

ÉRIKA SAID MONTEIRO NEVES

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NO
ESTUDO DE AVALIABILIDADE DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO BRASIL**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2020**

Érika Said Monteiro Neves

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NO
ESTUDO DE AVALIABILIDADE DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Guimarães Zina

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Belo Horizonte
2020

Ficha Catalográfica

N518v Neves, Érika Said Monteiro.
2020 Validação de um instrumento de avaliação no Estudo de
T Avaliabilidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
(CEO) do Brasil / Érika Said Monteiro Neves. -- 2020.

177 f. : il.

Orientadora: Livia Guimarães Zina.

Coorientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck.

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

1. Estudos de avaliação. 2. Estudos de validação. 3. Atenção secundária à saúde. 4. Saúde bucal. 5. Odontologia em saúde pública. I. Zina, Livia Guimarães. II. Werneck, Marcos Azeredo Furquim. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB: 6/2727.

Biblioteca Faculdade de Odontologia - FAO UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NO ESTUDO DE
AVALIABILIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS (CEO) DO BRASIL**

ÉRIKA SAID MONTEIRO NEVES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Em Saúde Pública.

Aprovada em 23 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Livia Guimarães Zina – Orientadora
FO-UFMG

Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck - Coorientador
FO-UFMG

Prof(a). Rafaela da Silveira Pinto
FO-UFMG



Documento assinado digitalmente
Claudia Flemming Colussi
Data: 26/10/2020 10:53:08 0300
CPF: 029.392.299-37

Prof(a). Claudia Flemming Colussi
Universidade Federal de Santa Catarina

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2020.

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em ____/____/2020.

Profa. Isabela Almeida Pordeus
Coordenadora
Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

Dedico este trabalho à minha família
pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Professora Lívia Zina Guimarães e ao meu coorientador, Professor Marcos Azeredo Furquim Werneck, por toda ajuda ao longo dessa jornada. À professora Eliete Albano Azevedo Guimarães pela enorme contribuição para a realização deste trabalho. Aos colegas de turma pelo companheirismo. Aos professores do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública pelos ensinamentos. À Professora Simone Dutra Lucas por me guiar no processo de seleção. Ao Antônio Chiari, por estar mais uma vez participando do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço à minha família, em especial ao meu marido pela retaguarda essencial fazendo que esse sonho se tornasse realidade e à minha filha, que aprendeu que a mamãe também tem muito a aprender.

RESUMO

A avaliação pode ser definida como um julgamento em que se emite um juízo de valor para auxiliar na tomada de decisão. O Estudo de Avaliabilidade (EA) é um estudo pré-avaliativo que precede a avaliação propriamente dita de um serviço. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal foi instituída e, visando cumprir o princípio da integralidade, a atenção secundária em saúde bucal foi fortalecida e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram implantados. Após 16 anos de implantação desse serviço, faz-se necessário avaliá-lo para identificar suas potencialidades e fragilidades e assim corrigir possíveis falhas e estabelecer novas metas. Em 2016, iniciou-se o EA dos CEO dentro do Programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da UFMG. Este trabalho corresponde à continuação do EA, referente à última fase do estudo, o processo de validação do instrumento de avaliação. Assim, este trabalho teve por objetivo validar um instrumento de avaliação dos CEO no Brasil, através de um EA. Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quali-quantitativa desenvolvido entre 2019-2020. Foi realizado o alinhamento conceitual da matriz de medidas e análises, previamente desenvolvida na primeira etapa do EA, por meio de uma oficina de consenso. A partir da matriz consensuada, foi elaborado o instrumento de avaliação do CEO, um questionário com perguntas avaliativas de múltipla escolha. O questionário foi validado em aparência e conteúdo através da Técnica de Delphi, de acordo com os critérios de relevância, objetividade e clareza. Participaram de todo o processo 19 informantes-chaves/juízes, especialistas na área do estudo, sendo eles professores universitários, profissionais do CEO, avaliadores do PMAQ-CEO e profissionais do serviço público. Os dados foram analisados quali-quantitativamente. Para análise quantitativa, foi utilizado o software SPSS Statistics, versão 23.0. Para identificar o grau de concordância entre os especialistas foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). As questões que não obtiveram consenso acima de 75%, em pelo menos um dos três critérios, foram reformuladas. O questionário, elaborado a partir da versão final da matriz de medidas e análises, foi validado através de duas rodadas de avaliação. Ao todo, foram excluídas três questões e reformuladas outras seis. Na primeira rodada, o IVC médio para os critérios clareza, objetividade e relevância foram, respectivamente, 78,7%, 86,9% e 92,1%. Na segunda rodada, ficaram em 88,5%, 85,0% e 91,0%. A versão final do questionário apresentou 57 questões. Como produto técnico deste estudo, foi elaborado um documento com o questionário e um tutorial para o seu preenchimento, que está em processo de discussão junto às Secretarias de Saúde Municipal de Belo Horizonte e Estadual de Minas Gerais, com vistas à incorporação do produto junto aos serviços de atenção secundária em saúde bucal. Em síntese, o instrumento de avaliação do CEO foi validado neste EA e poderá favorecer os processos de autoavaliação, planejamento e monitoramento das ações desse serviço, com possíveis implicações positivas sobre o processo de trabalho.

Palavras-chave: Estudos de Avaliação. Estudos de Validação. Atenção Secundária à Saúde. Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública.

ABSTRACT

Evaluability Assessment of Specialized Dental Care in Brazilian Public Health System

Evaluation can be defined as a judgment in which a value is transmitted to assist in decision making. The Evaluation Study (ES) is a pre-evaluation study that precedes the evaluation of a service. In 2004, the Brazilian National Oral Health Policy was instituted and, in order to comply with the principle of integrality, secondary oral health care was strengthened and the Dental Specialty Centers (DSC) were implemented. After 16 years of implementing this service, it is necessary to evaluate it to identify its strengths and weaknesses and thus correct possible failures and establish new goals. In 2016, the ES of DSC started in the Professional Master's Program in Public Health Dentistry of UFMG. This work corresponds to the continuation of the ES, referring to the last phase of the study, the validation process of the evaluation tool. Thus, this work aimed to validate an evaluation tool of the Dental Specialty Centers (DSC) in Brazil, through an ES. This is a methodological study with a qualitative and quantitative approach developed between 2019-2020. The conceptual alignment of the measurement and analysis matrix, previously developed in the first stage of the ES, was carried out through a consensus workshop. From the consensual matrix, the DSC's evaluation tool was developed, a questionnaire with multiple-choice evaluative questions. The questionnaire was validated in appearance and content using the Delphi Technique, according to the criteria of relevance, objectivity and clarity. Nineteen key informants / judges, experts in the study area, participated in the whole process, such as university professors, DSC professionals, PMAQ-CEO (in English, National Program for Improving Access to and Quality of Dental Specialty Center) evaluators and public service professionals. Data were analyzed qualitatively and quantitatively. For quantitative analysis, SPSS Statistics software versão 23.0 was used. To identify the degree of agreement between the experts, the Content Validity Index (CVI) was used. The questions that did not reach consensus above 75%, in at least one of the three criteria, were reformulated. The questionnaire, created from the final version of the measurement and analysis matrix, was validated through two evaluation rounds. Altogether, three questions were excluded and six others were reformulated. In the first round, the mean CVI for the criteria of clarity, objectivity and relevance were, respectively, 78.7%, 86.9% and 92.1%. In the second round, they were 88.5%, 85.0% and 91.0%. The final version of the questionnaire had 57 questions. As a technical product of this study, a document was prepared with the questionnaire and a tutorial for completing it, which is under discussion with the Health Departments of Belo Horizonte city and of Minas Gerais State, with a view to incorporating the product with the secondary oral health care services. In summary, the DSC's evaluation tool has been validated in this ES and may favor the self-assessment, planning and monitoring processes of this service's actions, with possible positive implications for the work process.

Keywords: Evaluation studies. Validation studies. Secondary care. Oral health. Public health dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Indicadores discutidos na oficina de consenso. Brasil, 2020.....	33
Quadro 2 – Avaliação das perguntas do questionário nas duas rodadas do processo de validação. Brasil, 2020.....	36
Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo	24
Figura 2 – Modelo teórico dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).....	25
Figura 3 – Modelo lógico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).....	26
Figura 4 – Visualização do questionário online na plataforma <i>Google Forms</i> . Brasil, 2020.....	27
Figura 5 - Desenvolvimento do questionário, a partir da matriz de avaliação até sua versão final.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais resultados dos estudos sobre avaliação dos CEO. Brasil, 2018.....	15
Tabela 2 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada critério, em cada questão individualmente, na primeira rodada de validação. A concordância foi calculada em relação às respostas “sim”. Brasil, 2020.....	46
Tabela 3 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada critério, em cada questão individualmente, na segunda rodada de validação. A concordância foi calculada em relação às respostas “sim”. Brasil, 2020.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EA	Estudo de Avaliabilidade
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Revisão da literatura	13
2.1.1 Avaliação em saúde	13
2.2 Objetivos	23
2.3 Metodologia.....	24
2.4 Resultados	33
2.5 Discussão.....	46
3 CONCLUSÃO.....	52
4 PRODUTO TÉCNICO	53
REFERÊNCIAS.....	92
PRODUÇÃO INTELECTUAL NO PERÍODO DE 2018-2020.....	97
APÊNDICES.....	99
ANEXOS	158

1 INTRODUÇÃO

O conceito de avaliação consiste no ato de avaliar (-se), fazer consideração de alguma coisa ou alguém, reconhecer a grandeza e importância de alguma coisa, julgar. Também representa apreciação, análise; valor determinado por avaliadores; processo que visa interpretar dados quantitativos para obter parecer ou julgamento de valor, tendo por base padrões ou critérios (FERREIRA, 2010).

O uso da avaliação não é novo. Desde 1910, já se fala na primeira geração de avaliação, referindo-se à construção e aplicação de um instrumento de medidas, tendo origem nas medições do coeficiente de inteligência para classificar as crianças e a determinação do progresso escolar. A segunda geração da avaliação surge em 1942, denominada descrição e assinala o nascimento da avaliação de programas, com a necessidade de avaliar a adequação de novos currículos escolares relacionados aos objetivos de aprendizagem esperados e se estes estavam funcionando como o pretendido. O julgamento passou a fazer parte integrante da avaliação em 1967 (terceira geração da avaliação), quando o avaliador assumiu o papel de juiz, retendo ainda os papéis anteriores com suas funções técnicas e descritivas. Por fim, em 1980, inicia-se a quarta geração da avaliação denominada negociação, em que se adota um processo onde múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação observado e observador (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Para Hartz (2000) existem várias definições de avaliação. Atender a um amplo consenso seria defini-la como a execução de um julgamento de valor a respeito de uma intervenção com a finalidade de ajudar na tomada de decisões.

Segundo Pisco (2006), no contexto da qualidade em saúde, a avaliação é um diagnóstico de uma realidade com o objetivo de compreendê-la e nela intervir. Diagnosticar é primordial, mas é apenas o primeiro passo. A mudança da realidade que vem após o diagnóstico, com base no que foi avaliado, é o mais importante.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi implantada no Brasil em 2004 e consistiu na reorganização da prática assistencial em todos os níveis de atenção em saúde bucal e qualificação dos serviços, visando, assim, a

superação das desigualdades em saúde. Dentre as propostas, estava a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são serviços de atenção especializada de saúde bucal, correspondendo ao nível secundário de atenção à saúde e permitindo a integralidade do cuidado. Eles foram implantados a partir de 2004 devendo se constituir em unidade de referência para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal, considerando a diretriz de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção (BRASIL, 2013).

Após 16 anos de implantação, mesmo após o PMAQ-CEO, não havia sido realizado um estudo de avaliabilidade deste serviço. Nesse sentido, um estudo dessa natureza, ainda inédito no país, seria bastante apropriado, pois permitiria a construção de avaliações posteriores direcionadas e responsivas às suas questões.

Assim, em 2016, iniciou-se o Estudo de Avaliabilidade dos CEO dentro do Programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. O presente trabalho representa a continuidade deste EA, correspondendo à última fase do estudo, o processo de validação da matriz de medidas e análises.

Este trabalho de conclusão de curso compõe-se da apresentação dos resultados do processo de validação, no formato tradicional de dissertação. Em seguida, é apresentado o produto técnico gerado a partir dos resultados da pesquisa, e o artigo com a descrição completa do EA (Apêndice A).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Revisão da literatura

2.1.1 Avaliação em saúde

A avaliação, independente de seu tipo e/ou seu avaliador, deve contribuir para a tomada de decisões dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções em saúde e como horizonte final, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Segundo Vecina Neto e Malik (2016), a avaliação de serviços e programas de saúde implica em avaliação tecnológica (eficácia, segurança e efetividade), avaliação econômica (eficiência, custo/efetividade, custo/utilidade, custo/benefício) e a avaliação de qualidade.

A avaliação dos serviços de saúde pode ser considerada como um meio de promover a melhoria contínua da atenção, propiciando ao usuário um atendimento de qualidade. Já a avaliação no âmbito da qualidade seria o nível de maior importância em programas de saúde, e consiste em utilizar experts para examinar, direta ou indiretamente, os trabalhos realmente executados e contrastá-los com padrões de desempenho aceitáveis (COLUSSI; CALVO, 2012).

Segundo Santos (1995), para avaliar um serviço de saúde, é necessário saber se ele está projetado para atender a um paciente ou uma população. Quando o programa atende a uma população, a qualidade deve enfatizar não somente os benefícios oferecidos, mas, sobretudo, a sua distribuição social, considerando os atributos: acessibilidade, coordenação e continuidade.

Nos dias atuais é mundialmente reconhecido que os serviços de saúde devem melhorar a qualidade dos cuidados prestados e as medidas avaliativas permitem obter um juízo sobre o desempenho destas instituições. Porém, ao lado deste julgamento, é indispensável estabelecer os mecanismos

organizacionais para melhorar as condições da prestação da assistência, assegurando maiores níveis de qualidade (ADAMI, 2000).

A epidemiologia pode contribuir não só para avaliar a eficácia das tecnologias para diagnóstico e terapêuticas, como também para análise da qualidade dos serviços de saúde. A constante avaliação da qualidade dos serviços de saúde é essencial para o sucesso das organizações. No modelo para avaliação da qualidade proposto por Donabedian (1990) é possível criar indicadores para medir seus três componentes: estrutura, processo e resultado. A inserção da epidemiologia é mais relevante neste terceiro componente, uma vez que, para avaliar os efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços da área, é preciso conhecer previamente a situação de saúde das pessoas e comunidades, para que se possa atribuir alguma modificação ao processo de intervenção que está sendo avaliado (VECINA NETO; MALIK, 2016).

O julgamento da avaliação pode ser resultado da aplicação de critérios e normas, sendo assim chamada de avaliação normativa; ou ser elaborado a partir da utilização de métodos científicos, em um processo denominado como pesquisa avaliativa. Esse tipo de pesquisa (julgamento) geralmente é feito após uma intervenção e exige perícia metodológica e teórica, em que os pesquisadores são externos a ela, isto é, não são responsáveis pela intervenção em si (Hartz, 2000).

2.1.2 Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços de atenção especializada de saúde bucal, correspondendo ao nível secundário de atenção à saúde e permitindo a integralidade do cuidado. Eles foram implantados a partir de 2004, na Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente,) devendo se constituir em unidade de referência para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Os CEO são classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade e são responsáveis pela assistência odontológica pública de média complexidade. Podem se apresentar em três categorias distintas: CEO tipo I, com três

consultórios odontológicos completos; CEO tipo II, com quatro a seis consultórios odontológicos completos e CEO tipo III, com no mínimo, sete consultórios odontológicos completos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Se necessário os municípios podem solicitar incentivo financeiro do Estado para a construção, ampliação, reforma e/ou aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos.

Na fase inicial do EA do qual este trabalho faz parte, foi conduzida uma revisão integrativa entre 2016-2017 sobre os processos avaliativos envolvendo os CEO no Brasil. Observou-se que a maioria dos estudos até aquele momento avaliou o desempenho do CEO baseado em sua produção. Em segundo lugar, tinha-se a avaliação do acesso, seguido da integralidade do cuidado e qualidade do serviço na perspectiva do usuário (TABELA 1). Alguns estudos avaliaram também a gestão e implantação do CEO, além das relações entre os profissionais. Os resultados, em conjunto, revelaram um baixo desempenho dos serviços avaliados, acesso restrito e baixo resolutividade na atenção secundária, denotando a necessidade de correção dos problemas identificados (PORTUGAL, 2018). A incorporação da autoavaliação no ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação contribui para que o CEO identifique a tempo os possíveis nós críticos e refaça o planejamento, promovendo as mudanças necessárias para a melhoria do serviço.

Tabela 1 – Principais resultados dos estudos sobre avaliação dos CEO. Brasil, 2018.

