers</p>	<p>("Dentist"[All Fields] OR "Dentists"[All Fields] OR "General Dental Practitioner"[All Fields] OR "General Dental Practitioners"[All Fields] OR "policymakers"[All Fields] OR "policymaker"[All Fields] OR "policy makers"[All Fields] OR "policy maker"[All Fields] OR "healthcare manager"[All Fields] OR "healthcare managers"[All Fields] OR "health personnel"[All Fields] OR "administrative personnel"[All Fields] OR "personnel, administrative"[All Fields] OR "administrators"[All Fields] OR "administrator"[All Fields] OR "health facility administrators"[All Fields] OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields]) OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("administrator"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "facility"[All Fields])) OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields]) OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("administrators"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "facility"[All Fields])) OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields]) OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("administrators"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "facility"[All Fields])) OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields]) OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("facility"[All Fields] AND "administrator"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields]) OR "health facility administrators"[All Fields] OR ("facility"[All Fields] AND "administrators"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR ("health facility administrators"[MeSH Terms] OR "health facility administrators"[All Fields] OR "decision makers"[All Fields] OR "decision maker"[All Fields] OR "manager"[All Fields] OR "managers"[All Fields] OR "decision-makers"[All Fields] OR "decision- maker"[All Fields] OR "lead dentists"[All Fields] OR ("lead"[MeSH Terms] OR "lead"[All Fields]) AND ("dentists"[MeSH Terms] OR "dentists"[All Fields] OR "dentist"[All Fields])) OR "leaders"[All Fields] OR "leader"[All Fields] OR "dental leaders"[All Fields] OR "dental leader"[All Fields] OR "dental public health consultants"[All Fields] OR "actors"[All Fields])</p> <p>("policy making"[All Fields] OR "health policymaking"[All Fields] OR "dental practice management"[All Fields] OR ("organization and administration"[MeSH Terms] OR ("organization"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "organization and administration"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "disease management"[MeSH Terms] OR ("disease"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "disease management"[All Fields]) AND ("Dent Pract"[Journal] OR ("dental"[All Fields] AND "practice"[All Fields]) OR "dental practice"[All Fields] OR "Dent Pract (Ewell)"[Journal] OR ("dental"[All Fields] AND "practice"[All Fields]) OR "dental practice"[All Fields] OR "Aust Dent Pract"[Journal] OR ("dental"[All Fields] AND "practice"[All Fields]) OR "dental practice"[All Fields])) OR ("practice management"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "practice management"[All Fields] OR ("management"[All Fields] AND "practice"[All Fields])) OR ("practice management"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "practice management"[All Fields] OR "practice management services"[All Fields] OR ("practice management"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "practice management"[All Fields] OR ("management"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "practice"[All Fields])) OR "practice management service"[All Fields] OR ("practice management"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "practice management"[All Fields] OR ("service"[All Fields] AND "practice"[All Fields] AND "management"[All Fields])) OR ("practice management, dental"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields] AND "dental"[All Fields]) OR "dental practice management"[All Fields] OR ("dental"[All Fields] AND "practice"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "management, dental"[MeSH Terms] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields] AND "dental"[All Fields]) OR "dental practice management"[All Fields] OR ("practice"[All Fields] AND "management"[All Fields])</p>

			AND "services"[All Fields] AND "dental"[All Fields])) OR "managed care"[All Fields] OR "public health management"[All Fields] OR "health management"[All Fields] OR "health policymaking"[All Fields] OR "decision making"[All Fields] OR "health care management"[All Fields] OR "public policies"[All Fields] OR "public policy"[All Fields] OR "health policies"[All Fields] OR "health policy"[All Fields] OR "policies, health"[All Fields] OR "policy, health"[All Fields] OR "national health policy"[All Fields] OR ("health policy"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "policy"[All Fields]) OR "health policy"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "policies"[All Fields] AND "national"[All Fields])) OR ("health policy"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "policy"[All Fields]) OR "health policy"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "policy"[All Fields] AND "national"[All Fields])) OR "national health policies"[All Fields] OR ("health policy"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "policy"[All Fields]) OR "health policy"[All Fields] OR ("policies"[All Fields] AND "national"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR (polcy[All Fields] AND ("federal government"[MeSH Terms] OR ("federal"[All Fields] AND "government"[All Fields]) OR "federal government"[All Fields] OR "national"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields])) OR "governance"[All Fields] OR "clinical governance"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "decision-making"[All Fields] OR "managing resources"[All Fields] OR "leadership"[All Fields])
I		dentistry / oral health / dental care / dental health service	("dentistry"[All Fields] OR "oral health"[All Fields] OR "health, oral"[All Fields] OR "dental care"[All Fields] OR "care, dental"[All Fields] OR "dental health services"[All Fields] OR ("dental health services"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "dental"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR ("dental health services"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "dental"[All Fields])) OR "dental health service"[All Fields] OR ("dental health services"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "dental"[All Fields])) OR ("dental health services"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR ("service"[All Fields] AND "dental"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR "public dental service"[All Fields])
S	Qualitative Research		Não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, pois o termo "qualitative research" foi introduzido somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 como um termo Mesh no PubMed.

