
Sharing management: self-assessment of family health professionals in relation to the 2030 agenda

Compartilhando a gestão: autoavaliação dos profissionais de saúde da família em relação à agenda 2030

Received: 20-09-2024 | Accepted: 21-10-2024 | Published: 24-10-2024

Lílian de Oliveira Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3457-526X>
Universidade Estadual Paulista, Brasil
E-mail: lilian.silveira@unesp.br

Nemre Adas Saliba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9608-1631>
Universidade Estadual Paulista, Brasil
E-mail: nemre.saliba@unesp.br

Suzely Adas Saliba Moimaz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-529X>
Universidade Estadual Paulista, Brasil
E-mail: suzely.moimaz@unesp.br

ABSTRACT

Compliance with the global health agenda has presented itself as a challenge in public health. Primary Health Care is strategic in the territorialization of health and structurally assists health teams in health surveillance. The objective was to evaluate the perceptions of professionals from the Family Health teams on the topic of shared management, evaluation and monitoring of cases and diseases present in the 2030 Agenda and address the challenges of the comprehensiveness of the oral health team. The study is descriptive in nature, with quantitative and qualitative analyses, initially questionnaires were applied to analyze the workers' scores, after this stage a semi-structured interview was carried out with the dental surgeons of the Health Unit to observe the inclusion of oral health on the global agenda. It was concluded that, for workers, shared management is a participatory process, but they see that the goals were not well regionalized.

Keywords: sustainable development; primary health care; self-evaluation programs; health planning; patient care team; regional health planning.

RESUMO

Resumo em português ou espanhol com as mesmas regras e a mesma formatação do anterior. O cumprimento da agenda de saúde global tem-se apresentado como um desafio na saúde pública. A Atenção Primária à Saúde é estratégica na territorialização da saúde e auxilia estruturalmente as equipes da área na vigilância. Objetivou-se avaliar as percepções dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a temática da gestão compartilhada, avaliação e monitoramentos de casos e doenças presentes Agenda 2030 e abordar os desafios da integralidade da equipe de saúde bucal. O estudo é de caráter descritivo, com análises quanti-qualitativas, inicialmente foram aplicados questionários para analisar os escores dos trabalhadores, após essa etapa foi realizado uma entrevista semiestruturada com os cirurgiões-dentistas da Unidade de Saúde para observar a inclusão da saúde bucal na agenda global. Concluiu-se que, para os trabalhadores, a gestão compartilhada é um processo participativo, mas visualizam que as metas não foram bem regionalizadas.

Palavras-chave: desenvolvimento sustentável; atenção primária à saúde; programas de autoavaliação; planejamento em saúde; equipe de saúde; regionalização da saúde.

INTRODUÇÃO

A Agenda 2030, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), é um plano que se baseia na experiência adquirida com a Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigorada de 2000 a 2015 (Brasil, 2013; Nações Unidas-Brasil 2015) cabe ressaltar que, durante esse período, o Brasil se destacou no cumprimento das metas. Tal documento, que inclui o período de 2016 a 2030, é composto por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais se interligam e abarcam uma ampla gama de questões sociais, econômicas e ambientais (Nações Unidas - Brasil, 2015).

Para avaliação desses objetivos, a elaboração e o emprego de indicadores compostos por informações disponíveis e precisos são fundamentais para a tomada de decisões (Albuquerque; Martins, 2017; Catanante et al., 2017). A regionalização tem a função de adaptar essas metas aos contextos locais e promover ações direcionadas e sustentáveis, considerando as particularidades de cada território para que o compromisso global seja fortalecido (Plataforma Agenda 2030, 2024).

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu o monitoramento e a avaliação como responsabilidade dos gestores e dos trabalhadores a partir de um modelo de financiamento que inclui a alocação de fundos estabelecido a partir do resultado da produtividade (Brasil, 2017; Sousa, 2018). A gestão e o monitoramento na Atenção Primária à Saúde são aspectos primordiais para o êxito da Agenda 2030, que estabelece metas globais para o desenvolvimento sustentável.

Para isso, o processo de vigilância em questão exige colaboração ativa de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde envolvidos em todas as etapas do processo desde o planejamento até a avaliação (Carvalho et al., 2012). Essas etapas não se sustentam se forem realizadas de forma isolada; ao contrário, devem integrar um ciclo contínuo de gestão em saúde, o qual deve abranger o delineamento, a implementação, a vigilância, a análise e a revisão das atividades e dos resultados com a finalidade de melhorar continuamente a eficiência desse sistema (Bertagnoli et al., 2021).

Paralelamente aos métodos tradicionais, a gestão participativa proporciona a criação de ambientes de poder compartilhado, possibilitando aos entes envolvidos no processo de trabalho a oportunidade de participação ativa, acúmulo de conhecimento, tomada de decisões e engajamento com o processo e seus resultados. Esse modelo promove a construção coletiva do trabalho, contrapondo à verticalização tradicionalmente

encontrada nas equipes e serviços de saúde (Brasil, 2009; Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019).

A Agenda 2030 reconhece que o cuidado com a saúde requer vigilância e acompanhamento longitudinal dos compromissos firmados. Assim, a melhoria contínua dos indicadores, com maior desagregação e estratificação na população permite uma análise mais precisa e direcionada às necessidades (Martins et al., 2022; Santos; Chinelli; Fonseca, 2022).