Autor /ano	Abrangência	Resultados
Qualidade do serviço na perspectiva dos usuários		
Usuários satisfeitos com serviço		
Magalhães et al., 2015	Estadual	• 75,6% dos usuários satisfeitos com o serviço; • Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: acessibilidade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: eficácia, acessibilidade e aceitabilidade – 93,5% relataram sentir muito ou total desconforto durante a consulta – 31,4% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 35,9% consideraram o tempo de espera longo ou muito longo – 31,4% relataram que a explicação do tratamento é realizada raras vezes ou nunca.

Kitamura et al., 2016	Regional	• 89,8% dos usuários satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço; • Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: resolutividade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: aceitabilidade e acessibilidade – 28% relataram que a explicação do tratamento é realizada raras vezes ou nunca • 21,1% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 27,3% consideram o tempo de espera longo ou muito longo
Lima et al., 2010	Local	• Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: acessibilidade, ambiente físico e resolutividade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: acessibilidade e ambiente físico – 52,5% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 27,3% consideram o tempo de espera longo ou muito longo • 45% consideraram a limpeza do banheiro ruim ou péssima
Integralidade do cuidado		
Referência e contrarreferência entre APS e CEO		
Saliba et al., 2013	Regional	• 62,6% dos tratamentos especializado foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciado para APS • Tempo médio de espera para a 1ª consulta especializada a partir da data de referência: 23 dias • 61,1% dos tratamentos contrarreferenciados pelo CEO foram concluídos pela APS
Vazquez et al., 2014	Local	• 86% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciados para APS • Tempo médio de espera para a 1ª consulta especializada a partir da data de referência: até 30 dias (64,1%) • 63,4% dos entrevistados conseguiram receber o atendimento no CEO • Motivos dos usuários para não terem retornado a atenção básica, após o tratamento especializado: falta de tempo (24,2%), problemas particulares (27,1%), trabalho (10,4%) e procurou CD particular (27,1%)
Borghi et al., 2013	Local	• 33,3% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciado para APS • Tempo médio de espera para a 1ª consulta especializada a partir da data de referência: 30 dias (35,6%) • Motivos dos usuários para não terem retornado a atenção básica, após o tratamento especializado: simplesmente não procuraram (66,6%); acharam que não era necessário (23,0%) e não conseguiram marcar a consulta (10,2%).
Acesso:		
Utilização das especialidades odontológicas ofertadas por meio dos CEO		
Chaves et al., 2011	Regional	• A taxa de utilização dos CEO foi baixa (<50%, com exceção da periodontia); • Barreiras de acesso: organizacionais (ausência de padrões e metas de desempenho por especialidade, absenteísmo, diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista).
Chaves et al., 2012	Regional	• A taxa de utilização dos CEO foi de 11,7%; • No município com maior utilização de serviços públicos odontológicos é menor o uso de serviços odontológicos privados.

Soares et al., 2015	Regional	• 17,29% dos entrevistados relataram ter acessado o CEO e os serviços de APS; • Menor escolaridade e pior organização do serviço foram associados ao menor uso da rede de serviços de APS e CEO em comparação ao uso exclusivo da APS; • A desigualdade na utilização dos serviços odontológicos foi observada mesmo quando comparados grupos mais homogêneos, como os usuários dos serviços públicos.
Pinto et al., 2014	Regional	• Alta taxa média de pacientes faltosos (20%); • Baixa taxa média de utilização do serviço (46,2%); • Baixa taxa média de aproveitamento de marcação de consultas (58,6%); • Barreiras de acesso: geográficas (distância e carência de transporte), financeiras (custo do transporte) e organizacionais (falta de dados epidemiológicos para pactuar e ofertar vagas à noite).
Laroque et al., 2015	Local	• Fila de espera (em ordem decrescente, por especialidade): cirurgia, periodontia e endodontia; • Tempo médio de espera para atendimento (com exceção da endodontia): 2 meses.
Souza e Chaves, 2015	Local	• Baixa taxa de utilização nas especialidades endodontia (16,1%) e cirurgia oral menor (26,5%); • Barreira de acesso: geográfica (distância).
Machado et al., 2015	Local	• Média de absenteísmo nas primeiras consultas: 32,9%; • Fatores associados ao absenteísmo: adultos jovens, sexo masculino, residentes em determinados distritos, especialidades cirurgia e endodontia, tempo longo na fila de espera.
Castro et al., 2016	Local	• Barreiras de acesso: organizacionais, geográficas e estruturais.
Cruz et al., 2011	Local	• Proporção de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos no município ficou entre 19% a 21%, representando baixo acesso à atenção especializada.
Gestão		
Processo de trabalho		
Rodrigues et al., 2015	Regional	• Entre 62% a 74% dos prontuários completamente preenchidos; • Entre 72% a 84% dos prontuários legíveis; • Entre 59% a 77% das especialidades foram indicadas conforme normas ministeriais.
Implantação dos CEO		
Araújo et al., 2012	Estadual	• Foram implantados 70 CEO, sendo 58 municipais e 12 regionais; • A maioria dos serviços eram do Tipo I (42) e a minoria do Tipo III (4); • Constatou-se, que a partir de 2004 houve um aumento expressivo do número de CEO implantados no estado e, conseqüentemente, um aumento do registro dos procedimentos especializados em saúde bucal.
Rossi e Chaves, 2015	Regional	• O estudo mostrou o protagonismo do governo local para o êxito da implantação de políticas com formulação e indução do nível federal.
Processo de trabalho		
Perfil profissional e relações de trabalho		

Oliveira et al., 2015	Nacional	• Predomínio de profissionais do sexo feminino (55,0%) e que já cursaram ou estão cursando pós-graduação (72,2%); • 31,1% dos profissionais foram admitidos de forma irregular; • 39,1% dos cirurgiões-dentistas possuem vínculos precários com os respectivos municípios, sendo 22,5% de contratos temporários, 3,5% de cargos comissionados, 0,7% de contratos verbais informais, 0,7% de cooperado, 5,9% de prestação de serviços, e 5,8% de outros tipos de contratação; • 46,4% não apresentam estabilidade no trabalho.
--------------------------	----------	--

Fonte: PORTUGAL, 2018, p. 50. Reprodução autorizada pela autora.

2.1.3 Estudo de avaliabilidade

Muitas vezes, apesar da reconhecida importância do processo de avaliação, não se sabe se ele deve ser realizado num determinado momento. Para isso recomenda-se a realização de uma pré-avaliação com o objetivo de apreciar em que medida um programa está em condições de ser submetido a uma avaliação (MENDES *et al.*, 2010).

O Estudo de Avaliabilidade (EA) é conhecido como um estudo pré-avaliativo, consistindo em um conjunto de procedimentos que precedem o processo de avaliação, podendo ser considerado fundamental na caracterização dessa etapa, apontando sua oportunidade e utilidade (SOUZA *et al.*, 2017).

Segundo Mendes *et al.* (2010), o EA de um programa visa proporcionar um ambiente favorável para o processo de avaliação, a construção da compreensão entre os atores envolvidos sobre os objetivos e a natureza do programa, buscar concordância em relação ao interesse na realização deste processo, visando, assim aumentar as possibilidades de uso dos resultados da avaliação.

Para Souza *et al.* (2017), o EA proporciona maior facilidade à avaliação, uma vez que aumenta seus potenciais e favorece a racionalização dos recursos, frequentemente escassos para o processo avaliativo.

A condução do EA pode ser complexa, requerendo um entendimento do contexto político e organizacional em que o programa está inserido. Alguns autores se referem a ele como apenas um processo e recomendam alguns passos específicos. Dependendo do contexto e proposta, alguns passos podem ser omitidos ou reordenados. No entanto, os passos oferecem aos pesquisadores um melhor entendimento de um procedimento complexo inerente

ao EA e significa o início do processo. São os passos: I) Determinar a proposta, assegurar o comprometimento e identificar os membros do grupo de trabalho; II) Definir os limites do programa a ser estudado; III) Identificar e analisar os documentos do programa; IV) Desenvolver/ esclarecer a teoria do programa; V) Identificar e entrevistar os stakeholders; VI) Descrever as percepções dos stakeholders em relação ao programa; VII) Identificar nas percepções dos stakeholders suas necessidades, preocupações e diferenças; VIII) Determinar a plausibilidade do modelo do programa; IX) Traçar as conclusões e fazer recomendações; X) Planejar passos específicos para utilização dos dados do EA (TREVISAN; HUANG, 2003).

Já para Thurston e Ramaliu (2005), a estrutura para a condução de um EA incluem sete elementos: a) Delimitação do programa através da identificação das metas, dos objetivos e das atividades que compõem o programa; b) Revisão de documentos; c) Modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; d) Supervisão do programa ou obtenção de entendimento preliminar de como o programa opera; e) desenvolvimento de um modelo avaliável do programa; f) Identificação dos usuários da avaliação e outros elementos-chave; g) Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de avaliação.

A participação de diferentes atores no EA, como por ex. especialistas em avaliação, profissionais e gestores do programa, favorece a interpretação dos resultados, pois passam a servir a todos os usuários, possibilitando a reorientação das ações na busca pelos objetivos previstos (SILVA *et al.*, 2017).

2.1.4 Validação do instrumento de autoavaliação

Um instrumento é considerado válido quando tanto sua construção, quanto sua aplicabilidade permitem mensuração, de forma fiel, daquilo que se pretende mensurar (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Para Coluci *et al.* (2015), após a estruturação e organização do novo instrumento, este acaba contemplando mais itens que o necessário em seu formato final. Assim, ele precisa ser testado quanto à hipótese de que os **itens**

escolhidos representam adequadamente os **domínios do construto desejado**, e isto é chamado de **avaliação de conteúdo**.

A validação de conteúdo refere-se à análise de até que ponto os itens que já foram elaborados podem medir uma construção teórica e representar, de forma efetiva, todos os aspectos relevantes do conceito a ser medido. Para este tipo de validação normalmente se usa técnicas de consenso como, por exemplo a Técnica de Delphi (PASQUALI, 1997). Essa técnica é uma ferramenta de pesquisa que tem por objetivo a busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas em relação a um problema complexo (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Já a **validação de aparência** faz referência à capacidade de o instrumento aparentemente medir o que foi projetado para tal. Pode ser considerada superficial, mas se faz necessária, pois, se aos olhos da pessoa que o responde o instrumento parece não estar adequado, isto pode comprometer todo o estudo. O instrumento deve “parecer” medir o assunto de interesse (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

2.1.5 A metodologia (técnica) de Delphi

A metodologia de Delphi data de antes de 1950 e foi desenvolvida para criar consenso em algum tópico científico. No entanto, processo de Delphi tem muitas limitações. Não há um critério geralmente aceito definindo consenso no estudo de Delphi e, ao apresentar uma ampla variedade de tópicos investigados usando essa abordagem, pode não ser possível definir um critério aplicável de forma geral. Claramente o consenso apenas representa o grau de concordância entre os experts e pode ser refutado no futuro através de estudos mais rigorosos. A seleção dos especialistas e o desenvolvimento de um questionário inicial pode inadvertidamente introduzir um viés no processo (RAHAGHI *et al.*, 2020).

O método Delphi, além de apresentar a função de validar os dados, permite que o pesquisador tenha mais familiaridade com o problema de pesquisa e com o público-alvo. A eficácia desse método se consolida com o objetivo de permitir que o pesquisador faça uma avaliação de sua pesquisa estudando mais intensamente seu objetivo (LIMA *et al.*, 2019).

Segundo RAHAGHI *et al.* (2020), a metodologia de Delphi promove plataforma para obter discernimento potencialmente valioso e guia interno enquanto aguarda contribuições baseadas em evidências. Algumas rodadas de análise do questionário são utilizadas para facilitar o alcance de um consenso entre os especialistas de certas áreas específicas.

Os resultados do estudo de LIMA *et al.* (2019) apontaram que o método Delphi é uma forma viável de validar um instrumento de pesquisa tendo em vista que, quando se percebe que algumas perguntas geram ambiguidades aos sujeitos entrevistados, a tomada de decisão dos pesquisadores é reelaborar as perguntas norteadoras do questionário para que o público-pesquisado, no momento final da pesquisa, tenha a melhor compreensão das intenções de investigação. Essa técnica evita que no questionário final haja uma ambiguidade nas respostas do público-alvo.

A chave do método de Delphi é usar um processo anônimo e sistemático que promove um livre compartilhamento de opiniões e ideias, ponderação de todas as opiniões dos especialistas de forma igual, e torna difícil que algum especialista domine o processo individualmente. Os especialistas devem ter experiência na área, satisfazendo o critério de inclusão. Os diferentes níveis de expertise podem ajudar a garantir uma reflexão real sobre o instrumento e, portanto, confere ao instrumento maior alcance das opiniões práticas (RAHAGHI *et al.*, 2020).

No estudo de ARMSTRONG *et al.* (2019), foram discutidos os múltiplos benefícios do uso da Técnica de Delphi através de uma plataforma online. Os participantes enfatizaram três aspectos do processo que eles mais gostaram: natureza interativa, conveniência e anonimato. Especificamente em relação ao último aspecto, os participantes relataram que o apreciaram, pois gerou a sensação de conforto e segurança durante a discussão, permitindo inclusive que alterassem suas respostas originais, caso quisessem.

Comunicações eletrônicas foram usadas para coletar e disseminar informações. Essa metodologia ajuda a manter o anonimato natural do processo de Delphi. Anonimato é um importante aspecto, pretendido para prevenir viés através de influência ou “peso” do especialista e reduz a pressão nos mesmos para concordar. Inversamente, pode significar que os especialistas não são

responsáveis por suas respostas, possivelmente levando respostas baseadas em consideração mínima ou insuficiente (RAHAGHI *et al*, 2020).

Baseando-se assim na literatura descrita, o presente estudo adotou a técnica de Delphi para a validação de conteúdo e aparência do instrumento de autoavaliação da qualidade dos CEO gerado a partir da matriz de medidas e análises do EA conduzido por este curso de mestrado profissional.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

- Validar um instrumento de autoavaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.

2.2.2 Objetivos Específicos

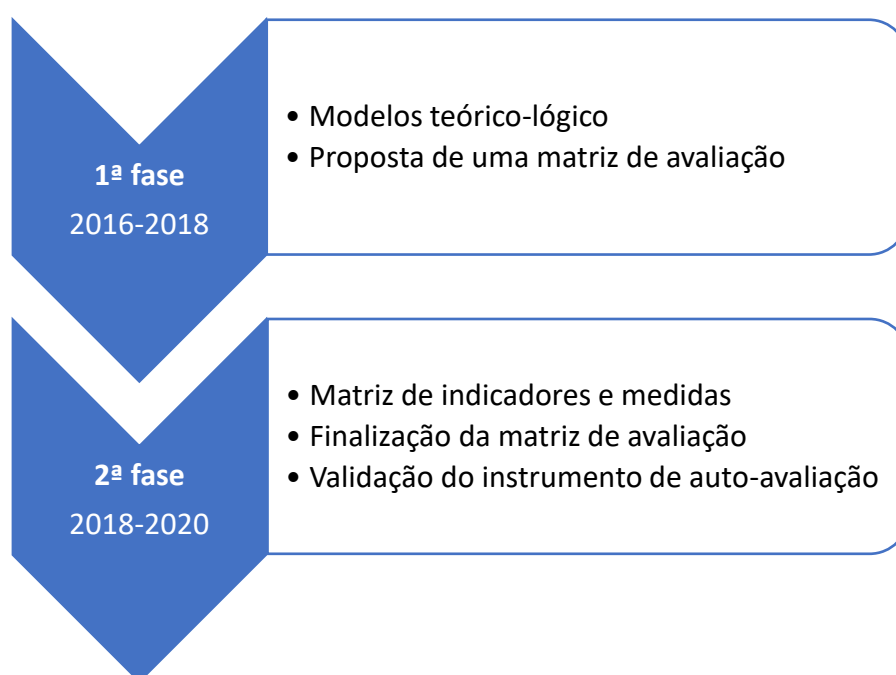
- Proceder o alinhamento conceitual da matriz de avaliação.
- Validar a aparência e conteúdo de um instrumento de autoavaliação, elaborado a partir de uma matriz avaliativa, com um grupo de especialistas, gestores e/ou trabalhadores dos CEO.

2.3 Metodologia

2.3.1 Proposta Metodológica

Este é um estudo metodológico de abordagem quanti-qualitativa realizado entre 2019-2020, que corresponde à segunda etapa do Estudo de Avaliabilidade (EA) dos Centros de Especialidades Odontológicas (figura 1). O EA iniciou-se em 2016 dentro do Curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da UFMG, e o processo de elaboração do modelo teórico-lógico e da matriz de avaliação foi apresentado na dissertação de aluna Érika Lúcia Almeida Portugal em julho de 2018 (PORTUGAL, 2018). Neste presente trabalho, deu-se continuação às etapas subsequentes do EA, correspondendo à finalização da matriz, por meio de oficina de consenso, e à validação do instrumento de avaliação, elaborado a partir da matriz.