# Apêndice C

Artigos Potencialmente Elegíveis

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, survey ou estudo misto	Sujeito de pesquisa: CD ou gestor	Relata condutas adotadas por gestores em Saúde Pública, na área da Odontologia para uma gestão qualificada	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa sejam técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e estudantes de Odontologia e/ou outras áreas de saúde	Incluído?	Consenso
An evaluation model for oral health in primary care	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2011000900007">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2011000900007</a>	Survey	CD	Sim	Não	Sim	Ok
An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil.	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24627060">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24627060</a>	Survey	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Analysis of oral health attention in the Family Health Strategy of the Sanitary District VI, Recife, Pernambuco State	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000400033">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000400033</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores Metropolitan Area: challenges for managers Región Metropolitana de Curitiba: desafíos para el gerentes	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122013000400010">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122013000400010</a>	Qualitativo	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715294">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715294</a>	Misto	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122008000600005">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122008000600005</a>	Qualitativo	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Gestão da atenção básica em	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?scrip">http://www.scielo.br/scielo.php?scrip</a>	Survey	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok

saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902010000300007">t=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902010000300007</a>						
Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Parana, Brazil	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2005000400005">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2005000400005</a>	Survey	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Intersectoriality in health promotion actions carried out by the oral health team of Curitiba, Parana State	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000700095">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000700095</a>	Misto	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902013000300013">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902013000300013</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. Estudo de caso	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715294">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715294</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Oral health care in the health network and the regionalization process	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24473617">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24473617</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Oral health in the Brazilian Family Health Program: A health care model evaluation	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17952265">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17952265</a>	Survey	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Oral health in the family health strategy in a regional management territory of the state of Piauí	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013000200018">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013000200018</a>	Survey	CD	Não		Não	Ok
Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102009000300009">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102009000300009</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Oral health planning in Joao Pessoa municipality, PR State: Dental surgeons as protagonists of basic care	<a href="http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10576">http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10576</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok



# Apêndice D

Análise e Citações de Referências

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, survey ou estudo misto	Sujeito de pesquisa: CD ou gestor	Relata condutas adotadas por gestores em Saúde Pública, na área da Odontologia para uma gestão qualificada	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa sejam técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e estudantes de Odontologia e/ou outras áreas de saúde	Incluído?	Consenso
A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11">http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11</a>		Não	Não	Sim	Não	Ok
A inserção da saúde bucal no PSF.		Não é pesquisa científica				Não	Ok
A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf</a>	Misto	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a20v08n2.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a20v08n2.pdf</a>	Qualitativo	CD	Não		Não	Ok
Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf</a>	Qualitativo	Não	Não	Sim	Não	Ok
Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico (Analysis of oral health actions in the Family Health	<a href="http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewArticle/405">http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewArticle/405</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok

Análise qualitativa do processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família	<a href="http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/viewArticle/2503">http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/viewArticle/2503</a>	Qualitativo	CD	Não	Não	Não	Ok
As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a29.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a29.pdf</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
As Redes de Atenção à Saúde	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf</a>	Não é pesquisa científica				Não	Ok
Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29459.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29459.pdf</a>	Misto	Gestor	Não	Não	Não	Ok
Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/14.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/14.pdf</a>	Misto	CD e gestor	Não	Não	Não	Ok
Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará).	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/07.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/07.pdf</a>	Survey	Não	Não	Sim	Não	Ok
Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/15.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/15.pdf</a>	Survey			Sim	Não	Ok
Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a10.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a10.pdf</a>	Survey	CD	Não	Não	Não	Ok
Conditions and work process in the daily of the Family Health Program: coherency with health	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300031&amp;script=sci_art">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300031&amp;script=sci_art</a>				Sim	Não	Ok

humanization principles	<a href="#">text&amp;tlng=es</a>						
Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf</a>	Qualitativo	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Discourse among dentists within the Family Healthcare Program: crisis and change of habitus within public health.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/11.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/11.pdf</a>	Qualitativo	CD	Não	Não	Não	Ok
Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde	<a href="file:///C:/Users/Tania/Downloads/96846-200785-1-PB.pdf">file:///C:/Users/Tania/Downloads/96846-200785-1-PB.pdf</a>	Misto	Gestor	Não	Sim	Não	Ok
Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf</a>	Não é pesquisa científica				Não	Ok
O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200009&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200009&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>	Qualitativo	Gestor	Não	Sim	Não	Ok
Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf</a>	Survey			Sim	Não	Ok
Percepção de cirurgiões dentistas inseridos na estratégia de saúde da família sobre o trabalho multiprofissional	<a href="http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/66">http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/66</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo	<a href="http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bbo-22517">http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bbo-22517</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf</a>	Qualitativo	CD	Não	Não	Não	Ok

a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil							
Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte	<a href="http://www.redalyc.org/html/2653/26530423012/">http://www.redalyc.org/html/2653/26530423012/</a>	Survey	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Structure and organization of the work of dentists in the Family Health Program of some Municipal Districts of Rio Grande do Norte (Brazil).	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf</a>	Survey	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok

# Apêndice E

Artigos Indicados pelos Autores

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, survey ou estudo misto	Sujeito de pesquisa: CD ou gestor	Relata condutas adotadas por gestores em Saúde Pública, na área da Odontologia para uma gestão qualificada	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa sejam técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e estudantes de Odontologia e/ou outras áreas de saúde	Incluído?	Consenso
A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1807-25772015000300143">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1807-25772015000300143</a>	Não	Não	Não	Não	Não	Ok
Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600140&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600140&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>	Survey	CD	Não	Não	Não	Ok
Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400409&amp;script=sci_abstract">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400409&amp;script=sci_abstract</a>	Não				Não	Ok
Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500196&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500196&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2007000100009">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2007000100009</a>	Qualitativo	CD	Sim	Não	Sim	Ok
Planejamento em saúde bucal	<a href="https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/ap">https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/ap</a>	Qualitativo	CD e gestor	Sim	Não	Sim	Ok

na atenção primária à saúde: da teoria à prática	<a href="s/article/view/1721/864">s/article/view/1721/864</a>						
Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do Semiárido baiano	<a href="http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/326">http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/326</a>	Qualitativo	Gestor	Sim	Não	Sim	Ok
Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório	<a href="http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-49742013000400010">http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-49742013000400010</a>	Não				Não	Ok



# Apêndice F

Quadro de avaliação de qualidade de  
Estudos Qualitativos

	<b>Aguilera SLVU (2013)</b>	<b>Aquilante AG (2015)</b>	<b>Araújo YP (2006)</b>	<b>Cavalcanti YW (2012)</b>	<b>Chaves SCL (2007)</b>	<b>Correa RP (2010)</b>	<b>Fernandes EGS (2015)</b>	<b>Mello ALSF (2014)</b>	<b>Moimaz SAS (2008)</b>
O objetivo da pesquisa é claro? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A metodologia qualitativa é adequada para o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
O projeto de pesquisa foi adequado para abordar o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
A estratégia de seleção dos sujeitos da pesquisa foi adequada para o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Os dados foram coletados de uma maneira que abordasse o tema da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
A relação entre pesquisador e participantes foram devidamente considerados? (sim/não/não claro)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Questões éticas foram levadas em consideração? (sim/não/não claro)	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
A análise dos dados da pesquisa foi suficientemente rigorosa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Os resultados da pesquisa são explícitos? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O pesquisador discute a contribuição do estudo e necessidade de novos trabalhos? (sim/não/não claro)	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não