Portanto, a gestão e a vigilância construídas de modo territorializado na APS buscam a melhoria dos indicadores e a avaliação contínua das práticas de saúde para garantir a qualidade e a eficácia dos serviços desse setor. O estudo tem como objetivo avaliar o processo de monitoramento, a avaliação e a gestão compartilhada em uma Unidade de Saúde no que se refere aos agravos destacados pela Agenda 2030, atendendo, então, à lacuna existente quanto à forma como a equipe regionalizada organiza seu processo de trabalho e como esse processo é avaliado por ela. Posteriormente, busca-se analisar os desafios enfrentados pela equipe de saúde bucal na atuação frente às demandas estabelecidas por essa agenda.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, no qual se adotou uma abordagem quanti-qualitativa, para caracterizar as variáveis do estudo. A pesquisa ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família, localizado no município de Santos, no estado de São Paulo, Brasil.

Inicialmente, foi aplicado um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados – baseado no da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica referente à segunda fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – para avaliar o monitoramento e a avaliação da gestão em saúde com os trabalhadores da US direcionado às demandas da Agenda 2030.

Como parte dessa análise, foram geradas tabelas de frequência para cada variável categórica, exibindo a frequência e porcentagem para cada categoria. A base de dados da pesquisa foi construída a partir da pontuação atribuída pela amostra selecionada. Esse questionário delineou com a Unidade de Saúde a autoavaliação e o monitoramento, para analisar a autoidentificação e reconhecimento, pelas próprias equipes (Brasil, 2011d),

além de observar a capacidade de cogestão (Campos, 2000). Para isso, é preciso negociar e planejar estratégias como acesso à atenção e à qualidade da organização do processo de trabalho (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012).

Para tanto, foi realizado um censo entre os profissionais da Unidade de Saúde, que foram convidados a responder o questionário. Este censo compreendeu: Agentes Comunitárias de Saúde; Chefe de Seção (chefia da Unidade de Saúde); Enfermeiro, auxiliar administrativo; técnica de enfermagem; auxiliar de saúde bucal; cirurgião-dentista; e membro da equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família responsável pela área da Unidade de Saúde.

Neste estudo, foi estabelecido como critério de exclusão profissionais de férias ou afastados por motivos de saúde e o de inclusão consistiu no aceite do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os objetivos de desenvolvimento sustentável se propõem a serem alcançados até o ano de 2030, como problema de saúde pública sendo as epidemias de aids, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas (17 agravos), doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e outras transmissíveis. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética municipal da Escola de Saúde da Secretaria de Saúde de Santos-SP, número 6.501.527/2024, tendo como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 74123723.4.0000.0263.

Posteriormente, foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa com uma entrevista semiestruturada com os cirurgiões-dentistas da Unidade de Saúde, responsáveis por quatro territórios. As entrevistas foram gravadas e transcritas inalteradamente visando analisar a integração da equipe de saúde bucal vinculada à de saúde da família, observando o compartilhamento da gestão e o processo de trabalho dos munícipes acometidos pelos agravos presentes a meta 3.3 da Agenda 2030.

RESULTADOS

A gestão da Atenção Primária à Saúde atua de forma estratégica na prevenção de doenças e no enfrentamento aos agravos, contribuindo para o escopo das metas da Agenda 2030. Inicialmente, como escolha para avaliação da gestão, buscou-se avaliar o monitoramento e o planejamento das ações em saúde para analisar as estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (Soares; Ramos, 2020; Starfield; Shi; Macinko, 2005). Para isso, foram aplicadas um questionário para autoavaliação da equipe de saúde de uma Unidade de Saúde na Tabela 1.

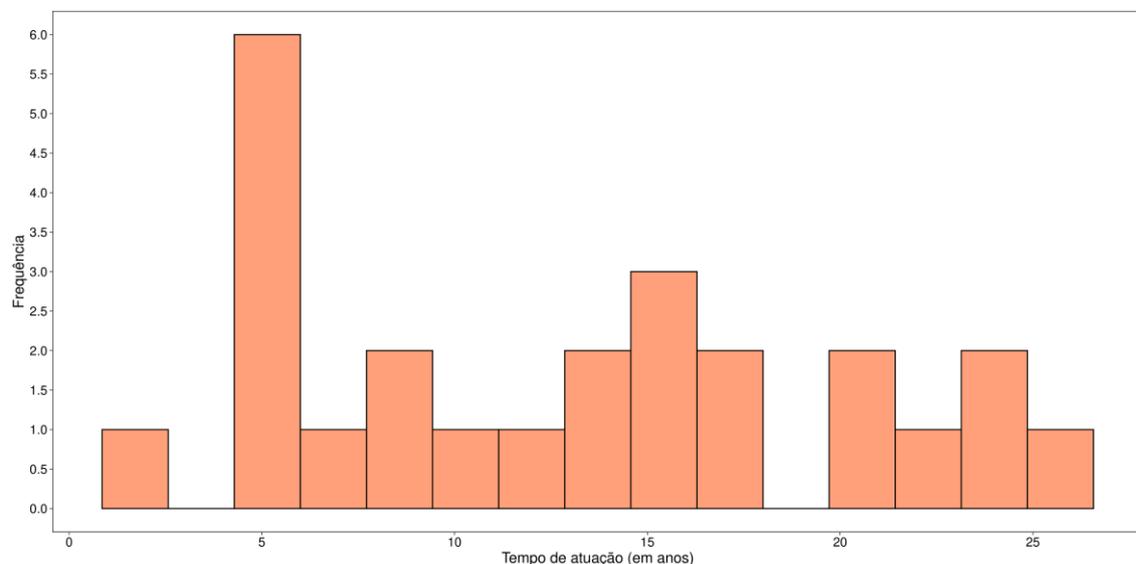
Tabela 3- Análise percentual do questionário