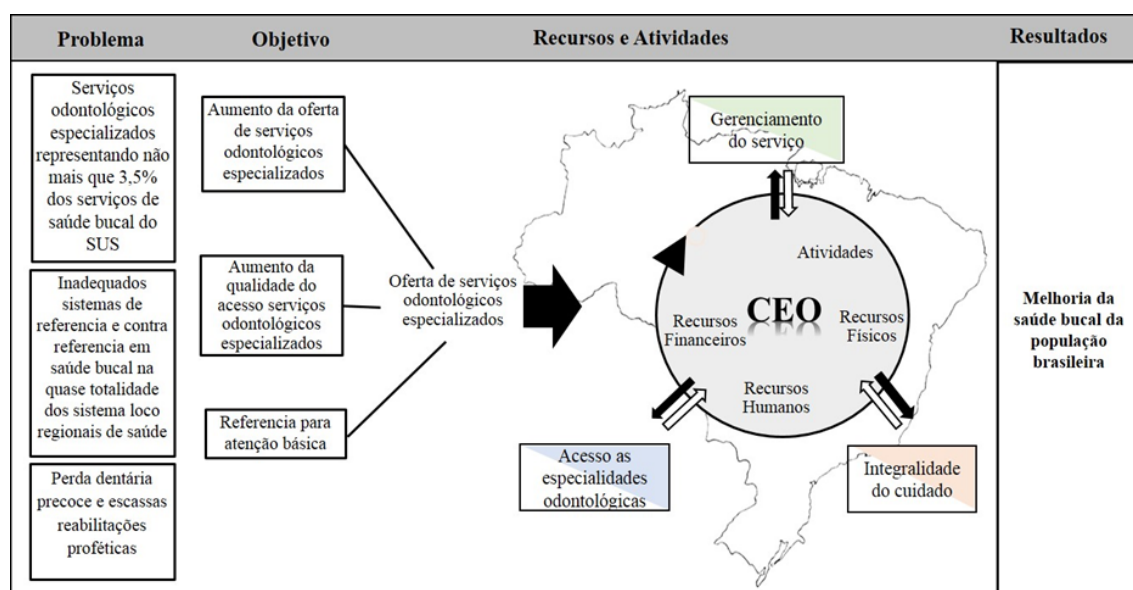
Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo. Brasil, 2020.



Elaborado pela autora, 2020.

O modelo teórico e lógico do EA dos CEO está apresentado nas Figuras 2 e 3. O modelo lógico foi estruturado contemplando três componentes: acesso às especialidades odontológicas, integralidade do cuidado e gestão do serviço. Para cada um dos componentes, foram apresentados os recursos disponíveis (estrutura), atividades pretendidas (processo), impactos esperados (resultados a curto, médio e longo prazo) e conexões causais presumidas (DONABEDIAN, 1990; PORTUGAL, 2018).

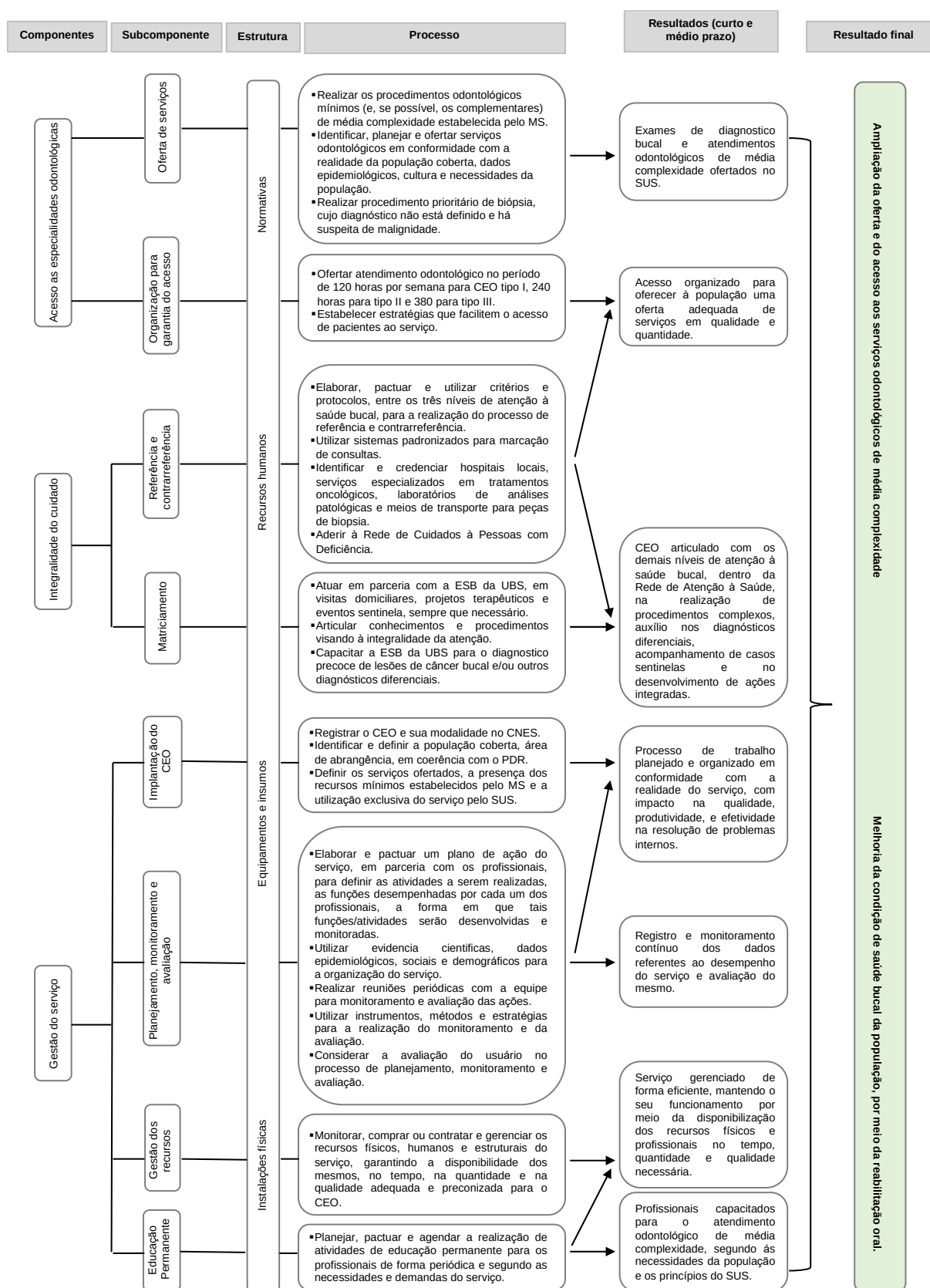
Figura 2 – Modelo teórico dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasil, 2018.



Fonte: PORTUGAL, 2018, p. 81.

A partir do modelo lógico, foi elaborada a primeira versão da matriz de avaliação, estruturada a partir dos componentes desse modelo (APÊNDICE B).

Figura 3 – Modelo lógico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasil, 2018.



2.3.2 Coleta de dados

Tendo como ponto de partida a matriz de avaliação elaborada por PORTUGAL (2018), deu-se continuidade ao EA, neste trabalho, com a realização de uma oficina de consenso, para discutir e aprovar a matriz (CAMPOS *et al*, 2010). Uma oficina de consenso é um amplo processo de discussão entre diversos profissionais envolvidos com as atividades e serviços a serem avaliados (CORREIA *et al*, 2009).

A aprovação da matriz na oficina de consenso foi realizada com o intuito de diminuir as divergências futuras entre os juízes na validação do questionário, ao obter um consenso entre os indicadores que iriam depois ser a base para a elaboração das perguntas do questionário.

A matriz de avaliação foi reformulada em uma matriz de indicadores e medidas, convertendo as 68 perguntas iniciais propostas por Portugal (2018) em 62 indicadores (APÊNDICE C). Isso facilitou a análise da matriz pelos participantes-chaves.

Para a realização da oficina, previamente foi disponibilizada a matriz através de um formulário online. Os participantes deveriam avaliar se os indicadores e medidas de cada um dos oito subcomponentes do instrumento eram relevantes para avaliar a qualidade do CEO. Caso o item fosse relevante, a discussão sobre o mesmo não seria feita. Caso não fosse relevante, deveria ser feita uma observação com o motivo da não relevância do item na visão do participante. Foi definido um prazo de 30 dias para que os participassem avaliassem e devolvessem a matriz já com suas considerações.

Foram convidados 10 participantes-chaves. Um participante-chave desistiu de participar da oficina logo antes dela acontecer. Optou-se por dar continuidade com apenas 9 participantes, visto que essa perda não impactaria no processo. De acordo Campos *et al*. (2010), a oficina de consenso tem sido utilizada para diversos campos de prática, com grupos compostos entre 9 a 12 participantes, sempre no sentido de gerar consenso para tomadas de decisões.

A participação se deu de forma mista, tendo cinco participantes presenciais e quatro por videoconferência. A oficina aconteceu no dia 07/08/2019, e teve duração de 3 horas. Para isso, foi utilizada a infraestrutura disponível da

Faculdade de Odontologia da UFMG, contando com uma sala de reunião, computador e projeto multimídia. O programa de videoconferência utilizado foi o *Google Hangouts*. A oficina foi gravada, com autorização prévia dos participantes, e o consenso obtido por meio da discussão foi incorporado na versão final da matriz de indicadores e medidas (APÊNDICE D).

Quando a matriz foi consensuada, foi elaborado, a partir dela, o questionário de avaliação (APÊNDICE E). Na construção das respostas das questões que compõem esse questionário, foi empregada a escala tipo Likert, que é uma escala nominal a qual propõe uma série de afirmações, cada uma delas claramente positiva ou negativa, em relação ao tema em estudo (MATTAR, 2008). Outras respostas corresponderam às alternativas sim ou não. Nessa etapa do EA, 58 questões foram organizadas em um questionário estruturado, e passaram pela validação de conteúdo e aparência. O processo de validação se deu entre os meses de fevereiro e abril de 2020 (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012; PASQUALI, 1997).

Pasquali (1997) estabeleceu 12 critérios para validação de instrumentos de avaliação: comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio. Nesse estudo, as questões foram validadas, de acordo com os critérios de relevância, objetividade e clareza, dentre os 12 propostos por Pasquali (1997). A escolha desses critérios foi feita por serem considerados critérios fundamentais para potencializar o uso do instrumento no serviço. O critério de relevância refere-se à expressão (frase) que deve ser consistente com o objetivo definido e com outras frases que cobrem o mesmo atributo; a objetividade propõe que a questão deve cobrir um componente de fato, permitindo uma resposta certa ou errada; e o critério de clareza, que a questão deve ser redigida de forma que o conceito esteja compreensível e de maneira que se possa expressar adequadamente sobre o que se espera medir (OLIVEIRA, 2017). Para a validação de conteúdo e aparência das questões, foi utilizada a Técnica de Delphi (PEREIRA; ALVIM, 2015; SCARPARO, 2012).

Primeiramente, foi realizado contato telefônico com cada especialista, explicando sobre o que se tratava a pesquisa, quais objetivos e como se desenrolaria a validação do questionário através da metodologia de Delphi. Após este primeiro contato, foi estabelecido também um contato por e-mail com os

especialistas selecionados com a finalidade de apresentar os objetivos e metodologia do estudo, além da justificativa do processo de validação e o envio de um link para acessar o questionário. O instrumento foi adaptado para uma versão online, por meio da plataforma *Google Forms* (Figura 4).

Figura 4 – Visualização do questionário online na plataforma *Google Forms*. Brasil, 2020.
 Legenda: A) Tela inicial do questionário online – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
 B) Tela do questionário online – Perguntas avaliativas, alternativas de resposta e análise dos critérios (objetividade, clareza e relevância)

A

VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Prezado (a) Sr. (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa denominada "Estudo de confiabilidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil" sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof.^a Lívia Guimarães Zina e Erika Saad Montenegro Neves.

Este trabalho tem por objetivo realizar um estudo avaliativo dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Acredita-se que este estudo poderá trazer benefícios à população em geral, visto que, o seu resultado poderá levar a melhor compreensão e futuramente a melhoria da Atenção Secundária e Saúde Bucal, nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações desta pesquisa, se aceitar fazer parte dela, será preciso que o (a) senhor (a) marque a opção "ACEITO PARTICIPAR" abaixo.

Caso o (a) senhor (a) aceite participar desta pesquisa, a sua participação será avaliar a matriz de perguntas enviada via e-mail, cujo conteúdo se refere às perguntas para avaliação da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, segundo a sua opinião. Logo, não estarão respondendo certas ou erradas. Ressalta-se que as suas respostas são confidenciais mantendo assim seu anonimato. É necessário responder a todas as perguntas para que seja possível passar para a próxima seção.

O risco envolvido nesta pesquisa consiste na possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se desconfortável para expor seu ponto de vista sobre a temática dos Centros de Especialidades Odontológicas, ainda assim ressalta-se que as suas respostas serão confidenciais mantendo assim seu anonimato.

A sua participação é completamente voluntária e o (a) senhor (a) tem o direito de não aceitar ou desistir a qualquer momento, sem prejuízo ou perdas de benefícios a que tenha direito O (a) senhor (a) não terá despesas com a participação neste estudo e não receberá nenhum pagamento. As informações obtidas da coleta dos seus dados, assim como suas respostas são confidenciais, preservando assim o seu anonimato. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. É importante que o (a) senhor (a) se disponha a comunicar eventuais mudanças de telefone.

O (a) senhor (a) não sofrerá nenhuma discriminação, caso você não concorde em participar da pesquisa. E poderá ser delimitado (a) do estudo a qualquer momento, sem o seu consentimento. Nas seguintes situações:

B

COMPONENTE: Acesso às especialidades odontológicas Subcomponente: Oferta de serviços

As perguntas a seguir devem ser avaliadas quanto a três requisitos: clareza, objetividade e representatividade. Após marcar uma opção que melhor corresponda a sua opinião, é necessário escrever no campo de observações: críticas, sugestões e modificações que julgar pertinente. Nos casos em que julgar que a pergunta não necessita de modificação, por favor escreva OK no campo de observações.

1. O CEO realiza tratamento odontológico nas especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)? Respostas: a)Sim, b)Não.

	Não	Pouco	Bastante	Muito
Esta pergunta está ...	☐	☐	☐	☐
Esta pergunta é obj...	☐	☐	☐	☐
Esta pergunta é rep...	☐	☐	☐	☐

JUSTIFICATIVA PARA SUA RESPOSTA

Texto de resposta longa

Elaborado pela autora, 2020.

A solicitação para participação na pesquisa foi apresentada junto ao e-mail, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi inserido junto com o questionário, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Apesar de recente, a utilização do contato via e-mail apresenta vantagens, uma vez que os questionários são distribuídos mais facilmente e a coleta e processamento dos dados podem ser feitos de forma mais rápida (MICHAELIDOU; DIBB, 2006).

No formulário online, os juízes tiveram acesso às questões e as avaliaram com o objetivo de se obter um consenso em relação aos critérios propostos, tendo, a princípio, um prazo de 14 dias para devolver o instrumento. Na avaliação de cada questão, os critérios relevância, objetividade e clareza recebem classificações, de acordo com adaptação da metodologia proposta por Lucian e Dornellas (2015). Assim, para cada questão, foi analisado: “*esta pergunta é relevante?*”, “*esta pergunta é objetiva?*”, “*esta pergunta está clara?*”, tendo como alternativas de resposta MUITO, BASTANTE, POUCO e NADA.

Já na análise de aparência, foi observada a maneira como o conteúdo foi apresentado, além da clareza e facilidade na leitura e adequação do item à dimensão em que está inserido. Foi dada a opção aos juízes de dar sugestões alternativas aos textos apresentados nas questões.

Faltando uma semana para o término do prazo, foi enviado uma mensagem pelo aplicativo de mensagem *WhatsApp* para lembrar os juízes do prazo para retorno da avaliação das questões.

É importante ressaltar que todo o processo descrito anteriormente corresponde a um ciclo de Delphi e, dependendo dos resultados do grau de concordância deles, novos ciclos poderiam ser realizados (MARQUES; FREITAS, 2018). Uma segunda rodada de avaliação das perguntas foi realizada após a reformulação das perguntas e/ou das respostas seguindo as sugestões dos juízes na rodada anterior. Também foi disponibilizado o prazo de 14 dias para a devolução do instrumento, além da mensagem pelo *WhatsApp* após 7 dias lembrando do prazo. Ao término desses 2 ciclos, foi observado que um novo ciclo não seria necessário, e então foi enviado um e-mail de agradecimento aos especialistas pela contribuição na validação do instrumento. Os dados foram exportados do *Google Forms* para o Excel e conduzida a análise estatística.