Continuação:

	<b>Nascimento AG (2009)</b>	<b>Padilha WWN (2005)</b>	<b>Pimentel FC (2010)</b>	<b>Rodrigues AAAO (2011)</b>	<b>Rossi TRA (2015)</b>	<b>Sá CR (2015)</b>	<b>Santos AM (2007)</b>	<b>Santos AM (2006)</b>	<b>Vieira V (2013)</b>
O objetivo da pesquisa é claro? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A metodologia qualitativa é adequada para o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O projeto de pesquisa foi adequado para abordar o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
A estratégia de seleção dos sujeitos da pesquisa foi adequada para o objetivo da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Os dados foram coletados de uma maneira que abordasse o tema da pesquisa? (sim/não/não claro)	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
A relação entre pesquisador e participantes foram devidamente considerados? (sim/não/não claro)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Questões éticas foram levadas em consideração? (sim/não/não claro)	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
A análise dos dados da pesquisa foi suficientemente rigorosa? (sim/não/não claro)	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Os resultados da pesquisa são explícitos? (sim/não/não claro)	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O pesquisador discute a contribuição do estudo e necessidade de novos trabalhos? (sim/não/não claro)	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

# Apêndice G

Quadro de avaliação de qualidade  
*Surveys*

	<b>Baldani MH (2005)</b>	<b>Colussi CF (2011)</b>	<b>Godoi H (2014)</b>	<b>Godoi H (2013)</b>	<b>Lessa CFM (2010)</b>	<b>Lourenço EC (2009)</b>	<b>Mattos GCM (2014)</b>	<b>Souza TMS (2007)</b>
Justificação da questão de pesquisa	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Explícita questão de pesquisa	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Clareza nos objetivos do estudo	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Método de administração do questionário	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Localização e data	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Métodos suficientemente descritos para a replicação	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Evidência de confiabilidade	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Evidência de validade	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Uso de codificação	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cálculo do tamanho da amostra	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Representatividade da amostra	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
Método de seleção da amostra	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Descrição da população da amostra	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Descrição da ferramenta de pesquisa	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Pré-teste do instrumento	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Instrumento de confiabilidade e validade	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Consentimento	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Aprovação ética da pesquisa	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não

# Apêndice H

Quadro de avaliação de qualidade  
Estudos Mistos

	Aquilante AG (2015)		Moretti AC (2010)
<b>Sucesso</b> 1. O componente quantitativo é coerente? Sim 2. O componente qualitativo é coerente? Sim 3. O método misto é coerente? Sim 4. Os componentes qualitativos e quantitativos foram concluídos? Sim 5. O método quantitativos foi planejado, mas não executado? Não 6. O método qualitativo foi planejado, mas não executado? Não 7. O método misto funcionou na prática? Sim	Sim	<b>Sucesso</b> 1. O componente quantitativo é coerente? Sim 2. O componente qualitativo é coerente? Sim 3. O método misto é coerente? Informações insuficientes 4. Os componentes qualitativos e quantitativos foram concluídos? Sim 5. O método quantitativos foi planejado, mas não executado? Não 6. O método qualitativo foi planejado, mas não executado? Não 7. O método misto funcionou na prática? Sim	Sim
<b>Avaliação do Desenho do Estudo</b> 1. A utilização de uma pesquisa de modelo misto é justificada? Sim 2. A metodologia mista é descrita? Prioridade: Sim Finalidade: Sim Sequência: Sim Etapa de integração: Informações insuficientes 3. A metodologia está clara? Sim 4. O projeto é apropriado para abordar as questões de pesquisa? Sim 5. O rigor com a metodologia foi considerada? Informações insuficientes	Sim	<b>Avaliação do Desenho do Estudo</b> 1. A utilização de uma pesquisa de modelo misto é justificada? Sim 2. A metodologia mista é descrita? Prioridade: Sim Finalidade: Não Sequência: Sim Etapa de integração: Informações insuficientes 3. A metodologia está clara? Informações insuficientes 4. O projeto é apropriado para abordar as questões de pesquisa? Informações insuficientes 5. O rigor com a metodologia foi considerada? Informações insuficientes	Sim
<b>Avaliação do componente quantitativo</b> 1. O papel/ função de cada método estão clara? Sim 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? Sim 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? Sim 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? Sim 5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? Informações Insuficientes 6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? Informações Insuficientes 7. As questões de validade foram abordadas em cada método? Não 8. O rigor com o método foi comprometido? Não 9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? Sim 10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? Sim	Sim	<b>Avaliação do componente quantitativo</b> 1. O papel/ função de cada método estão clara? Sim 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? Informações insuficientes 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? Sim 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? Informações insuficientes 5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? Informações Insuficientes 6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? Informações Insuficientes 7. As questões de validade foram abordadas em cada método? Não 8. O rigor com o método foi comprometido? Não 9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? Sim 10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? Não	Informações Insuficientes
<b>Avaliação do componente qualitativo</b> 1. O papel/ função de cada método estão clara? Sim 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? Sim 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? Sim 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? Sim	Sim	<b>Avaliação do componente qualitativo</b> 1. O papel/ função de cada método estão clara? Sim 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? Não 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? Sim 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? Informações insuficientes	Informações Insuficientes