	Nunca	Raramente	Eventualmente	Frequentemente	Muito frequentemente	
Q1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (16%)	21 (84%)	
Q2	Não	Sim				
	22 (88%)	3 (12%)				
Q3	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	12 (48%)	11 (44%)	1 (4%)
Q4	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	11 (44%)	11 (44%)	1 (4%)
Q5	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	4 (16%)	15 (60%)	6 (24%)	0 (0%)
Q6	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	5 (20%)	14 (56%)	6 (24%)	0 (0%)
Q7	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	16 (64%)	2 (8%)	6 (24%)
Q8	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	3 (12%)	15 (60%)	6 (24%)	1 (4%)
Q9	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	13 (52%)	6 (24%)	5 (20%)
Q10	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (64%)	4 (16%)	5 (20%)
Q11	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	3 (12%)	15 (60%)	0 (0%)	7 (28%)
Q12	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	19 (76%)	0 (0%)	5 (20%)
Q13	Sim	Não	Não sei responder			
	19 (76%)	2 (8%)	4 (16%)			
Q13 A	Sim	Não	Não sei responder			
	16 (84.2%)	0 (0%)	3 (15.8%)			
Q13 B	Sim	Não	Não sei responder			
	16 (84.2%)	0 (0%)	3 (15.8%)			
Q14	Sim	Não	Não sei responder			
	24 (96%)	0 (0%)	1 (4%)			
Q14 A	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (41.7%)	14 (58.3%)	0 (0%)
Q15	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	5 (20%)	15 (60%)	3 (12%)	2 (8%)
Q16	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	12 (48%)	3 (12%)	5 (20%)	0 (0%)	5 (20%)
Q17	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei responder
	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (52%)	12 (48%)	0 (0%)
Sexo	Feminino	Masculino				
	21 (84%)	4 (16%)				

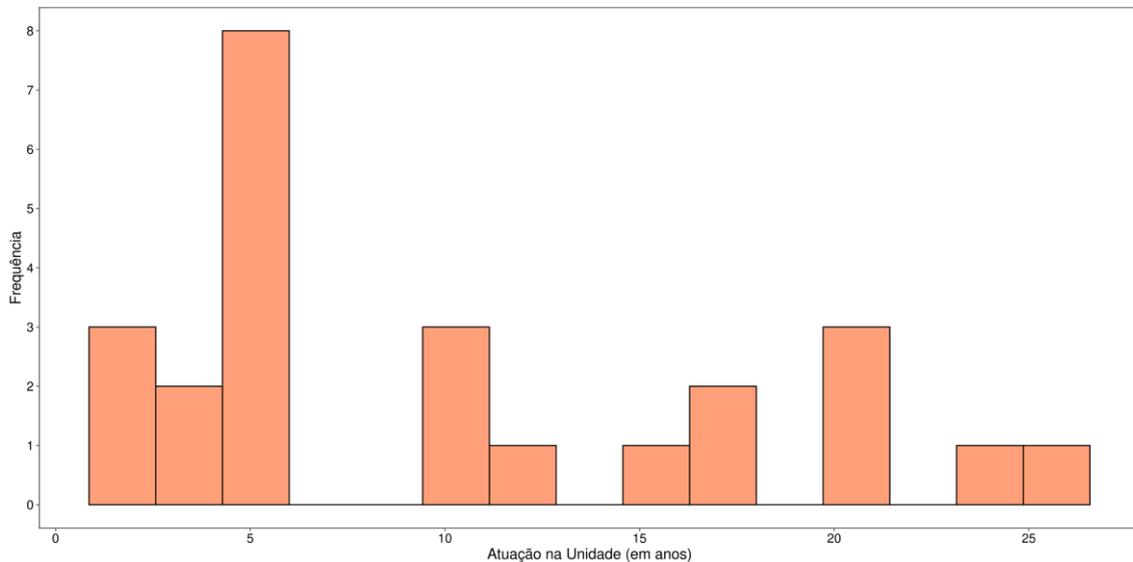
	Agente comunitário	Auxiliar administrativo	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar saúde bucal	Chefe administrativo	Chefe de seção	Cirurgião-dentista	Dentista	Enfermeira	Médica	Profissional NASF
Cargo na Unidade	8 (32%)	2 (8%)	4 (16%)	2 (8%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)
Cargo na Unidade	Agente comunitário	Administrativo	Auxiliar de enfermagem	Saúde Bucal	Médica/Enfermeira	Profissional NASF					
	8 (32%)	4 (16%)	4 (16%)	4 (16%)	4 (16%)	1 (4%)					

Fonte: Própria

Figura 1-Análise de frequência e tempo de atuação profissional



Fonte: Própria

Figura 2- Análise da frequência e tempo de atuação na Unidade de Saúde

Fonte: Própria

A Tabela 1 mostra as questões norteadoras do questionário aplicado à equipe de saúde.