2.3.3 Participantes do estudo

Um grupo de experts e especialistas (juízes) devem ser selecionados de acordo com os objetivos da pesquisa (PEREIRA; ALVIM, 2015; SCARPARO, 2012). Eles devem possuir produção acadêmica, científica e/ou experiência profissional na área em que se fundamenta o estudo de maneira que possa se configurar como um perito. Sendo assim, os critérios definidos no presente estudo, para a seleção de juízes tanto na oficina de consenso quanto no processo de validação do questionário foram: apresentar título de mestre, doutor ou Livre Docente na área de concentração em Saúde Coletiva/Saúde Pública/Odontologia Social e Preventiva, com atuação e/ou produção científica na área nos últimos 05 (cinco) anos; e/ou atuar no serviço independente do estado e município. Para a seleção foi realizada uma busca avançada por assunto na Plataforma Lattes, que reúne o currículo de pesquisadores, e a identificação de técnicos envolvidos com o CEO nas três instâncias gestoras do SUS (cirurgiões-dentistas e gestores do CEO). Dos profissionais encontrados foi selecionada uma amostra intencional de participantes que constituíram o corpo de juízes. Para a oficina de consenso, como citado anteriormente, foram selecionados nove participantes-chaves. Destes, quatro eram pesquisadores e cinco profissionais do CEO. Já para a validação do questionário, foram selecionados 13 juízes entre professores universitários, profissionais do CEO, avaliadores do PMAQ-CEO (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas) e profissionais do serviço público. Os participantes da validação do questionário não foram os mesmos participantes da oficina de consenso. Dos 13, três recusaram o convite por questões pessoais e/ou profissionais, permanecendo 10 juízes que participaram efetivamente da validação.

2.3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados quali-quantitativamente. Para análise quantitativa, foi utilizado o software SPSS Statistics (IBM, Estados Unidos) versão 23.0. Para identificar o grau de concordância entre os especialistas foi

utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) Esse Índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. A convergência das respostas ou o nível de consenso positivo (do sim) esperado foi de 75% (PEREIRA; ALVIM, 2015).

As respostas MUITO e BASTANTE foram reclassificadas, numericamente, como 1 (um), enquanto as respostas POUCO e NADA foram reclassificadas como 0 (zero). Em seguida, o IVC foi calculado a partir da concordância de cada juiz em cada critério de cada questão, quanto às respostas MUITO/BASTANTE, e dividida esta soma pelo número total de respostas ($IVC = \text{número de respostas MUITO/BASTANTE} / \text{número total de respostas} \times 100$). Foi calculado, também, o IVC médio dos critérios, somando o percentual total obtido por critério, e fazendo a divisão pelo total de respostas. O IVC varia entre 0 e 100 e, quanto mais próximo de 100, melhor será o desempenho do item segundo os juízes.

As questões que não obtiveram consenso acima de 75%, em pelo menos um dos três critérios, foram reformuladas.

As sugestões e observações indicadas pelos juízes, na validação da aparência, foram avaliadas qualitativamente e, juntamente com a análise do IVC, consideradas na decisão de manter, reformular ou excluir a questão.

Ao obter o consenso acima de 75% em todas as questões na validação de conteúdo e aparência, cessou-se o ciclo de Delphi.

2.3.5 Aspectos éticos

Este estudo se enquadrou na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº CAAE 67143417.1.0000.5149. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado online, tanto para os participantes da oficina de consenso (enviado via e-mail e entregue assinado no encontro presencial da oficina)

quanto para os juízes na avaliação do questionário (enviado junto com o questionário na plataforma *Google Forms*) e obtido de todos (ANEXO A).

2.4 Resultados

Na primeira etapa deste estudo, correspondendo à oficina de consenso, oito itens da matriz de medidas e análises, de um total de 62, geraram dúvidas e foram discutidos (QUADRO 1).

Quadro 1 – Indicadores discutidos na oficina de consenso. Brasil, 2020.

Indicador discutido	Medida referente ao indicador discutido	Sugestão na Oficina de Consenso	Ação dos pesquisadores
<i>“Exame radiológico”</i>	Realização de exame radiológico	Reformular para: Garantia de realização de exame radiológico	Reformulação do indicador conforme consenso
<i>“Confirmação da consulta”</i>	Contato prévio para confirmação da consulta	Alguns participantes da oficina questionaram se indicador avaliaria a qualidade do CEO, não fazendo sentido mantê-lo. Outros já julgavam ser importante esse indicador uma vez há uma perda alta de recurso no âmbito nacional com o absenteísmo nas consultas especializadas.	Manter o indicador
Conjunto de indicadores: <i>“Pactuação de critérios para referência e Contrarreferência” / “Existência de critérios e protocolos para referência e contrarreferência”/ “Conhecimento dos critérios e protocolos existentes”</i>	Pactuação entre os três níveis de atenção à saúde sobre critérios de prioridades e protocolos utilizados para referência e contrarreferência/ Existência de critérios de prioridades e protocolos para referência e contrarreferência/Conhecimento dos critérios e protocolos de referência e contrarreferência existentes por parte dos profissionais do CEO e da UBS, respectivamente	Inverter a ordem dos indicadores para dar mais sentido: o critério deve existir, o profissional deve ter ciência dele e por fim ele deve ser pactuado	Reformulação do indicador conforme consenso
<i>“Referenciamento inadequado”</i>	Pactuação entre os profissionais do CEO e da Equipe de Saúde Bucal em	Questionamento a respeito do referenciamento inadequado, pois uma vez	Desmembrar o indicador em dois procurando

	relação a como proceder nos casos referenciados pela Atenção Básica fora do protocolo	que se tem o conhecimento dos critérios e a pactuação deles, como seria possível ter referenciamentos incorretos. Apesar disso, é sabido que essa situação acontece e não se sabe o que fazer com esses casos. Não houve consenso.	dar maior clareza à situação avaliada.
Conjunto de indicadores: “Laboratório de referência” / “Hospital de referência para encaminhamento” / “Instituição de referência para tratamento oncológico”	Existência de laboratório de referência para exames anatomopatológicos/Existência de hospital de referência para encaminhamento de procedimentos em nível hospitalar/Existência de instituição de referência para tratamento oncológico, respectivamente	Alterar a medida para “ter conhecimento de” ao invés de “existência”, uma vez que isso já pressupõe a existência e é mais resolutivo para o serviço.	Reformulação dos indicadores conforme consenso
Conjunto de indicadores: “Monitoramento contínuo” / “Registro e armazenamento de dados” / “Atualização dos dados” / “Análise dos dados monitorados”	Realização de monitoramento contínuo/Realização de registro e armazenamento dos dados monitorados/Frequência da atualização dos dados monitorados/Existência de reunião para análise dos dados monitorados visando melhorias do serviço, respectivamente	Alterar para “Existência de reuniões periódicas para análise dos dados monitorados, pois assim diz-se que há monitoramento contínuo e reunião para analisá-lo e a partir daí realização de registro e armazenamento dos dados monitorados.	Reformulação do indicador conforme consenso
Conjunto de indicadores: “Processo de autoavaliação” (processo, instrumento e frequência)	Existência de processo de autoavaliação dos profissionais/utilização de instrumentos para autoavaliação/frequência com que a equipe do CEO realiza processos de autoavaliação, respectivamente.	Agrupar processo e frequência num único indicador, pois quando se diz de frequência pressupõe-se existência do processo de autoavaliação. Já o indicador de instrumento deve ser mantido.	Reformulação dos indicadores conforme consenso
Conjunto de indicadores: “Controle de gastos” (realização e instrumento)	Realização de controle de gastos financeiros e utilização de instrumentos para o controle dos gastos, respectivamente.	Remover esses indicadores, uma vez que estão mais ligados à macropolítica.	Remoção dos indicadores

Elaborado pela autora, 2020.

Os indicadores foram reformulados e a matriz final de medidas e análises ficou composta por 58 indicadores e medidas.

O questionário, elaborado a partir da versão final da matriz de medidas e análises, foi validado através de duas rodadas de avaliação por meio da técnica

de Delphi. De um total de 58 questões enviadas para avaliação, 19 não atingiram $IVC \geq 75\%$ em pelo menos um dos critérios. Os itens foram revisados e mesmo aqueles que alcançaram valores de $IVC \geq 75\%$, porém receberam sugestões de alterações dos juízes, como contribuições para a redação ou substituição das alternativas de respostas, foram reformuladas. Após essa análise ficou determinada a exclusão de uma questão e o desmembramento de outra questão em três.

Uma vez que na segunda rodada só seriam consideradas as questões que não obtiveram consenso na primeira rodada além do desmembramento de uma questão em três, foi gerado um novo formulário com 20 questões. As questões enviadas para a segunda rodada foram avaliadas por todos os juízes novamente (100%) e, do mesmo modo, realizou-se a análise qualitativa das recomendações dos avaliadores. Apenas sete questões não atingiram $IVC \geq 75\%$, principalmente no critério objetividade, e a análise das sugestões dos juízes demonstrou haver necessidade de exclusão de duas questões e reformulação de outras cinco, sendo necessárias apenas pequenas alterações, excluindo, inclusive, a necessidade de uma terceira rodada. O Quadro 2 apresenta o compilado de todas as questões e suas reformulações nas duas rodadas de avaliação.

Quadro 2 – Avaliação das perguntas do questionário nas duas rodadas do processo de validação. Brasil, 2020.

Pergunta original	Aprovada na primeira rodada	Reformulação da pergunta	Aprovada na segunda rodada*
1. O CEO realiza tratamento odontológico nas especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)?	Sim	O CEO realiza tratamento odontológico em TODAS as especialidades mínimas?	NA
2. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas?	Sim	Não	NA
3. A oferta de serviços no CEO, a partir da infraestrutura e recursos existentes, é realizada baseando-se em dados epidemiológicos, cultura e necessidades da população coberta?	Não	Desmembrar a pergunta em 3 - Pergunta 1: A infraestrutura do CEO é adequada para ofertar os serviços necessários a população? Pergunta 2: A cobertura populacional do CEO para a sua população de referência é adequada? Pergunta 3: A partir da infraestrutura e recursos existentes, pode-se dizer que a oferta de serviços no CEO é realizada baseando-se na cultura e necessidades da população coberta?	Foram aprovadas apenas as perguntas 3.1 e 3.2. A questão 3.3 foi excluída.
4. As vagas para o CEO são pactuadas em reuniões de CIB, ou em nível municipal?	Não	"A pactuação para ofertar as vagas de atendimento no CEO acontecem durante as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou em nível municipal?"	Sim
5. O CEO garante a realização do exame radiológico?	Não	"O CEO garante a realização de exames radiográficos para todos os seus pacientes internos (mediante solicitação dos	Sim. Pergunta foi reformulada: "O CEO garante a realização de exames radiográficos para todos os seus pacientes?"

		especialistas), sejam elas radiografias intra e/ou extraorais, quando necessário?"	
6. O CEO realiza biopsia para diagnóstico de câncer de boca?	Sim	Não houve	NA
7. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de 40 horas semanais?	Sim	"Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de, NO MÍNIMO, 40 horas semanais?"	NA
8. O CEO oferta horários de atendimento complementar como turno da noite, finais de semana, feriados, 24 horas?	Não	"O CEO oferta horários de atendimento complementar como turno da noite, finais de semana, feriados, ATENDIMENTO 24 horas?"	Sim
9. Há registro dos casos de absenteísmo no CEO?	Não	"O CEO registra, de forma sistemática, os casos de absenteísmo?"	Sim
10. Os profissionais do CEO conhecem as causas dos seus casos de absenteísmo?	Não	"Os profissionais do CEO conhecem as causas de absenteísmo dentro das suas especialidades?"	Sim
11. É feito o contato prévio com os pacientes para a confirmação da consulta?	Não	"O CEO faz contato prévio com os seus usuários para a confirmação da sua consulta de atendimento?"	Sim
12. Existe a realocação de pacientes para os horários de desistência?	Sim	Não	NA
13. Existem protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes para o CEO?	Sim	Não	NA
14. Os profissionais do CEO e da UBS conhecem os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de	Sim	Não	NA

referência e contrarreferência dos pacientes?			
15. Foi pactuado periodicamente entre os três níveis de atenção à saúde bucal, quais os critérios e protocolos utilizados para a referência e contrarreferência dos usuários?	Não	"Os critérios e protocolos utilizados para referência e contrarreferência dos usuários foram pactuados entre os três níveis de atenção à saúde bucal (os três níveis são a atenção primária à saúde, atenção especializada e hospitalar)?"	Sim
16. Os profissionais do CEO e da APS utilizam rotineiramente os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contra referência dos pacientes?	Não	Incluir como alternativas de respostas: Sim/Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO)/Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS)/Não. Trocar APS por UBS. Essa pergunta deve vir após a pergunta 14 (trocar de lugar com a 15).	Sim
17. Foi pactuado entre os profissionais do CEO como devem proceder mediante o encaminhamento de casos clínicos que estejam fora do escopo da atenção especializada? <i>Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica</i>	Não	"Foi pactuado, no próprio CEO, entre os seus profissionais e a sua gestão, como se deve proceder frente ao encaminhamento de casos clínicos da UBS para o CEO que estejam fora dos critérios e protocolos pré-estabelecidos?"	Sim
18. Foi pactuado entre os profissionais do CEO e da Atenção Primária como devem proceder mediante o encaminhamento de casos clínicos que estejam fora do escopo da atenção especializada? <i>Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica.</i>	Não	"Foi pactuado entre os profissionais do CEO e da UBS como se deve proceder frente ao encaminhamento de casos clínicos da UBS para o CEO que estejam fora dos critérios e protocolos pré-estabelecidos?"	Não. A questão foi excluída.

19. Com que frequência os usuários são encaminhados para o CEO com uma ficha (instrumento) de referência preenchida pelo profissional da atenção básica?	Sim	Não	NA
20. O conteúdo da ficha de referência é padronizado entre as UBS?	Sim	"O conteúdo do instrumento de referência é padronizado entre as UBS do seu município?"	Sim
21. Com que frequência os usuários são contrarreferenciados para a atenção básica após a conclusão do tratamento no CEO? Qual o percentual de usuários que são contrarreferenciados para atenção básica após a conclusão do tratamento no CEO?	Sim	Não	NA
22. Quando o usuário é encaminhado para atenção básica, ele recebe uma ficha de contrarreferência preenchida pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Sim	"Com que frequência os usuários, que são contrarreferenciados do CEO para a UBS, recebem um instrumento (ex. ficha) de contrarreferência (ou é utilizado um sistema eletrônico de contrarreferência) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?"	NA
23. Foram definidos com os serviços de alta complexidade em saúde bucal quais são os casos clínicos que devem ser encaminhados pelo CEO para a alta complexidade?	Não	"Há uma definição de quais são os casos clínicos do CEO que devem ser encaminhados para atendimento de alta complexidade (nível hospitalar)?"	Sim. Pergunta foi reformulada: "Há uma definição de quais são os casos clínicos do CEO que devem ser encaminhados para atendimento de alta complexidade (nível hospitalar)?"
24. Quando o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, ele recebe uma ficha de referência	Não	"Com que frequência os usuários do CEO, que são referenciados para os serviços de alta complexidade (nível hospitalar), recebem um instrumento (ex. ficha) de referência (ou	Sim. Pergunta foi reformulada: "Com que frequência o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal,

preenchida pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?		é utilizado um sistema eletrônico de referência) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	com um instrumento de referência (em papel ou, via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?"
25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?	Sim	Não	NA
26. Na referência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?	Sim	Não	NA
27. Na contrarreferência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção básica (UBS, por exemplo)?	Sim	Não	NA
28. Os profissionais do CEO tem conhecimento sobre o laboratório de referência para realização de exames anatomopatológicos?	Sim	Não	NA
29. Os profissionais do CEO tem conhecimento sobre o hospital de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou procedimentos de nível hospitalar?	Sim	Não	NA
30. Os profissionais do CEO tem conhecimento sobre a instituição de referência para a realização de tratamento de oncologia?	Sim	Não	NA

31. CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?	Sim	Não	NA
32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção básica para a realização do matriciamento?	Sim	Não	NA
33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção básica?	Sim	Não	NA
34. Os profissionais do CEO e da Atenção Primária participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, tais como para o diagnóstico de lesões de câncer bucal?	Não	"Os profissionais do CEO e da UBS participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, como a elaboração de protocolos, processos e critérios diagnósticos? Exemplo: decisão compartilhada para o diagnóstico de lesões de câncer de boca"	Sim
35. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?	Sim	"No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização ou mapa da saúde foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?"	Na
36. Foi elaborado um plano de ação do CEO, com a participação dos profissionais, para definir as atividades que são realizadas, as funções desempenhadas por cada um dos cargos, a forma em que tais funções/atividades são desenvolvidas e monitoradas?	Não	"Existe um plano de ação no CEO, elaborado em conjunto com os profissionais, para definir as atividades que são realizadas, as funções desempenhadas por cada um dos cargos, a forma em que tais funções/atividades são desenvolvidas e monitoradas?"	Sim. Pergunta foi reformulada: "Existe, no CEO em que você trabalha, um plano de ação sobre o processo de trabalho, elaborado de forma compartilhada entre profissionais da clínica, do administrativo e gestão, definindo as atividades a serem realizadas, as funções desempenhadas por

			cargos, a forma em que tais funções/atividades serão desenvolvidas e monitoradas?"
37. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente?	Sim	: "As funções de cada um dos profissionais do CEO foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente do CEO?"	NA
38. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do serviço?	Sim	"É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do CEO?"	NA
39. São utilizados dados epidemiológicos, sociais e demográficos, assim como bases científicas, para o planejamento das ações do CEO?	Não	"Para o planejamento das ações do CEO são utilizados dados epidemiológicos, sociais, demográficos ou bases científicas?"	Sim
40. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?	Sim	"O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?"	NA
41. É realizado o registro dos dados do CEO? <i>Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros.</i>	Sim	Não	NA
42. É realizado o monitoramento contínuo dos registros de dados?	Não	"Além de realizar o registro dos dados do CEO (conforme foi perguntado na questão	Sim

		anterior), é realizado o monitoramento contínuo desses registros?"	
43. Os resultados do monitoramento são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?	Sim	"Os resultados do monitoramento dos registros dos dados (conforme foi abordado nas duas últimas questões) são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?"	NA
44. Com qual frequência ocorrem reuniões para análise dos resultados do monitoramento?	Não	Questão excluída. Conforme sugestão dos juízes, ela foi unida à questão anterior.	NA
45. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?	Sim	Não	NA
46. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?	Sim	Não	NA
47. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários relacionadas ao CEO?	Sim	Não	NA
48. É utilizado algum instrumento para autoavaliação?	Sim	"O CEO utiliza algum instrumento para autoavaliação?"	NA
49. Com que frequência é realizada a autoavaliação entre os profissionais do CEO?	Sim	Não	NA

50. Existe um programa de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos?	Sim	"Existe um programa/equipe de manutenção corretiva e/ou preventiva dos equipamentos do CEO?"	NA
51. É comum a paralisação do serviço devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?	Sim	"Com que frequência ocorre a paralisação dos serviços do CEO devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?"	NA
52. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (<i>exemplo: nome do material, quantidade e vencimento</i>)?	Sim	Não	NA
53. É comum ocorrer o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque?	Sim	"Com que frequência ocorre o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque do CEO?"	NA
54. São realizadas licitações para a compra de materiais e/ou insumos odontológicos?	Não	"No CEO em que você trabalha, há alguma forma de participação dos gestores e da equipe de saúde bucal na definição das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços necessários ao funcionamento de um CEO, a serem adquiridos em processos licitatórios realizados pela gestão municipal?"	Não. Pergunta foi reformulada: "No CEO em que você trabalha, há participação dos gestores e profissionais da clínica na definição das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços para o CEO, a serem adquiridos em processos licitatórios realizados pela gestão municipal?"
55. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO?	Sim	Não	NA

56. Com qual frequência são realizadas atividades de educação permanentes para os profissionais do CEO?	Sim	"São realizadas atividades de educação permanente para os profissionais do CEO?"	NA
57. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais?	Sim	Não	NA
58. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público?	Sim	Não	NA

Legenda: * Apenas as perguntas não aprovadas na primeira rodada foram avaliadas na segunda rodada. NA = Não se aplica.

Fonte: Portugal, 2018.

Os valores do IVC para cada critério, em cada questão, nas duas rodadas de avaliação, são apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada critério, em cada questão individualmente, na primeira rodada de validação. A concordância foi calculada em relação às respostas “sim”. Brasil, 2020.

# QUESTÃO	CRITÉRIOS		
	Clareza <i>A pergunta é clara?</i> (percentual de sim)	Objetividade <i>A pergunta é objetiva?</i> (percentual de sim)	Relevância <i>A pergunta é relevante?</i> (percentual de sim)
1	90%	100%	90%
2	80%	100%	100%
3	70%	70%	70%
4	50%	70%	80%
5	60%	60%	90%
6	90%	90%	90%
7	80%	80%	100%
8	70%	100%	100%
9	70%	80%	100%
10	70%	80%	90%
11	60%	90%	90%
12	80%	90%	90%
13	90%	100%	100%
14	80%	80%	90%
15	50%	60%	80%
16	70%	70%	90%
17	60%	70%	80%
18	70%	70%	90%
19	80%	90%	100%
20	80%	90%	90%
21	90%	100%	100%
22	90%	100%	90%
23	70%	80%	80%
24	70%	80%	90%
25	80%	90%	90%
26	90%	100%	90%
27	80%	80%	80%
28	90%	100%	90%
29	90%	100%	90%
30	90%	100%	90%
31	80%	90%	90%
32	80%	90%	100%
33	80%	90%	90%
34	60%	80%	100%
35	80%	90%	90%
36	60%	70%	90%

37	80%	90%	90%
38	90%	100%	100%
39	70%	80%	100%
40	90%	100%	100%
41	90%	90%	100%
42	70%	70%	80%
43	80%	80%	90%
44	70%	70%	80%
45	80%	90%	90%
46	90%	100%	100%
47	80%	90%	100%
48	80%	80%	100%
49	90%	100%	100%
50	90%	90%	100%
51	80%	80%	100%
52	90%	90%	90%
53	80%	80%	90%
54	80%	80%	70%
55	90%	100%	100%
56	90%	100%	100%
57	90%	100%	100%
58	90%	100%	100%
IVC médio	78,79%	86,89%	92,07%

Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 3 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada critério, em cada questão individualmente, na segunda rodada de validação. A concordância foi calculada em relação às respostas “sim”. Brasil, 2020.

# QUESTÃO	CRITÉRIOS		
	Clareza <i>A pergunta é clara?</i> (percentual de sim)	Objetividade <i>A pergunta é objetiva?</i> (percentual de sim)	Relevância <i>A pergunta é relevante?</i> (percentual de sim)
3 ^a	100%	100%	100%
3b	80%	80%	80%
3c	80%	70%	70%
4	90%	80%	80%
5	90%	70%	70%
8	90%	90%	100%
9	100%	100%	100%
10	100%	100%	100%
11	100%	100%	100%
15	80%	90%	100%
16	80%	80%	90%
17	80%	70%	100%

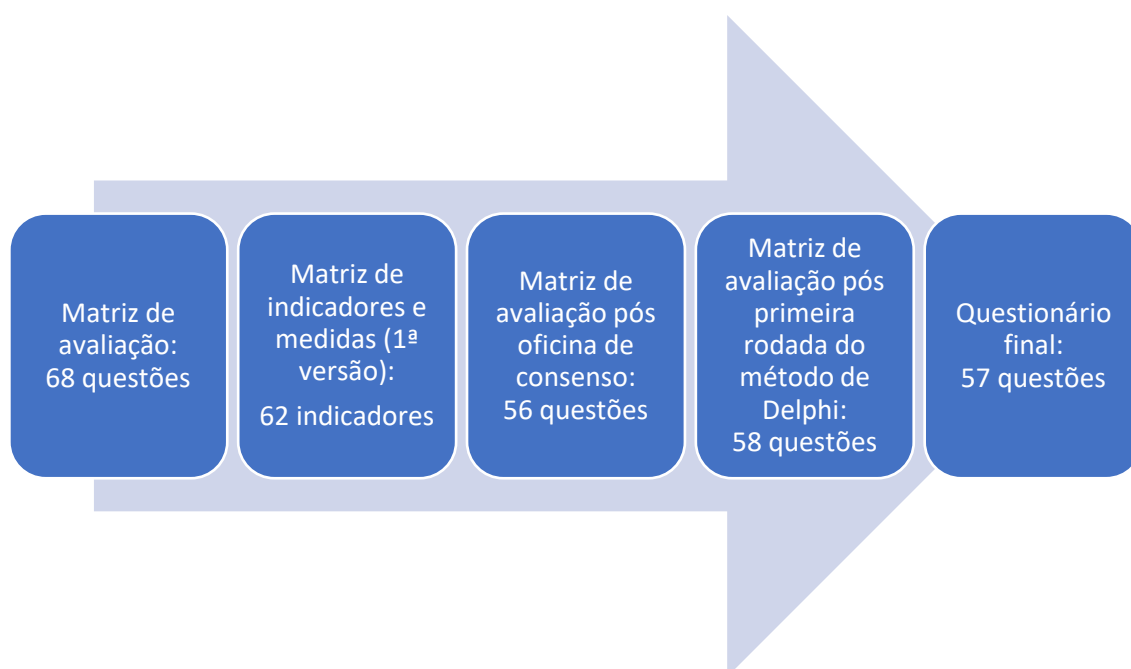
18	80%	80%	80%
23	70%	70%	100%
24	80%	70%	90%
34	100%	100%	80%
36	80%	70%	80%
39	100%	100%	100%
42	90%	90%	100%
54	100%	90%	100%
IVC médio	88,50%	85,00%	91,00%

Elaborado pela autora, 2020.

Na primeira rodada, o IVC médio para os critérios clareza, objetividade e relevância foram, respectivamente, 78,7%, 86,9% e 92,1%. Na segunda rodada, ficaram em 88,5%, 85,0% e 91,0%. Observa-se, assim, que há um incremento no nível de concordância no critério clareza, não havendo diferença significativa para os demais critérios. Em ambas as rodadas, foi obtido um nível satisfatório de consenso em cada um dos critérios, individualmente, o que denota que as questões elaboradas estavam representando adequadamente os domínios do construto desejado.

A versão final do questionário ficou com 57 questões e está apresentada no APÊNDICE F. O desenvolvimento do questionário, de acordo com seus componentes (número de indicadores/questões), a partir da matriz de avaliação até sua versão final está esquematizada na figura 5.

Figura 5 – Desenvolvimento do questionário, a partir da matriz de avaliação até sua versão final. Brasil, 2020.



Elaborado pela autora, 2020.

2.5 Discussão

Este estudo foi organizado de modo a validar um instrumento de avaliação da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em duas rodadas de avaliação através da metodologia de Delphi. O instrumento apresentou boa repercussão entre os juízes participantes e gerou um questionário de 57 perguntas. Terá sua aplicabilidade nos processos de autoavaliação das unidades de atenção secundária de saúde bucal, devendo ser utilizado pelo gestor local em conjunto com a equipe de profissionais do serviço.

Com o aumento da necessidade e interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e a provisão dos serviços de saúde, principalmente os de saúde bucal, a utilização da avaliação passou a se constituir numa importante ferramenta para qualificação das ações (SOUZA *et*

al., 2017). Na literatura existem poucos estudos de avaliabilidade em saúde bucal, realidade que mostra a relevância de estudos como este (BARATIERI *et al.*, 2019). O presente trabalho apresenta um grande potencial de contribuição com os processos de avaliação dos serviços odontológicos, visando a melhoria do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (COLUSSI; CALVO, 2011).

Para se chegar ao instrumento de avaliação, várias etapas foram conduzidas neste estudo de avaliabilidade: construção dos modelos teórico-lógicos, elaboração da matriz de medidas e análises, realização da oficina de consenso e validação de conteúdo e aparência do questionário por meio da metodologia de Delphi.

Na oficina de consenso realizada para se decidir quais seriam os indicadores necessários para a criação do instrumento de avaliação, a discussão dos elementos é feita por diversos atores que, através de suas diferentes inserções sócio-políticas ampliam os pontos de vista de discussão, ampliando assim a abrangência do instrumento e enriquecendo-o. Afinal, a inclusão de diferentes participantes na construção do conhecimento alinha-se à aposta no protagonismo como fator decisivo na incorporação dos resultados do processo avaliativo no dia a dia do trabalho (CAMPOS *et al.*, 2010)

A oficina de consenso foi realizada com a participação de participantes-chaves das mais diversas áreas de atuação na saúde pública, uma vez que a avaliação é um processo participativo e inclusivo, visando à detecção e a consideração das percepções, valores e questões de grupos de interesses envolvidos. Ela expressa uma modalidade em que o modo de fazer, além de ser transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido de experiência partilhada. (CAMPOS, 2011)

A diversidade nos perfis e qualidade dos participantes é importante, pois cria espaços de reflexão com o objetivo de envolver vários grupos de interesse nas problemáticas em foco e ampliar conjuntamente o conhecimento, além de suscitar o debate dos itens e a proposição de alternativas para superar possíveis imprecisões, e assim, ajustar o instrumento, aumentando sua aplicabilidade (SCARPARO, 2012). Nessas oficinas, portanto – ao contrário dos grupos focais,

nos quais se procura a homogeneidade – se produz encontros de grande heterogeneidade em termos de seus participantes (CAMPOS, 2011; PIRES *et al.*, 2014).

As perguntas avaliativas foram elaboradas a partir da matriz de indicadores e medidas (apêndices C e D), baseada nos modelos teórico e lógico do CEO. O modelo teórico do CEO foi construído a partir da interação entre os componentes ‘acesso às especialidades odontológicas’, ‘integralidade do cuidado’ e ‘gestão do serviço’. Esses componentes apresentam contextos internos e externos, referindo-se às questões inerentes ao serviço e que refletem nele, respectivamente. O modelo lógico contemplou apenas as questões relacionadas ao contexto interno. Cada um desses componentes escolhidos norteiam toda a operacionalização do CEO (PORTUGAL, 2018).

No questionário, o primeiro componente (acesso às especialidades odontológicas) se refere à disponibilidade dos serviços odontológicos especializados e o desenvolvimento de ações organizativas que facilitam a utilização do serviço pelos usuários. Estes pontos são importantes de serem avaliados porque apontam quais atendimentos odontológicos e exames de diagnósticos são ofertados pelo SUS e organiza o acesso para oferecer à população uma oferta adequada dos serviços em quantidade e qualidade (BRASIL, 2004; 2006).

O segundo componente (integralidade do serviço) contempla a organização do serviço para o desenvolvimento do processo de referência e contrarreferência em saúde bucal e o matriciamento entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde e do CEO. Avaliar esses aspectos se faz necessário, pois através deles é possível observar se o princípio do SUS “integralidade” está sendo garantido. Além disso, demonstra a articulação do CEO com os demais níveis de atenção à saúde nas Redes de Atenção à Saúde e desenvolvimento de ações integrais (FONTOURA; MAYER, 2006).

Já o terceiro componente (gestão do serviço) abrange todos os elementos administrativos necessários para que os outros componentes se desenvolvam com qualidade, equidade, efetividade e resolutividade. A avaliação desses itens proporciona um processo de trabalho organizado e planejado de acordo com a

realidade do serviço; registro, monitoramento contínuo e avaliação do serviço; gerenciamento de forma eficiente e profissionais capacitados para o atendimento odontológico na média complexidade, segundo as necessidades da população e os princípios do SUS (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para a validação de conteúdo a escolha da técnica de Delphi se deu embasada pela relevância em seu uso descrita na literatura, uma vez que a técnica exige a participação de vários juízes e apresenta um adequado rigor metodológico. A técnica permite o julgamento de informações, para se alcançar consenso de opiniões sobre determinado assunto, além de permitir que profissionais das mais diversas áreas de atuação e experiências colaborem na construção de consensos de opiniões, favorecendo a discussão de aspectos relevantes para a área saúde (ARMSTRONG *et al.* 2019; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012; LIMA *et al.*, 2019; PEREIRA; ALVIM, 2015, RAHAGHI *et al.*, 2020; SCARPARO, 2012).

A partir do julgamento desses juízes, algumas perguntas do questionário foram reformuladas para que atingissem o propósito de serem claras, objetivas e representativas. É fundamental, num processo avaliativo, a clareza das perguntas avaliativas (SILVA *et al.*, 2018). A ausência dessa clareza acarretará no acúmulo de dados e de informações que poderão não ser úteis para os interessados na avaliação. Neste sentido, a validação das questões identificadas por meio da técnica Delphi nesse estudo apresentou-se como uma importante estratégia para guiar ajustes pertinentes quanto ao conteúdo e à forma de apresentação de algumas questões, o que certamente aumentará o poder analítico da ferramenta (MARQUES; FREITAS, 2018). Algumas questões foram excluídas, ainda que tenham passado por reformulação, porque não conseguiram atingir o objetivo a que estava sendo proposta.

Os instrumentos de avaliação são parte integrante da prática diária da saúde (HARTZ, 2000). Eles apenas são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando são desenvolvidos de maneira apropriada. A literatura aponta que há um aumento significativo no número de escalas de avaliação, mas muitas não têm sido desenvolvidas e/ou validadas adequadamente (LUCIAN; DORNELLAS, 2015). É consenso que instrumentos que passam por processos consolidados de elaboração são mais bem aceitos e

reconhecidos tanto no meio científico como no meio clínico (DOWRICK et al., 2015). O instrumento elaborado neste estudo passou por todas as etapas de validação de conteúdo e aparência, se mostrando confiável entre os participantes do processo de validação e seus pesquisadores.