<p>5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? Informações Insuficientes</p> <p>6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? Informações Insuficientes</p> <p>7. As questões de validade foram abordadas em cada método? Não</p> <p>8. O rigor com o método foi comprometido? Não</p> <p>9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? Informações Insuficientes</p> <p>10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? Sim</p>		<p>5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? Informações Insuficientes</p> <p>6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? Informações Insuficientes</p> <p>7. As questões de validade foram abordadas em cada método? Não</p> <p>8. O rigor com o método foi comprometido? Informações insuficientes</p> <p>9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? Sim</p> <p>10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? Não</p>	
<p><b>Avaliação da integração</b></p> <p>1. O tipo de integração é descrita? Informações Insuficientes</p> <p>2. O tipo de integração é adequada para a metodologia da pesquisa? Informações Insuficientes</p> <p>3. Foi alocado tempo suficiente para a integração? Informações Insuficientes</p> <p>4. A abordagem de integração é detalhada em termos de trabalho juntos como uma equipe? Informações Insuficientes</p> <p>5. A estratégia de divulgação detalha como o Método misto será apresentado em relatórios finais e publicação? Informações Insuficientes</p> <p>6. As pessoas que participaram da integração foram claramente identificados? Informações Insuficientes</p> <p>7. Os membros da equipe que participaram da integração foram apropriados? Informações Insuficientes</p> <p>8. Há evidência de comunicação dentro da equipe? Informações Insuficientes</p> <p>9. O rigor foi comprometido pelo processo de integração? Informações Insuficientes</p>	<p>Informações Insuficientes</p>	<p><b>Avaliação da integração</b></p> <p>1. O tipo de integração é descrita? Informações Insuficientes</p> <p>2. O tipo de integração é adequada para a metodologia da pesquisa? Informações Insuficientes</p> <p>3. Foi alocado tempo suficiente para a integração? Informações Insuficientes</p> <p>4. A abordagem de integração é detalhada em termos de trabalho juntos como uma equipe? Informações Insuficientes</p> <p>5. A estratégia de divulgação detalha como o Método misto será apresentado em relatórios finais e publicação? Informações Insuficientes</p> <p>6. As pessoas que participaram da integração foram claramente identificados? Informações Insuficientes</p> <p>7. Os membros da equipe que participaram da integração foram apropriados? Informações Insuficientes</p> <p>8. Há evidência de comunicação dentro da equipe? Informações Insuficientes</p> <p>9. O rigor foi comprometido pelo processo de integração? Informações Insuficientes</p>	<p>Informações Insuficientes</p>
<p><b>Avaliação das inferências</b></p> <p>1 Existe clareza sobre os resultados que emergiram dos métodos? Sim</p> <p>2 As inferências são apropriadas? Informações Insuficientes</p> <p>3 Os resultados de todos os métodos considerados foram suficientes para a interpretação? Sim</p>	<p>Sim</p>	<p><b>Avaliação das inferências</b></p> <p>1 Existe clareza sobre os resultados que emergiram dos métodos? Sim</p> <p>2 As inferências são apropriadas? Informações Insuficientes</p> <p>3 Os resultados de todos os métodos considerados foram suficientes para a interpretação? Sim</p>	<p>Sim</p>