A Tabela 2, observa-se que na questão 1, 16% respondeu "Frequentemente", enquanto que 84% respondeu "Muito frequentemente". Ninguém da amostra selecionou as outras opções de resposta. Há um consenso que as reuniões de planejamento de ação ocorrem com regularidade, o que se configura um aspecto positivo na vigilância em saúde.

Verificou-se que 88% dos profissionais não tem conhecimento sobre a Agenda 2030, o que identifica a necessidade de alinhar entre a equipe as metas do programa, a equipe entende que atende e presta cuidado aos agravos citados, tendo como destaque do cuidado, a tuberculose e HIV. 60% da equipe avalia que há planejamento, prevenção, controle e tratamento com base nas doenças mais prevalentes de seu território,

A Figura 1 e 2 ilustra que há maior concentração de profissionais com 5 anos de atuação, e profissionais com tempo próximo a 15 anos. Os profissionais com menos tempo de atuação na unidade tiveram respostas que tendiam para o desconhecimento da pergunta e fluxo da unidade ou que discordam, esse dado pode estar relacionado ao menor tempo de atuação e alinhamento com a equipe. Além disso, observa-se que o tempo de atuação dos profissionais médio é de 13 anos, sendo 25% da amostra com menos de 6 anos e 75% menos que 18 anos.

A análise dos dados demonstraram que os profissionais que trabalham na unidade com mais tempo de atuação apresentam respostas mais positivas às questões, o que pode

indicar que a experiência e a confiança aumentam com o tempo. Concomitantemente, a idade e o tempo de atuação na unidade de saúde estão relacionadas com as respostas dos profissionais, visando que a adaptação e a integração na unidade influenciam suas opiniões e comportamentos.

Sobre o planejamento compartilhado, 48% dos trabalhadores discordam que haja envolvimento da comunidade e redes sociais no planejamento e controle dos agravos. No entanto, responderam positivamente ao acompanhamento de doenças transmissíveis, infecciosas e emergentes.

Integração da Saúde Bucal na Agenda 2030

Posteriormente, foi realizada uma entrevista com questionário semiestruturado com os cirurgiões-dentistas da Unidade de Saúde para analisar como a equipe de saúde bucal situa a Agenda Global em sua rotina, agendamentos e acolhimento. Foi utilizado um roteiro flexível que permitiu acomodar qualquer novo aspecto que pudesse surgir durante as entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas integralmente.

Quanto às compreensões de organização de processos de trabalho e acesso, as definições fornecidas pelos cirurgiões-dentistas (CD) se fundamentaram na organização do fluxo. As respostas foram associadas à agenda programática e à agenda espontânea.

Organização do acesso à saúde bucal na ESF em relação a agenda 2030

As informações colhidas evidenciaram limitações no agendamento dos munícipes:

[...] “Temos uma agenda programada de 12 pacientes mais 2 horários reservados para atendimento de emergências. No entanto, na gestão e organização do trabalho, os pacientes com tuberculose e portadores de HIV tem prioridade no agendamento” (CD1).

[...] “Nos organizamos através da agenda programática, nesses casos a equipe normalmente nos passa os casos então fazemos o encaixe, fora as consultas de urgência que estão disponíveis todos os dias” (CD2).

Verificou-se que o cirurgião-dentista não está integrado às metas da equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente em sua rotina de atendimentos. Logo, a abertura de vagas para os munícipes com presença dos agravos remete a um acesso indireto, ou seja, é mediado por outros profissionais que estão mais integrados com a saúde em geral do indivíduo. No entanto, o primeiro discurso abordou a prioridade a dois agravos da Agenda 2030 e ao atendimento aos agravos com maior

prevalência no território. Na segunda entrevista, foi citada a consulta de urgência como espaço de acesso.

Integração do cirurgião-dentista na ESF e compartilhamento de casos

Houve consenso sobre a rotina de trabalho e o estreitamento dos casos, o que, por vezes, não ocorre de forma integral devido à demanda acumulada e à escassez de tempo disponível (Alves et al., 2021). Esses fatores são considerados significativos para a colaboração e integração entre os profissionais no contexto da saúde bucal na Unidade de Saúde:

[...] Existe um pouco de isolamento do dentista apesar de serem realizadas reuniões semanais com a equipe multidisciplinar. Durante as reuniões são discutidos alguns casos mais relacionados com a parte médica. A rotina de atendimentos é um pouco extensa e corrida devido à alta demanda de pacientes na nossa região (CD 1).

[...] Não acredito que haja isolamento, mas a rotina impede maior interação então ficamos mais envolvidos nos casos do consultório. Mas a equipe é integrada e se mantém atualizada nas reuniões de equipe e compartilhamento de casos (CD2).

Há uma identificação das reuniões de equipe como ferramenta relevante para alinhamento das estratégias de ação e ampliação do cuidado aos usuários. De acordo com a percepção dos entrevistados, a integração ocorre no espaço coletivo e no compartilhamento de saberes, sendo apontadas como ambientes potentes de construção e discussão de casos.

Os espaços colaborativos e de cogestão possuem potencial de construir espaços compartilhados de poder e engajar os trabalhadores no processo de trabalho, permitindo que se envolvam, aprendam e assumam uma responsabilidade ampliada com todo o processo e seus respectivos resultados (Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019). O modelo de gestão que rompe com o molde tradicional, centralizador e verticalizado favorece a integração de metas na equipe de saúde (Cunha; Campos, 2010).