2.5.1 Limitações e pontos fortes do estudo

Este estudo se propôs a validar um instrumento avaliativo em sua aparência e conteúdo, porém ainda não foi conduzida a validação do constructo. Esta etapa deverá ser realizada em breve pelo grupo de pesquisadores deste estudo, embora os autores fortemente recomendam que outros grupos também a conduzam em outras regiões do país, para que a aplicabilidade do instrumento seja testada em diversos cenários e, caso necessário, adaptações culturais sejam realizadas. Na etapa de revisão teórica deste EA, observou-se no Brasil e em outros países, uma carência de instrumentos que avaliem serviços de saúde odontológicos em todas as suas dimensões (estrutura, processo e resultados). Essa constatação não é exclusividade deste EA (SILVA et al., 2018). Essa prática ainda não é institucionalizada nos serviços, permanecendo ainda, em sua maioria, apenas avaliações de resultados, como desempenho e cumprimento de metas nos serviços de saúde bucal de atenção secundária.

Como pontos fortes do estudo, destacam-se a robustez do método e o rigor na condução de todas as etapas. O processo de validação do instrumento de avaliação envolveu a participação de diversos atores envolvidos com a área de estudo, incluindo aqueles diretamente ligados ao serviço, permitindo que os diferentes interesses dos agentes participativos do processo de avaliação fossem contemplados, conferindo maior confiabilidade e aplicabilidade do instrumento.

2.5.2 Contribuições para a Odontologia e a Saúde Pública

A validação de um instrumento avaliativo faz parte dos estudos de avaliabilidade e estes são reconhecidos pela comunidade científica internacional como estudos de grande relevância (BARATIERI et al., 2019). Devido à escassez de EA na Odontologia, o presente estudo pode agregar à comunidade odontológica, tanto brasileira quanto mundial, novos referenciais teóricos e metodológicos na avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde. Especificamente na área de saúde pública em Odontologia, a efetiva utilização do instrumento validado na rotina dos Centros de Especialidades Odontológicas favorecerá os processos de autoavaliação, planejamento e monitoramento das ações do serviço, com possíveis implicações positivas sobre o processo de trabalho, desde que os problemas e os pontos fortes do serviço, identificados na autoavaliação, possam ser corrigidos, redirecionados ou expandidos, por meio da participação ativa e consciente dos atores envolvidos no processo (PISCO, 2006).

A validação feita pode potencializar o uso desse instrumento de autoavaliação no serviço, uma vez que este cumpriu rigorosamente todas as etapas do processo. O uso de processos avaliativos e da informação no serviço de forma intencional pode melhorar os processos de trabalho internos do CEO. A utilização institucionalizada do processo de avaliação junto a este instrumento pode interiorizar tanto o uso dele quanto de seus resultados.

3 CONCLUSÃO

A partir de um Estudo de Avaliabilidade, um instrumento inédito de avaliação da qualidade do CEO foi validado neste trabalho. O instrumento de avaliação poderá contribuir no diagnóstico de até que ponto os objetivos do serviço estão sendo alcançados, elucidar quais resultados estão sendo gerados e a sua utilização, informar sobre a formação e capacitação de recursos humanos, e ainda abalizar os avanços e desafios encontrados na implantação do programa e execução dos projetos de colaboração.

Assim, este instrumento poderá colaborar com os processos de autoavaliação do CEO, principalmente no tocante ao planejamento e monitoramento das ações do serviço e, posteriormente, com a melhoria nos processos de trabalho e atendimento à população.

Estudos como este ainda são escassos na literatura, mas se mostram de grande valia para a oferta de serviços de qualidade para a população usuária do SUS.

Espera-se que este trabalho possa colaborar com a divulgação e apropriação do método da avaliabilidade na área de saúde coletiva, e mais especificamente na Odontologia em Saúde Pública, da mesma forma que possa contribuir como subsídio para gestores em diversos níveis administrativos e na análise e investimento da atenção especializada em saúde bucal.

4 PRODUTO TÉCNICO

A partir da validação do instrumento de avaliação neste EA, foi elaborado o produto técnico contendo o questionário e um tutorial para a sua aplicação. Este produto está em processo de apresentação e discussão junto aos demandantes deste estudo, ligados ao Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da UFMG, sendo estes a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com vistas à publicação, disponibilização e incorporação do instrumento de avaliação pelos próprios serviços, fechando assim o ciclo de produção e incorporação técnico-tecnológica de um curso de mestrado profissional. O produto, em sua íntegra, é apresentado a seguir.

MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO

Belo Horizonte – MG

2020

Elaboração, distribuição, informações e contato

Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública

Faculdade de Odontologia

Avenida Antônio Carlos, 6627 - Pampulha

CEP 31270-901 - Belo Horizonte/MG - Brasil

Telefone: (31) 3409-2442

Email: liviazina@ufmg.br / mfurquim52@gmail.com / erikasaidneves@gmail.com

Homepage: <https://www.odonto.ufmg.br/posgrad/>

Supervisão Geral

Lívia Guimarães Zina

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Faculdade de Odontologia da UFMG

Eliete Albano de Azevedo Guimarães

Professora adjunta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação e Gestão de Serviços

Faculdade de Enfermagem da UFSJ

Elaboração

Érika Said Monteiro Neves

Cirurgião-dentista

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG

Pesquisadores

Érika Said Monteiro Neves

Cirurgião-dentista

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG

Érika Lúcia Almeida Portugal

Cirurgião-dentista

Instituições parceiras

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Sumário

I APRESENTAÇÃO	3
II TUTORIAL	5
II.I CRITÉRIOS	6
II. II AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS AO QAQ-CEO.....	9
III. QUESTIONÁRIO.....	11
IV FONTE PARA CONSULTA	22
V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICE A.....	25
APÊNDICE B.....	26
APÊNDICE C.....	28

I APRESENTAÇÃO

O conceito de avaliação consiste no ato de avaliar(-se), fazer consideração de alguma coisa ou alguém, reconhecer a grandeza e importância de alguma coisa, julgar. No dicionário (FERREIRA, 2010), é descrito como

Apreciação, análise; valor determinado por avaliadores; processo que visa interpretar dados quantitativos para obter parecer ou julgamento de valor, tendo por base padrões ou critérios.

O uso da avaliação não é novo. Desde 1910, já se fala na primeira geração de avaliação, referindo-se à construção e aplicação de um instrumento de medidas, tendo origem nas medições do coeficiente de inteligência para classificar as crianças e a determinação do progresso escolar. A segunda geração da avaliação surge em 1942, denominada descrição e assinala o nascimento da avaliação de programas, com a necessidade de avaliar a adequação de novos currículos escolares relacionados aos objetivos de aprendizagem esperados e se estes estavam funcionando como o pretendido. O julgamento passou a fazer parte integrante da avaliação em 1967 (terceira geração da avaliação), onde o avaliador assumiu o papel de juiz, retendo ainda os papéis anteriores com suas funções técnicas e descritivas. Por fim, em 1980, inicia-se a quarta geração da avaliação denominada negociação, em que se adota um processo onde múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação observado e observador (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Para Hartz (2000) existem várias definições de avaliação. Atender a um amplo consenso seria defini-la como a execução de um julgamento de valor a respeito de uma intervenção com a finalidade de ajudar na tomada de decisões.

A avaliação no campo da saúde, independentemente de seu tipo e/ou seu avaliador, deve contribuir para a tomada de decisões dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções em saúde e como horizonte final, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Em 2004, a aprovação das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominado “Brasil Sorridente”, deu início a uma nova era para a condução do setor, com a proposição da reorganização da prática assistencial em todos os níveis de atenção em saúde bucal e qualificação dos serviços, visando, assim, a superação das desigualdades em saúde. Dentre as propostas, estava a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são serviços de atenção especializada de saúde bucal, correspondendo ao nível secundário de atenção à saúde e permitindo a integralidade do cuidado. Eles foram implantados a partir de 2004, se constituindo em unidade de referência para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Após todos esses anos de implantação, fez-se necessário avaliar os CEO, de modo a identificar as suas fragilidades, acertos e potencialidades, e assim corrigir possíveis falhas e buscar novas metas. Dessa forma, em 2017, iniciou-se o Estudo de Avaliabilidade (THURSTON, W.; RAMALIU, 2005) dos CEO dentro do Programa de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG, em parceria com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Foram elaborados modelos teórico-lógicos do CEO e uma matriz de avaliação, a partir de análises documentais, bibliográficas, oficinas e entrevistas com técnicos, especialistas e profissionais da área. Em 2020, com a conclusão do estudo, foi finalizado um questionário de avaliação, validado em conteúdo e aparência através da Técnica de Delphi.

Este produto técnico, gerado a partir desse estudo, se constitui em um instrumento de avaliação direcionado a todo e qualquer CEO do Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), a ser incorporado como parte do processo de autoavaliação do serviço, realizado de forma sistemática e periódica, servindo de guia para a análise de sua estrutura e processos, e da qualidade dos serviços ofertados. Apresenta-se aqui o **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CEO - QAQ-CEO** e o tutorial para a compreensão dos critérios adotados em cada subcomponente do questionário.

II TUTORIAL

O Brasil Sorridente é a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o setor da saúde bucal, que a reconhece como direito de todos e um dever do Estado Brasileiro. Visa garantir o cuidado integral com ações de proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, ofertando uma série de ações para ampliar o acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS.

Um de seus objetivos é aumentar a oferta e a qualificação da atenção secundária à saúde em Odontologia por meio dos CEO.

Os CEO são unidades de saúde que devem oferecer à população, no mínimo, serviços odontológicos de diagnóstico e tratamentos voltados para identificação de lesões de mucosa e câncer de boca, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros e atendimentos de pacientes especiais. O desafio do SUS consiste na consolidação de assistência secundária à saúde bucal de forma a estabelecer a integralidade do cuidado no sistema como um todo.

O **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CEO - QAQ-CEO** foi criado e validado a partir de modelos teórico (Apêndice A) e lógico do CEO (Apêndice B), que subsidiaram o seu desenvolvimento, a definição de indicadores e medidas, e a seleção das perguntas avaliativas. Elas foram elaboradas com base nas atividades e resultados de cada componente essencial para o serviço, descrito no modelo lógico.

O QAQ-CEO contém 57 questões fechadas, de múltipla escolha, distribuídas entre 3 componentes e 8 subcomponentes. É recomendado que seja respondido por um profissional responsável pela e/ou que trabalhe junto à gestão do CEO. Todas as perguntas se referem a um único CEO, ou seja, aquele CEO que está sendo avaliado.

A apresentação das perguntas avaliativas, de acordo com componentes, os critérios, parâmetros, pontuação máxima e valor ou ponto de corte para cada

uma delas, está disponível no Apêndice C. Já o questionário está apresentado na próxima sessão deste documento.

A seguir, são apresentados os critérios norteadores para cada componente do QAQ-CEO.

II.I CRITÉRIOS

1. COMPONENTE: Acesso às especialidades odontológicas

1. 1 SUBCOMPONENTE: Oferta de serviços

A oferta dos serviços pode ser compreendida como a disponibilidade de recursos humanos e de infraestrutura para a produção de procedimentos por parte do serviço. As perguntas deste subcomponente têm por objetivo mostrar se o Centro de Especialidade Odontológica atende aos pré-requisitos mínimos indicados pela PNSB como objetivo da atenção secundária à saúde.

1. 2 SUBCOMPONENTE: Organização para garantia do acesso

Segundo Sousa *et al* (2014), o acesso é uma categoria-chave das inter-relações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais para continuidade do cuidado. É importante saber se a oferta que se tem é capaz de responder a demanda que é recebida. Por exemplo, quando se tem uma oferta do turno da noite, significa ampliação do acesso (fator de inclusão) a um público ao qual o atendimento é negado, pelo fato de trabalhar ou ter alguma ocupação em horário concomitante ao do CEO. Ou, porque é um horário melhor para o deslocamento. Ser atendimento 24 horas, significa a possibilidade da urgência, maior acesso e mais inclusão. Os finais de semana e feriados vão nessa mesma lógica, porém, com menor carga horária. Outro ponto importante é a respeito do monitoramento de casos de absenteísmo, de forma a reduzir perda de consultas. As perguntas deste subcomponente têm por

objetivo avaliar se o usuário consegue usufruir do serviço que está sendo ofertado.

A integralidade do cuidado está relacionada à articulação de ações individuais e coletivas, promoção e a prevenção com o tratamento e recuperação da saúde da população adscrita, sem descuidar da necessidade de atenção em situações de urgência, em qualquer nível de atenção à saúde.

2. COMPONENTE: Integralidade do cuidado

2.1 SUBCOMPONENTE: Referência e contrarreferência

Os protocolos clínicos propostos pelo Ministério da Saúde se constituem na principal referência para todos os CEO do país. Além desses, alguns estados e municípios elaboraram/adotaram protocolos semelhantes, sustentando os processos de referência e contrarreferência nos CEO, pactuados com as equipes de saúde bucal nos três níveis de atenção. Infelizmente, em alguns serviços esses protocolos são ignorados, não sendo adotados, colocando em risco esse processo. Não raro, o acesso aos CEO se dá por meio da demanda espontânea, contrariando o modelo de atenção proposto pela PNSB/SUS e os critérios de organização da Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB). Infelizmente, isto não se configura como um problema para muitos gestores e equipes de saúde bucal. As perguntas deste subcomponente avaliam se o trânsito dos usuários pelos níveis de atenção ocorre de acordo com os protocolos previstos pela política nacional.

2.2 SUBCOMPONENTE: Integração entre os níveis de atenção básica e secundária em saúde bucal

É importante que haja uma parceria entre as equipes dos dois níveis de atenção à saúde de forma a compartilhar as situações vividas no cotidiano da Odontologia e a participação em processos de construção compartilhada do conhecimento que gerem aprimoramento individual e de cada equipe, além da elaboração de protocolos e critérios diagnósticos, seja através de ações de

matriciamento, discussões de caso, etc. As perguntas deste subcomponente avaliam se esta situação ocorre de forma adequada e com a frequência necessária.

3. COMPONENTE: Gestão do CEO

3.1 SUBCOMPONENTE: Implantação do CEO

Segundo a portaria 1570/2004 do Ministério da Saúde, para que uma unidade de saúde seja habilitada como CEO é necessário, entre outras condicionantes, que a mesma esteja localizada em município habilitado em alguma condição de gestão de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este subcomponente avalia se o CEO atende a esta condicionante.

3.2 SUBCOMPONENTE: Planejamento, monitoramento e avaliação

O planejamento pode ser entendido como um processo que permite estabelecer um direcionamento a ser seguido ao longo do tempo. Ele possibilita a formulação de objetivos para a seleção de planos de ação e sua execução, levando em conta a evolução esperada. Já as atividades de monitoramento e avaliação são fases complementares entre si de um mesmo processo. O processo de monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento das atividades, isto é, verifica se os profissionais e as equipes estão registrando, periódica e criticamente, e como estão acontecendo as ações planejadas. Por outro lado, o processo de avaliação investiga as hipóteses geradas pelo monitoramento, aprofundando a compreensão desse desenvolvimento. Ele amplia a compreensão sobre o que está sendo avaliado. Os processos de monitoramento e avaliação devem estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde. As perguntas deste subcomponente avaliam se essas ações estão sendo realizadas com a frequência esperada, uma vez que monitorar continuamente permite ajustar medidas para se aproximar aos objetivos que se pretende alcançar.

3.3 SUBCOMPONENTE: Gestão de recursos

Os recursos administrativos auxiliam no processo de planejamento, organização e uso de todos os recursos organizacionais para alcançar os objetivos estabelecidos. Quando se definem quais recursos serão utilizados, não se trata apenas de dinheiro, mas também de matérias-primas, serviços, equipamentos e colaboradores. As perguntas deste subcomponente avaliam se os recursos, sejam eles humanos, produtivos, financeiros e/ou materiais estão sendo *utilizados* de forma racional e lógica.

3.4 SUBCOMPONENTE: Educação Permanente

A educação permanente pode ser definida como aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar incorporam-se às organizações e aos processos de trabalho. Essa atividade é importante para os profissionais de saúde, uma vez que os motiva diante dos desafios do cotidiano. As perguntas deste subcomponente avaliam se essa atividade é ofertada aos profissionais e se ela ocorre de forma sistemática.

II. II AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS AO QAQ-CEO

A avaliação das respostas pode ser feita de forma qualitativa, analisando-se cada alternativa assinalada e as variáveis relacionadas a ela. Pode, também, ser avaliada de forma quantitativa; cada questão alcança um máximo de 5 pontos, que foram atribuídos para as alternativas de resposta que correspondem ao padrão de qualidade esperado para aquele item (pontuação apresentada no apêndice deste produto).