A abordagem da Estratégia Saúde da Família aplicada aos cirurgiões-dentistas transcende à prática clínica, sendo necessário adotar uma perspectiva holística e abrangente da saúde. Contudo, a educação formal muitas vezes não abrange suficientemente tais aspectos, ou aborda-os de maneira pontual e descontextualizada, resultando em uma preparação inadequada para a colaboração multiprofissional, para a

abordagem interdisciplinar e para a experiência do modelo de promoção da saúde (Paim, 2003). É essencial reajustar as práticas profissionais, iniciando com o fomento à educação permanente e à avaliação, além de monitoramento sistemático das atividades que realizam (Mattos et al., 2014).

Saúde bucal e as demandas da agenda 2030

Apesar da menção ao atendimento a alguns grupos presentes na Agenda 2030, destaca-se a impossibilidade de adequar à realidade da equipe de saúde:

[...] A saúde bucal tem metas específicas de financiamento, mas infelizmente, não são realizadas, na minha opinião, por problemas políticos e gestão inadequada. As demandas da agenda de 2030 estão muito distantes. Precisa ser realizado um melhor planejamento voltado para nossa equipe bucal. Por exemplo, deveriam ser montados centros de referência para esses pacientes, de maneira que dividiria a agenda com os demais atendimentos como (crianças, gestantes e idosos). Desta maneira, poderíamos prestar um atendimento com melhor qualidade diminuindo também o tempo de espera (CD 1).

[...] Uma medida que eu acredito que ajudaria a incluir a saúde bucal nessa meta é incluir essas demandas nos indicadores de saúde bucal porque se torna um incentivo (CD 2).

Corroborando com a colocação feita pelo CD1, os estudos de Feitosa et al. (2016) e Flôres et al. (2018) enfatizam que as mudanças necessitam do envolvimento de todos os profissionais e todos os gestores em saúde. Para isso, o fator determinante na integração das metas da equipe consiste na organização estrutural do trabalho; porém, por não disporem de recursos humanos suficientes em relação à demanda e à extensão do território, esse processo se apresenta como um desafio.

O CD1 defende como possibilidade a regionalização do cuidado e a CD2 pontua os indicadores como um modo de incentivar e redirecionar o olhar da equipe. Vê-se que o pensar saúde ocorre de forma fragmentada institucionalmente; nesse sentido, os indicadores refletem essa forma de construir políticas públicas.

Fatores que interferem na integração da ESF

Os profissionais indicaram os seguintes fatores que interferem na integração da ESF:

[...] Atualmente temos uma demanda reprimida muito alta porque existem apenas 2 dentistas para atender 4 regiões. Na realidade deveriam ter no mínimo 3 profissionais. Poderiam incluir também um Técnico de higiene dental (CD1).

[...] A demanda reprimida é um grande problema, tem poucos profissionais para atender a quantidade de municípios que precisam de tratamento (CD2).

Eles foram unânimes em afirmar como a demanda é desproporcional à mão de obra disponível. A quantidade de pessoas a serem atendidas em relação ao território inviabiliza a adesão integral à Agenda 2030, enfatizando também o quanto essa condição limita o cuidado às ações curativas. A pesquisa, ainda, evidencia uma lacuna presente nos serviços de saúde, que teoricamente estão aptos para assumir e trabalhar de acordo com o modelo de atenção, as condições de trabalho vivenciadas, porém, limitam a atuação da equipe. A saúde bucal é frequentemente regida por critérios relacionados à produtividade e ao desempenho, que se baseiam no alcance de metas estabelecidas sem a participação dos trabalhadores (Alves, 2007; Ranieri, 2014).

Organização do trabalho do cirurgião-dentista na ESF

Quanto à organização do trabalho do cirurgião dentista na ESF, os entrevistados dizem que:

[...] Os planejamentos são realizados pela equipe de saúde bucal. Alguns casos mais específicos são compartilhados com a equipe de saúde durante as reuniões semanais. (CD 1)

[...] Os planejamentos são feitos em conjunto com a equipe na tentativa de incluir as demandas e que a gente esteja alinhado no cuidado aos municípios (CD 2).

As respostas dos participantes se alinham ao enfatizar que as reuniões de equipe auxiliam no planejamento, mas divergem na forma como a agenda é construída. Assim, o CD 1 aponta que a construção ainda é centralizada pela equipe de saúde bucal; então, não há total integração. A reunião de equipe é o espaço em que se cria a oportunidade de

adicionar demandas da equipe no atendimento; para tanto, a CD 2 vê uma construção longitudinal do atendimento.

Como visto, a promoção de saúde não foi explorada. A referência ao cuidado ainda está por vezes limitando-se a mencionar o curativismo sem abarcar de fato a promoção. A relação da alta demanda foi o eixo temático mais explorado pelos participantes, sendo a maior parte dos relatos direcionados às dificuldades em alinhar a Agenda 2030 à rotina dos atendimentos e em estabelecer essa política como prioritária.

DISCUSSÃO

As iniciativas de avaliação para além de apoiar as ações de planejamento e identificação de problemas abarcam um caráter político-simbólico (Faria, 2005) preenchendo lacunas de informação a respeito dos resultados obtidos. A melhoria da organização do trabalho em equipe depende do reconhecimento de falhas, minimizar os danos, a reavaliação ou a eliminação desses problemas (Sousa, 2018).