Importante alertar para o risco de “rotular” o CEO, sem levar em consideração seus pontos fortes e fracos, o contexto local, a situação econômica e as necessidades da população atendida. Mesmo que seja escolhida a análise quantitativa, é necessário avaliar os itens em que o CEO não alcançou os padrões de qualidade esperados, refletir sobre as

causas/entraves/dificuldades relacionados a eles, e considerar esses pontos para o planejamento de estratégias para melhoria do serviço. O quadro abaixo apresenta uma proposta de classificação do CEO de acordo com os pontos alcançados:

Quadro 1. Proposta de classificação do CEO de acordo com o padrão de qualidade, por meio do QAQ-CEO

CLASSIFICAÇÃO DO CEO	PONTUAÇÃO
Pleno	191-285
Mediano	96-190
Insuperável	0-95

III. QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CEO – QAQ-CEO	
<i>Este instrumento tem o objetivo de auxiliar os CEO em seus processos de autoavaliação, orientando a identificação dos pontos fortes e fracos do CEO, a necessidade de reorientação e melhorias, a partir das respostas aos itens do questionário. Esse questionário diz respeito ao CEO do seu município ou da sua regional, e deve ser respondido pelo seu gerente ou o responsável pela sua gestão, de preferência com o apoio da equipe de trabalhadores, visto que o processo de autoavaliação deve ser conduzido por toda a equipe de trabalho, coordenada pelo gestor.</i> <i>No contexto deste questionário, a Atenção Primária em Saúde (APS) está representada pelas Unidades Básicas de Saúde. Se em seu município as atividades da APS são desenvolvidas em outro local diferente da UBS, ao responder as questões que citam a UBS considere a UBS como sinônimo desses locais.</i>	
INFORMAÇÕES DO CEO	
Nome do CEO:	
Endereço:	
Telefone:	E-mail:
Município:	Estado:
Região administrativa no Estado:	
Este CEO é () municipal () regional	
Este CEO é tipo () I () II () III	
INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DO QAQ-CEO	
Quem responde o questionário (nome):	
Função/cargo no CEO:	
Data de preenchimento do questionário: ____/____/202__	

QUESTÕES	
Acesso as especialidades odontológicas <i>Oferta de serviços</i>	
1. O CEO realiza tratamento odontológico em TODAS as especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)? () Sim () Não	
2. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas? () Sim () Não	
3. A infraestrutura do CEO é adequada para ofertar os serviços necessários à população? () Sim () Não	
4. A cobertura do CEO para a sua população de referência é adequada? () Sim () Não	
5. A pactuação para ofertar as vagas de atendimento no CEO acontecem durante as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou em nível municipal? () Sim () Não () Não sei	
6. O CEO garante a realização de exames radiográficos para todos os seus pacientes? () Sim () Não	
7. O CEO realiza biopsia para diagnóstico de câncer de boca? () Sim () Não	
Acesso as especialidades odontológicas <i>Organização para garantia do acesso</i>	
8. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de, no mínimo, 40 horas semanais? () Sim () Não	

9. O CEO oferta horários de atendimento complementar (além de 8 horas/dia) como turno da noite, finais de semana, feriados, atendimento 24 horas, dentre outros?

() Sim () Não

10. O CEO registra, de forma sistemática, os casos de absenteísmo?

() Sim () Não

11. Os profissionais do CEO conhecem as causas mais frequentes de absenteísmo nas especialidades em que trabalham?

() Sim () Não

12. A equipe do CEO faz, como rotina, contato prévio com os usuários para confirmação das consultas agendadas?

- () Sim para todas as especialidades
() Sim para algumas especialidades
() Não

13. Existe a realocação de pacientes para os horários de desistência?

() Sim () Não

Integralidade do cuidado
Referência e contrarreferência

14. Existem critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) para o CEO?

QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 18

() Sim () Não

15. Os profissionais do CEO e da UBS conhecem os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?

- () Sim
() Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO)
() Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS)
() Não

16. Os profissionais do CEO e da UBS utilizam rotineiramente os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?

- ☐ Sim
- ☐ Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO)
- ☐ Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS)
- ☐ Não

17. Os critérios e protocolos utilizados para referência e contrarreferência dos usuários foram pactuados entre os três níveis de atenção à saúde bucal (os três níveis são a atenção primária à saúde, atenção especializada e hospitalar)?

- ☐ Sim, foi pactuado entre os 3 níveis de atenção à saúde bucal
- ☐ Sim foi pactuado, mas apenas entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde bucal
- ☐ Sim foi pactuado, mas apenas entre atenção especializada e a alta complexidade
- ☐ Sim, foi pactuado com algumas unidades de saúde da atenção básica
- ☐ Não

18. Foi pactuado, entre os profissionais do CEO, como proceder quando do encaminhamento de um paciente da UBS para o CEO, sem que o profissional da UBS tenha realizado os procedimentos clínicos protocolares prévios, imprescindíveis a esse encaminhamento, e que estão fora do escopo da atenção especializada? (Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica)

- ☐ Sim ☐ Não

19. Com que frequência os usuários são encaminhados para o CEO com um instrumento de referência (em papel ou via eletrônica) preenchida pelo profissional da atenção básica?

QUEM RESPONDER "NUNCA" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 21

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca = 0

20. O conteúdo do instrumento de referência é padronizado entre as UBS do seu município?

☐ Sim ☐ Não

21. Com que frequência os usuários são contrarreferenciados para a UBS após a conclusão do tratamento no CEO?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

22. Com que frequência os usuários, que são contrarreferenciados do CEO para a UBS, recebem um instrumento de contrarreferência (em papel ou via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

23. Há uma definição de quais são os casos clínicos do CEO que devem ser encaminhados para atendimento de alta complexidade (nível hospitalar)?

- ☐ Sim, há esta definição para todas as especialidades do CEO
- ☐ Sim, há essa definição para algumas especialidades do CEO
- ☐ Não, não há essa definição para nenhuma especialidade do CEO
- ☐ Não, porque não existe referência de alta complexidade para esse CEO

24. Com que frequência o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, com um instrumento de referência (em papel ou, via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não existe referência de alta complexidade para esse CEO

25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?

- ☐ Central de marcação de consultas
- ☐ A UBS marca a 1ª consulta do usuário
- ☐ A consulta é marcada pelo usuário no próprio CEO
- ☐ Demanda espontânea

26. Na referência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?

- ☐ Central de marcação de consultas
- ☐ O CEO marca a 1ª consulta do usuário
- ☐ A consulta é marcada pelo usuário no próprio serviço
- ☐ Demanda espontânea

27. Na contrarreferência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a UBS?

- ☐ A consulta é marcada pelo usuário na própria UBS
- ☐ Não há contrarreferenciamento para a UBS

28. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o laboratório de referência para realização de exames anatomopatológicos?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não existe laboratório de referência para este CEO

29. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o hospital de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou procedimentos de nível hospitalar?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não existe hospital de referência para este CEO

30. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre a instituição de referência para a realização de tratamento de oncologia?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não existe instituição de referência para tratamento de oncologia para este CEO

31. O CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?

() Sim () Não

Integralidade do cuidado*Integração entre os níveis de atenção básica e secundária em saúde bucal***32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção básica para a realização de matriciamento?**

Pode ser assinalada mais de uma alternativa:

- () Sim, no atendimento odontológico de casos clínicos complexos
- () Sim, em eventos sentinela
- () Sim, no estabelecimento de diagnóstico diferencial de casos
- () Sim, em visitas domiciliares
- () Sim, na elaboração de projetos terapêuticos
- () Sim, em outras situações não descritas aqui
- () Não

33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção básica?

- () Uma vez por mês
- () Uma vez a cada três meses
- () Uma vez a cada seis meses
- () Uma vez por ano
- () Não há uma periodicidade
- () Nunca

34. Os profissionais do CEO e da UBS participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, como a elaboração de protocolos, processos e critérios diagnósticos? (Exemplo: decisão compartilhada para o diagnóstico de lesões de câncer de boca).

() Sim () Não

Gestão do CEO*Implantação do CEO***35. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização ou mapa da saúde foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?**

() Sim () Não

Gestão do CEO <i>Planejamento, monitoramento e avaliação</i>
36. Existe, no CEO em que você trabalha, um plano de ação sobre o processo de trabalho, elaborado de forma compartilhada entre profissionais da clínica, do administrativo e gestão, definindo as atividades a serem realizadas, as funções desempenhadas por cargos, a forma em que tais funções/atividades serão desenvolvidas e monitoradas? () Sim () Não
37. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente? () Sim () Não
38. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do CEO? () Sim () Não
39. Para o planejamento das ações do CEO são utilizados dados epidemiológicos, sociais, demográficos ou bases científicas? () Sim () Não
40. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados? () Sim, periodicamente () Sim, sem periodicidade definida () Não
41. É realizado o registro dos dados do CEO? Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros. QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 44 () Sim () Não

42. Além de realizar o registro dos dados do CEO (conforme foi perguntado na questão anterior), é realizado o monitoramento contínuo desses registros?

☐ Sim ☐ Não

43. Os resultados do monitoramento dos registros dos dados (conforme foi abordado nas duas últimas questões) são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?

☐ Sim, periodicamente
☐ Sim, sem periodicidade definida
☐ Não

44. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?

☐ Sim, ambas as agendas são organizadas de tal forma
☐ Sim, mas apenas a agenda dos profissionais (equipe de saúde bucal)
☐ Sim, mas apenas a agenda do gerente
☐ Não

45. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?

☐ Sim ☐ Não

46. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários relacionadas ao CEO?

☐ Sim ☐ Não

47. O CEO utiliza algum instrumento para autoavaliação?

☐ Sim ☐ Não

48. Com que frequência é realizada a autoavaliação entre os profissionais do CEO?

☐ Mensalmente
☐ Bimestralmente
☐ Trimestralmente
☐ Semestralmente
☐ Anualmente

☐ Não são realizados processos de autoavaliação

Gestão do CEO

Gestão dos recursos

49. Existe um programa/equipe de manutenção corretiva e/ou preventiva dos equipamentos do CEO?

☐ Sim ☐ Não

50. Com que frequência ocorre a paralisação dos serviços do CEO devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?

- ☐ Nunca
☐ Uma vez por ano
☐ Uma vez a cada seis meses
☐ Uma vez a cada três meses
☐ Uma vez por mês
☐ Mais de uma vez por mês

51. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (exemplo: nome do material, quantidade e vencimento)?

- ☐ Sim, de todos os insumos
☐ Sim, de alguns insumos
☐ Não
☐ Não existe estoque/almojarifado no CEO

52. Com que frequência ocorre o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque do CEO?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Uma vez a cada seis meses
☐ Uma vez a cada três meses
☐ Uma vez por mês
☐ Toda semana
☐ Não existe estoque/almojarifado no CEO

53. No CEO em que você trabalha, há participação dos gestores e profissionais da clínica na definição das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços para o CEO, a serem adquiridos em processos licitatórios realizados pela gestão municipal?

☐ Sim ☐ Não

Gestão do CEO <i>Educação permanente</i>
54. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO? () Sim () Não
55. São realizadas atividades de educação permanente para os profissionais do CEO? <i>QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 57</i> () Sim, com periodicidade definida () Sim, sem periodicidade definida () Não
56. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais? () Sim, são consideradas as necessidades do serviço e dos profissionais () Sim, mas considera-se apenas a necessidade do serviço () Sim, mas considera-se apenas a necessidade dos profissionais () Os profissionais não participam de atividades de educação permanente
57. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público? () Sim () Não
Campo para observações

IV FONTE PARA CONSULTA

Este produto técnico provém do Estudo de Avaliabilidade do CEO, cujos resultados foram apresentados em duas dissertações do curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da UFMG:

PORTUGAL, E. L. A. Desenvolvimento de um modelo para avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil: Um Estudo de Avaliabilidade. 2018. 133 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

NEVES, E. S. M. Validação de um instrumento de avaliação no estudo de avaliabilidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil. 2020. 173 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

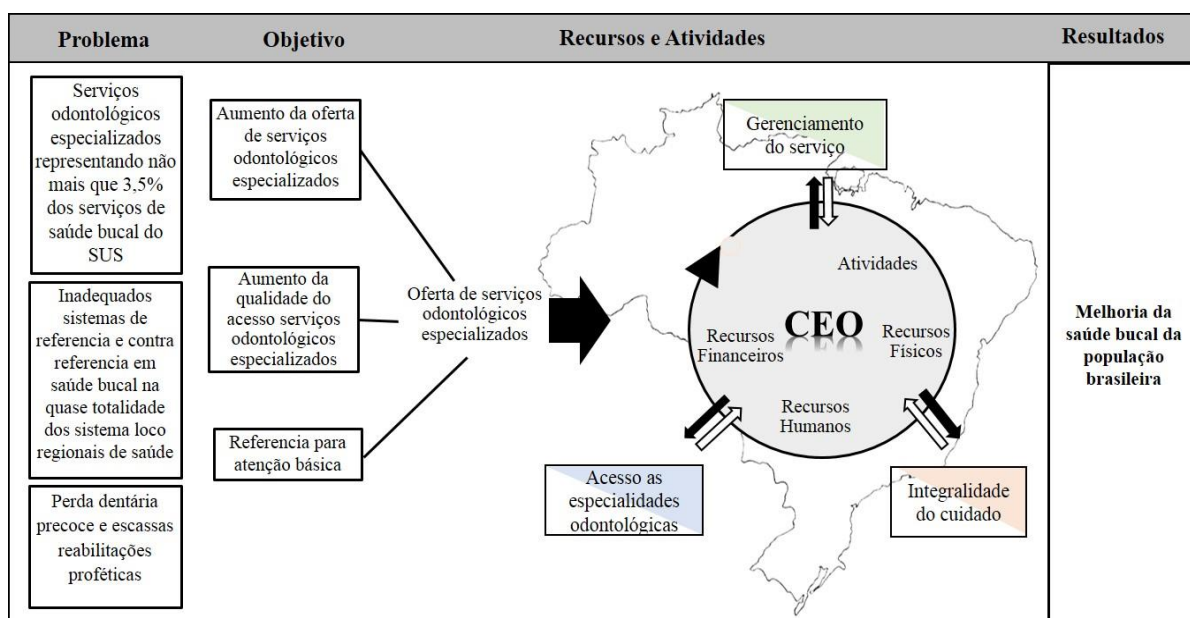
1. ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, Recife, v. 16, n.2, p.7-15, abril 2016.
2. BRASIL, 2004 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, 2004. Disponível em: <
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: maio 2020.
3. BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente - Centro de Especialidades Odontológicas. **Portaria nº 599 de 23 de março de 2006**. Disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/ceo>> Acesso em: maio 2020.
4. BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf> Acesso em: out 2018
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente - Centro de Especialidades Odontológicas. **Portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004**. Disponível em:
<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html> Acesso em: maio 2020.
6. CHAVES, S. C. L *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, jan. 2011.
7. FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2010. 2272p.
8. FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Med Book, 2010. p. 1-13.
9. GOES, P. A. G.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos de avaliação em saúde. In: Goes, PAG; Moysés, SJ (org.) **Planejamento, gestão e**

avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248 p. p 157-66.

10. HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132p.
11. SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre Atenção Primária e a Secundária em Odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, 2017.
12. SOUSA *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.
13. THURSTON, W.; RAMALIU, A. **Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned.** Canadian Journal of Program Evaluation., v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Wilfreda_Thurston/publication/228466055_Evaluability_assessment_of_a_survivors_of_torture_program_Lessons_learned/links/0fcfd50d38551a1e09000000.pdf. Acesso em: 15 mar. 2017.