A literatura diverge sobre o formato pelo qual os indicadores globais direcionam o cuidado à saúde. As metas e os resultados, por vezes, são apresentados para pactuação sem análise da implantação, podendo transformar-se em um compromisso sem resolutividade. Esses fatores associam-se à dificuldade de os profissionais compreenderem a metodologia, desconhecendo, assim, a evolução histórica dos resultados e a desarticulação das ações necessárias para o controle dos agravos e do trabalho longitudinal envolvido (Albuquerque; Martins, 2017).

No entanto, desde a sua concepção, diversas disputas políticas e desafios metodológicos ocorreram na construção e na definição dos indicadores globalmente alinhados (Kapto, 2019; United Nations High Level Political Forum, 2017). A resolutividade dos serviços de saúde é limitada pela ausência na estrutura que seja eficaz na priorização de metas e treinamento técnico que se adapte às inovações propostas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável apresentados (Allen; Metternicht; Wiedmann, 2018).

Além disso, o monitoramento de indicadores não é suficiente para garantir o sucesso da implementação da Agenda 2030. É imperativo desenvolver modelos de responsabilização que vão além da análise quantitativa dos indicativos. Deve-se reconhecer os atores sociais que não podem ser medidos apenas numericamente,

problemas estruturais e processos de desenvolvimento (Fukuda-Parr, 2016; Fukuda-Parr; McNeill, 2019; Martins et al., 2022; United Nations High Level Political Forum, 2017).

No entanto, de acordo com Elder, Bengtsson, Akenji (2016), a Agenda 2030 se diferencia dos demais acordos internacionais devido à amplitude dos compromissos temáticos e ao reconhecimento da integralidade de seus objetivos, considerando a interdependência dos causadores sociais envolvidos (Elder; Bengtsson; Akenji, 2016; Nações Unidas – Brasil, 2015). Contudo, esses indicadores continuam a ser objeto de debate em decorrência da necessidade de adaptar as demandas específicas dos países, bem como seus territórios e as visões socioeconômicas da saúde. As divergências podem influenciar na visão integral presente na Agenda (Martins et al., 2022).

A autoavaliação da equipe analisou como o cuidado tem sido direcionado, especialmente com metas hierarquizadas, garantindo que de planejamento esteja alinhado com toda a equipe. A equipe reconhece a prestação de cuidado em diferentes níveis para diferentes agravos. A capacitação da APS deve ser contínua para que alinhe os objetivos da Agenda 2030 e promover uma gestão compartilhada.

Um dos desafios enfrentados no combate aos agravos presentes na Agenda 2030 é o monitoramento feito de forma fragmentada. Isso se dá pelo fato de essa atividade ser realizada de maneira isolada pelas equipes sem uma integração efetiva que permita uma visão holística do progresso, excluindo alguns atores do processo, como a equipe de saúde bucal. A falta de coordenação pode provocar lacunas decorrentes da desagregação dos dados, das redundâncias e das dificuldades na avaliação do impacto das intervenções (Moraes; Santos, 1998).

Para garantir que as informações sejam compartilhadas e utilizadas de forma eficaz no planejamento e na implementação de estratégias para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, é fundamental promover uma abordagem intersetorial, que utilize plataformas de dados e que permita a estratificação dos indicadores.

Dessa forma, é fundamental integrar objetivos para uma análise sistêmica das causas e dos impactos do alcance às metas de saúde. A adoção de metodologias regionalizadas de avaliação de desempenho e projeção do alcance das metas, desagregadas pelo público, é essencial para orientar as políticas públicas na direção à redução das desigualdades (Martins et al., 2022).

A finalidade da avaliação, então, não deve se ocupar apenas em demonstrar os problemas ou propor soluções para os obstáculos detectados, mas também em produzir

mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, a avaliação, a correção de situações potencialmente melhoráveis e a democratização dos dados (Alves, 2008; Carvalho et al., 2012).

Dentro das potencialidades da Atenção Primária à Saúde, as reuniões de equipe foram apontadas com a construção de um espaço colaborativo, onde os profissionais podem compartilhar informações, discutir casos clínicos e desenvolver ações conjuntas para o cuidado dos usuários, visando ao fortalecimento do grupo setorial e integração das metas.

Nesse sentido, as avaliações são discutidas coletivamente, proporcionando uma oportunidade para reflexão conjunta com identificação de áreas para melhoria e planejamento de estratégias para o próximo ciclo. Essa abordagem colaborativa é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados à comunidade (Ribeiro; Scatena, 2019).

As reuniões foram apontadas como instrumentos utilizados pela equipe e permitem que a equipe identifique oportunidades de melhoria, garantindo que o atendimento prestado seja resolutivo, promovendo a integralidade, facilitando a referência e a contrarreferência (Guimarães; Castelo Branco, 2020).

A integração de sistemas de informação é fundamental para o monitoramento e gestão dos agravos em questão, especialmente no contexto da Agenda 2030, que objetiva promover o desenvolvimento sustentável e o bem-estar global. No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 destaca a importância de sistemas integrados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, visando reduzir desigualdades (Brasil, 2021; Plataforma Agenda 2030, 2024).

Esse fato é corroborado pelo estudo de Coelho Neto e Chioro (2021) ao destacarem que a falta de integração entre os diferentes sistemas de informação em saúde pode comprometer a eficácia dos grupos setoriais, como evidenciado no gerenciamento de dados e na necessidade de verificação das informações coletadas.

A equipe de saúde bucal aponta a fragmentação do cuidado, uma vez que sua atuação frequentemente se restringe a questões curativas. Os profissionais apontam a dificuldade em integralizar as tecnologias de cuidados em sua prática profissional. O Programa Brasil Sorridente ampliou o acesso aos serviços de saúde, mas há um déficit estrutural, que reforça o isolamento da equipe de saúde bucal em relação à de saúde e suas

metas, uma vez que aquela não faz parte do grupo setorial mínimo da ESF, sendo adicionadas separadamente. Isso provocou maiores distanciamentos em pautas da equipe de saúde, devido à sobrecarga de sua agenda programática e de seus indicadores que não os incluem no cuidado.

Uma estratégia para tentar preencher a lacuna da vigilância e do planejamento da equipe de saúde à Agenda 2030 seria englobar o planejamento integrado da atenção, que contempla as ações de monitoramento e assistência, como instrumento para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, fazendo diagnóstico situacional, a avaliação dos riscos e das vulnerabilidades do território.

A Agenda destaca doenças que acometem populações em situações de fragilidade semelhantes e a perpetuação dela sinaliza a perpetuação da desigualdade. Essas disparidades podem afetar negativamente a saúde bucal de populações que tradicionalmente enfrentam exclusão, incluindo idosos, pessoas com menor nível de educação formal e/ou renda reduzida (Barbosa; Barbosa; Najberg, 2016; Freire et al., 2021).

A inclusão da saúde bucal na Agenda 2030 da ONU para o desenvolvimento sustentável é um marco significativo. Contudo, a alocação de recursos específicos para essa área nem sempre é adequadamente refletida no orçamento da Organização Mundial da Saúde/OMS (Celeste; Warmling, 2014; Santos et al., 2023). Consequentemente, a omissão no financiamento em saúde, oferece impactos na formulação de políticas e estratégias para melhorar a saúde bucal globalmente.

A atuação conjunta é uma oportunidade de incentivo à ampliação do acesso a serviços odontológicos de qualidade, reconhecida como parte integrante dos esforços globais para alcançar um mundo mais saudável e sustentável até 2030 (Cruz et al., 2022). Assim, o trabalho da APS é fundamental na atuação da agenda, necessitando da atuação da equipe multidisciplinar, incluindo a de saúde bucal, que, muitas vezes, é isolada dentro das vivências e dos indicadores desse setor. Tal fator desconsidera a sua potente contribuição quanto à vigilância, à criação de vínculo com a família e à avaliação clínica – já que muitas dessas doenças apresentam sinais e sintomas orais – (Moura et al., 2022), além do auxílio no planejamento em saúde. O grupo considerado de risco deve ser ampliado na equipe de saúde bucal não só acerca das doenças bucais, mas também em relação à fragilidade social e aos grupos prioritários, que estão sob a vigilância constante da equipe de saúde.

A equipe em questão tem papel fundamental em educar a população sobre a relevância da saúde bucal e em como ela se conecta à saúde integral do indivíduo e promover mudanças no processo de trabalho, reorganizando a atenção básica e ampliando a cobertura e resolutividade (Plataforma Agenda 2030, 2024; Soares et al., 2011; Souza; Roncalli, 2007). A organização da agenda programática de saúde bucal, mesmo adotando o modelo da ESF, continua a refletir uma abordagem curativista (Silva; Peres; Carcereri, 2020).

Nesse contexto, o Programa Previne Brasil apresenta um obstáculo para a inclusão do cirurgião-dentista nos objetivos da Agenda 2030, já que o indicador para a saúde bucal se concentra exclusivamente no atendimento à gestante, resultando na redução do acesso da população. A responsabilidade sanitária deve ser ampliada, abrangendo todo o território e toda a população assistida, integrando assim as metas. A construção do cuidado em colaboração complementar e coordenada entre os integrantes, tentando superar a atuação profissional fragmentada, poderá qualificá-lo e avançar na superação dos problemas em saúde e na elaboração de condutas mais eficientes (Lavôr et al., 2019; Peduzzi et al., 2013).

Essa abordagem, que tem como foco principal as medidas terapêuticas, acaba por restringir a equipe de saúde bucal ao ambiente do consultório e à assistência clínica. Mesmo com o crescimento observado nos serviços odontológicos, os obstáculos resultantes de anos de desassistência para com a população ainda são uma realidade. Para agravar a situação, a equipe disponível para suprir as demandas é restrita (Alves et al., 2021).

Para implementação da Agenda 2030, a equipe tem adotado as reuniões de equipe e planejamentos de ação de forma colaborativa. Os agravos que recebem mais atenção são HIV e tuberculose. No entanto, enfrentam desafios na incorporação da participação comunitária nas ações e a integração da equipe de saúde bucal.

Ademais, a necessidade de capacitação dos profissionais se faz presente para alinhar com os objetivos do modelo de saúde (Batista; Gonçalves, 2011). Paralelamente, a precarização do trabalho, através da flexibilização da carga horária dos trabalhadores, diminui os trabalhadores de tempo integral, podendo resultar em importantes prejuízos na dinâmica da Unidade de Saúde. Esses impactos incluem a incapacidade de realizar o trabalho de forma adequada, a instabilidade do recurso humano em relação à população assistida e a falta do profissional em momentos cruciais de planejamento de ações (Mattos et al., 2014).

A territorialização da saúde se apresenta como alternativa para ampliação do cuidado e para o replanejamento de ações, pois se adapta a novas situações, interpretações realidade e situações emergentes a fim de que fortaleçam as políticas públicas. Corroborando com essa análise, a Agenda se pauta no princípio de “não deixar ninguém para trás”, reforçando o compromisso com o desenvolvimento coletivo e diminuição das desigualdades (Martins et al., 2022; Nações Unidas – Brasil, 2015).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o questionário de monitoramento e avaliação respondido pela equipe de saúde da Unidade considera que parte significativa da equipe desconhece a Agenda 2030 da ODS, mas atende as demandas dos agravos individualmente.

Os pontos considerados limitantes para a prática interprofissional foram a demanda excessiva de usuários, a alta demanda e a equipe reduzida, o que contribui para uma lista de espera que limita o acesso ao serviço. As reuniões em equipe auxiliam nos atendimentos compartilhados e no processo de planejamento de ações, oportunizando e incluindo o grupo nos casos em que não vieram por via odontológica.

Foi possível, ainda, verificar que, mesmo que a equipe de saúde bucal esteja integrada com a Agenda de 2030, a alta demanda de atendimentos dificulta a priorização de todos os agravos presentes na meta 3. No entanto, dentro da organização do acesso foram incluídos, como parte do grupo prioritário, os munícipes acometidos por casos de HIV e tuberculose.

Como estratégia de fortalecimento, destacam-se a necessidade de integrar os dados em saúde e de modificar o olhar sobre os indicadores de saúde bucal, ampliando o financiamento para acompanhar o progresso em relação aos Objetivo de Desenvolvimento Sustentável.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe, p. 118–137, mar. 2017.

ALLEN, C.; METTERNICHT, G.; WIEDMANN, T. Initial progress in implementing the Sustainable Development Goals (SDGs): a review of evidence from countries. *Sustainability Science*, v. 13, n. 5, p. 1453-1467, 2018.

ALVES, C. K. A. Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2008.

ALVES, G. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.

ALVES, H. F. C. et al. Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 3, p. e200648, 2021.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 49–54, jan. 2016.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 884–899, out. 2011.

BERTAGNOLI, M. S. F. F. et al. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, p. e310113, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Políticas públicas para o cumprimento das metas do milênio. 2013. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/arquivos/politicas-publicas-2013>. Acesso em: 24 jan. 2024.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.

CATANANTE, G. V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 12, p. 3965-3974, dez. 2017.

CELESTE, R. K.; WARMLING, C. M. Produção bibliográfica brasileira da Saúde Bucal Coletiva em periódicos da saúde coletiva e da odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1921-1932, jun. 2014.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, p. e00182119, 2021.

CRUZ, D. K. A. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. spe 1, p. e20211047, 2022.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Organização & Democracia*, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. *Science*, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

ELDER, M.; BENGTSSON, M.; AKENJI, L. An optimistic analysis of the means of implementation for sustainable development goals: thinking about goals as means. *Sustainability*, v. 8, n. 9, p. 962–986, 2016.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 59, p. 97-110, out. 2005.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FREIRE, D. E. W. G. et al. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 3, p. e2020444, 2021.

FUKUDA-PARR, S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. *Gender and Development*, v. 24, n. 1, p. 43-52, 2016.

FUKUDA-PARR, S.; MCNEILL, D. Knowledge and politics in setting and measuring the SDGs: introduction to special issue. *Global Policy*, v. 10, p. 5-15, 2019.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO BRANCO, A. B. A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 143-155, mar. 2020.

KAPTO, S. Layers of politics and power struggles in the SDG indicators process. *Global Policy*, v. 10, n. S1, p. 134-136, 2019.

LAVÔR, T. B. S. L. et al. Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2019.

MARTINS, A. L. J. et al. Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 7, p. 2519-2529, 2022.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informação em saúde: os desafios continuam. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 37-51, jan. 1998.

MOURA, J. A. et al. Manifestações orais em pacientes com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e350111430859, 2022.

NAÇÕES UNIDAS – BRASIL. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-583.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. *Interface*, v. 23, p. e170451, 2019.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 6, n. 2, p. 624, ago. 2012.

PLATAFORMA Agenda 2030: acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil. 2024. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 24 jan. 2024.

RANIERI, J. J. O fenômeno do estranhamento e a atualidade do conteúdo da crítica ao capital: ainda Marx. In: ANTUNES, R. (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 107-119.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan. 1990.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 95-110, 2019.

SANTOS, L. P. S. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1575-1587, maio 2023.

SANTOS, R. P. O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F. Novos modelos de gestão na atenção primária à saúde e as penosidades do trabalho. *Caderno CRH*, v. 35, p. e022037, 2022.

SEUS, T. L. et al. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 3, p. e2018510, 2019.

SILVA, R. M.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L.; Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2259–2270, 2020.

SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 708-724, jul. 2020.

SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, jul. 2011.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 289-301, set. 2018.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J.; Contribution of primary care to health systems and health. *MIQUES*, v. 83, n. 3, p. 457-452, 2005.

UNITED NATIONS HIGH LEVEL POLITICAL FORUM. Statement by Sakiko Fukuda-Parr. 2017. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24969hlpf_presentation_july_2017_clean.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.