APÊNDICE A

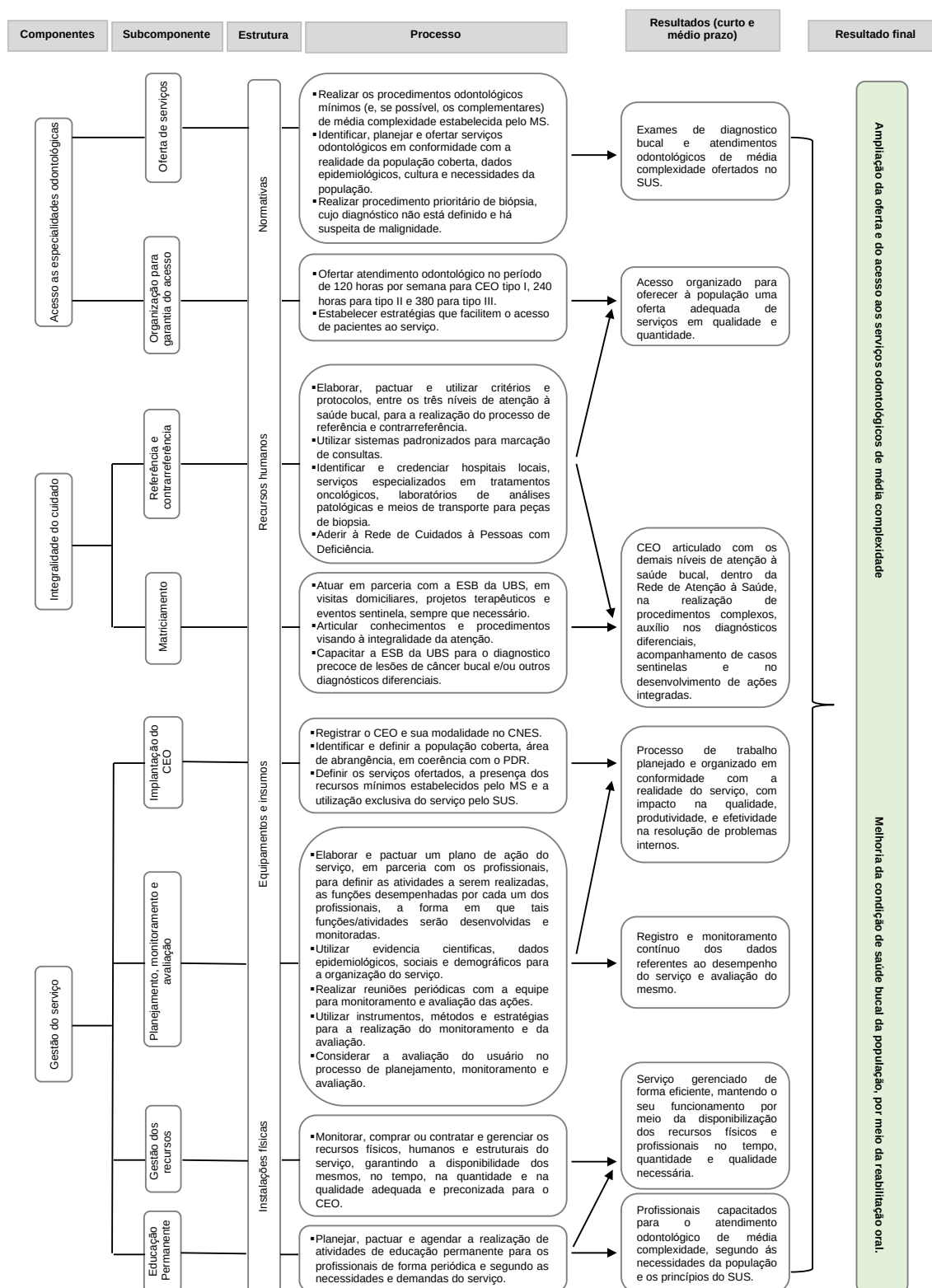
Modelo teórico dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).



Fonte: PORTUGAL, 2018.

APÊNDICE B

Modelo lógico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).



Fonte: PORTUGAL, 2018.

APÊNDICE C

Quadro 2. Pontuação e critérios afins para cada pergunta avaliativa

Perguntas avaliativas	CrITÉRIOS	Parâmetros	Pontuação máxima	Descrição do valor ou ponto de corte
1. COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas				
1.1 SUBCOMPONENTE: Oferta de serviços				
1. O CEO realiza tratamento odontológico em TODAS as especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)?	Realiza tratamentos odontológicos especializados	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
2. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas?	Realiza tratamentos odontológicos especializados	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
3. A infraestrutura do CEO é adequada para ofertar os serviços necessários à população?	Infraestrutura adequada	Ser adequada	5	Sim = 5 Não = 0
4. A cobertura do CEO para a sua população de referência é adequada?	Cobertura populacional adequada	Ser adequada	5	Sim = 5 Não = 0
5. A pactuação para ofertar as vagas de atendimento no CEO acontecem durante as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou em nível municipal?	Pactuação de vagas	Estarem pactuadas	5	Sim = 5 Não = 0 Não sei = 0
6. O CEO garante a realização de exames radiográficos para todos os seus pacientes?	Garantia na realização do exame radiológico	Garante	5	Sim = 5 Não = 0
7. O CEO realiza biópsia para diagnóstico de câncer de boca?	Realiza biópsia	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
1.2 SUBCOMPONENTE: Organização para garantia do acesso				
8. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de, no mínimo, 40 horas semanais?	Consultórios em funcionamento 40 horas semanais	Estar em funcionamento	5	Sim = 5 Não = 0

9. O CEO oferta horários de atendimento complementar (além de 8 horas/dia) como turno da noite, finais de semana, feriados, atendimento 24 horas, dentre outros?	Atendimento em horários complementares	Oferta	5	Sim= 5 Não= 0
10. O CEO registra, de forma sistemática, os casos de absenteísmo?	Registro de casos de absenteísmo	Registra	5	Sim = 5 Não = 0
11. Os profissionais do CEO conhecem as causas mais frequentes de absenteísmo nas especialidades em que trabalham?	Conhecimento das causas de absenteísmo	Conhece	5	Sim = 5 Não = 0
12. A equipe do CEO faz, como rotina, contato prévio com os usuários para confirmação das consultas agendadas?	Confirmação da consulta	Realiza	5	Sim para todas as especialidades= 5 Sim para algumas especialidades = 3 Não =0
13. Existe a realocação de pacientes para os horários de desistência?	Realocação de pacientes em horários vagos	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
2. COMPONENTE: Integralidade do cuidado				
2.1 SUBCOMPONENTE: Referência e contrarreferência				
14. Existem critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) para o CEO? <i>QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 18</i>	Existência de critérios e protocolos para referência e contrarreferência	Existir	5	Sim = 5 Não = 0
15. Os profissionais do CEO e da UBS conhecem os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?	Conhecimento por parte dos profissionais dos protocolos e critérios de referência e contrarreferência	Conhecer	5	Sim = 5 Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO) = 3 Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS) = 3 Não = 0
16. Os profissionais do CEO e da UBS utilizam rotineiramente os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?	Uso de critérios e protocolo para referência e contrarreferência	Utiliza	5	Sim = 5 Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO) = 3 Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS) = 3

				Não = 0
17. Os critérios e protocolos utilizados para referência e contrarreferência dos usuários foram pactuados entre os três níveis de atenção à saúde bucal (os três níveis são a atenção primária à saúde, atenção especializada e hospitalar)?	Pactuação de critérios e protocolos para referência e contrarreferência	Estar pactuado	5	Sim, foi pactuado entre os 3 níveis de atenção à saúde bucal = 5 Sim foi pactuado, mas apenas entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde bucal = 3 Sim foi pactuado, mas apenas entre atenção especializada e a alta complexidade = 3 Sim, foi pactuado com algumas unidades de saúde da atenção básica =1 Não =0
18. Foi pactuado, entre os profissionais do CEO, como proceder quando do encaminhamento de um paciente da UBS para o CEO, sem que o profissional da UBS tenha realizado os procedimentos clínicos protocolares prévios, imprescindíveis a esse encaminhamento, e que estão fora do escopo da atenção especializada? (Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica).	Definição sobre o encaminhamento (Pactuação interna)	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
19. Com que frequência os usuários são encaminhados para o CEO com um instrumento de referência (em papel ou via eletrônica) preenchida pelo profissional da atenção básica? <i>QUEM RESPONDER "NUNCA" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 21</i>	Frequência de usuários com instrumento de referência	Sempre	5	Sempre = 5 Frequentemente = 4 Às vezes = 3 Raramente = 2 Nunca = 0
20. O conteúdo do instrumento de referência é padronizado entre as UBS do seu município?	Conteúdo do instrumento de referencia	Padronizado	5	Sim = 5 Não = 0
21. Com que frequência os usuários são contrarreferenciados para a UBS após a conclusão do tratamento no CEO?	Frequência de usuários encaminhados para atenção básica	Sempre	5	Sempre = 5 Frequentemente = 4 Às vezes = 3 Raramente = 2

				Nunca = 0
22. Com que frequência os usuários, que são contrarreferenciados do CEO para a UBS, recebem um instrumento de contrarreferência (em papel ou via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Encaminhamento para atenção básica com instrumento de contrarreferência	Uso do instrumento de contrarreferência	5	Sempre = 5 Frequentemente = 4 Às vezes = 3 Raramente = 2 Nunca = 0
23. Há uma definição de quais são os casos clínicos do CEO que devem ser encaminhados para atendimento de alta complexidade (nível hospitalar)?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim, há esta definição para todas as especialidades do CEO = 5 Sim, há essa definição para algumas especialidades do CEO = 3 Não, não há essa definição para nenhuma especialidade do CEO = 0 Não, porque não existe referência de alta complexidade para esse CEO = 0
24. Com que frequência o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, com um instrumento de referência (em papel ou, via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Encaminhamento do usuário com instrumento de referência	Uso de instrumento de referência	5	Sempre = 5 Frequentemente = 4 Às vezes = 3 Raramente = 2 Nunca = 0 Não existe referência de alta complexidade para esse CEO = 0
25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas	5	Central de marcação de consultas = 5 A UBS marca a 1ª consulta do usuário = 4 A consulta é marcada pelo usuário no próprio CEO = 2 Demanda espontânea = 0
26. Na referência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas	5	Central de marcação de consultas = 5

				O CEO marca a 1ª consulta do usuário = 4 A consulta é marcada pelo usuário no próprio serviço = 2 Demanda espontânea = 0
27. Na contrarreferência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a UBS?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas	5	A consulta é marcada pelo usuário na própria UBS = 5 Não há contrarreferenciamento para a UBS = 0
28. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o laboratório de referência para realização de exames anatomopatológicos?	Ter conhecimento da existência de laboratório de referência	Ter conhecimento da existência	5	Sim = 5 Não = 0 Não existe laboratório de referência para este CEO = 0
29. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o hospital de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou procedimentos de nível hospitalar?	Ter conhecimento da existência de hospital de referência	Ter conhecimento da existência	5	Sim = 5 Não = 0 Não existe hospital de referência para este CEO = 0
30. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre a instituição de referência para a realização de tratamento de oncologia?	Ter conhecimento da existência de instituição de referência para tratamento de oncologia	Ter conhecimento da existência	5	Sim = 5 Não = 0 Não existe instituição de referência para tratamento de oncologia para este CEO = 0
31. O CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?	Adesão à Rede	Aderir à Rede	5	Sim = 5 Não = 0
2.2 SUBCOMPONENTE: Integração entre os níveis de atenção básica e secundária em saúde bucal				
32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção básica para a realização de matriciamento?	Matriciamento da saúde bucal	Existir	5	Pode ser assinalada mais de uma alternativa: Sim, no atendimento odontológico de casos clínicos complexos = 1 Sim, em eventos sentinela = 1

					Sim, no estabelecimento de diagnóstico diferencial de casos = 1 Sim, em visitas domiciliares = 1 Sim, na elaboração de projetos terapêuticos = 1 Sim, em outras situações não descritas aqui = 1 Não = 0
33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção básica?	Integração entre os níveis de atenção básica e secundária em saúde bucal	Uma vez por mês	5		Uma vez por mês = 5 Uma vez a cada três meses = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez por ano = 2 Não há uma periodicidade = 1 Nunca = 0
34. Os profissionais do CEO e da UBS participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, como a elaboração de protocolos, processos e critérios diagnósticos? (Exemplo: decisão compartilhada para o diagnóstico de lesões de câncer de boca).	Processo de construção compartilhada de profissionais da ESB pelos profissionais do CEO	Ser realizada	5		Sim = 5 Não = 0
3. COMPONENTE: Gestão do CEO					
3.1 SUBCOMPONENTE: Implantação do CEO					
35. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização ou mapa da saúde foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?	Uso do PDR na implantação do CEO	Utiliza	5		Sim = 5 Não = 0
3.2 SUBCOMPONENTE: Planejamento, monitoramento e avaliação					
36. Existe, no CEO em que você trabalha, um plano de ação sobre o processo de trabalho, elaborado de forma compartilhada entre profissionais da clínica, do administrativo e gestão, definindo as atividades a serem realizadas, as funções desempenhadas por cargos, a forma em que tais funções/atividades serão desenvolvidas e monitoradas?	Plano de ação do CEO elaborado com os profissionais	Existir	5		Sim = 5 Não = 0

37. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente?	Definição das responsabilidades de cada profissional	Definido	5	Sim = 5 Não = 0
38. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do CEO?	Reunião para o planejamento das ações	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
39. Para o planejamento das ações do CEO são utilizados dados epidemiológicos, sociais, demográficos ou bases científicas?	Planejamento embasado em evidência científica e técnica	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
40. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?	Presença de apoio institucional	Receber apoio	5	Sim, periodicamente=5 Sim, sem periodicidade definida=3 Não=0
41. É realizado o registro dos dados do CEO? <i>Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros.</i> <i>QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 44</i>	Registro e armazenamento de dados	Registra dados	5	Sim = 5 Não = 0
42. Além de realizar o registro dos dados do CEO (conforme foi perguntado na questão anterior), é realizado o monitoramento contínuo desses registros?	Realização de monitoramento contínuo	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
43. Os resultados do monitoramento dos registros dos dados (conforme foi abordado nas duas últimas questões) são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?	Reuniões para análise dos resultados do monitoramento	Analisar os dados	5	Sim, periodicamente = 5 Sim, sem periodicidade definida = 3 Não = 0
44. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?	Presença de horários reservados	Reserva de horários	5	Sim, ambas as agendas são organizadas de tal forma = 5 Sim, mas apenas a agenda dos profissionais (equipe de saúde bucal) = 3

				Sim, mas apenas a agenda do gerente = 3 Não = 0
45. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?	Presença de canal de comunicação para os usuários com o CEO	Canal de comunicação disponível	5	Sim = 5 Não = 0
46. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários relacionadas ao CEO?	Discussão das demandas dos usuários no planejamento	Demandas e/ou reclamações dos usuários discutidas	5	Sim = 5 Não = 0
47. O CEO utiliza algum instrumento para autoavaliação?	Utilização de instrumentos para autoavaliação	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
48. Com que frequência é realizada a autoavaliação entre os profissionais do CEO?	Frequência de autoavaliação	Mensalmente	5	Mensalmente = 5 Bimestralmente = 4 Trimestralmente = 3 Semestralmente = 2 Anualmente = 1 Não são realizados processos de autoavaliação = 0
3.3 SUBCOMPONENTE: Gestão dos recursos				
49. Existe um programa/equipe de manutenção corretiva e/ou preventiva dos equipamentos do CEO?	Existência de programa de manutenção corretiva e/ou preventiva dos equipamentos	Existir	5	Sim = 5 Não = 0
50. Com que frequência ocorre a paralisação dos serviços do CEO devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?	Frequência de paralisação do serviço pela ausência de materiais e/ou insumos odontológicos	Nunca	5	Nunca = 5 Uma vez por ano = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez a cada três meses = 2 Uma vez por mês = 1 Mais de uma vez por mês = 0

51. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (<i>exemplo: nome do material, quantidade e vencimento</i>)?	Realização do registro do estoque	Realiza	5	Sim, de todos os insumos = 5 Sim, de alguns insumos = 3 Não = 0 Não existe estoque/almojarifado no CEO = 0
52. Com que frequência ocorre o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque do CEO?	Frequência de materiais e/ou insumos com prazo de validade vencido	Nunca	5	Nunca = 5 Raramente = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez a cada três meses = 2 Uma vez por mês = 1 Toda semana = 0 Não existe estoque/almojarifado no CEO = 0
53. No CEO em que você trabalha, há participação dos gestores e profissionais da clínica na definição das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços para o CEO, a serem adquiridos em processos licitatórios realizados pela gestão municipal?	Participação em definições das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
3.4 SUBCOMPONENTE: Educação permanente				
54. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO?	Presença de horários reservados	Horários reservados	5	Sim = 5 Não = 0
55. São realizadas atividades de educação permanente para os profissionais do CEO? <i>QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A DE Nº 57</i>	Frequência de atividades de educação permanente	Mensalmente	5	Sim, com periodicidade definida = 5 Sim, sem periodicidade definida = 3 Não = 0
56. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais?	Definição da temática de capacitação dos profissionais de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais	Definido	5	Sim, são consideradas as necessidades do serviço e dos profissionais = 5 Sim, mas considera-se apenas a necessidade do serviço = 3 Sim, mas considera-se apenas a necessidade dos profissionais = 3

				Os profissionais não participam de atividades de educação permanente = 0
57. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público?	Participação do gestor em atividades de capacitação	Participa	5	Sim = 5 Não = 0

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **ACTA Paul Enf**, São Paulo, v. 13, número especial, parte I, p. 190-196, 2000.

ARMSTRONG, C. *et al.* Participant experiences with a new online modified-Delphi approach for engaging patients and caregivers in developing clinical guidelines. **European Journal for Person Centered Healthcare**, v. 7, n.3, p. 476-489, 2019.

BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 240-255, 2019.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente – Centro de Especialidades Odontológicas. **Portaria nº 599 de 23 de março de 2006**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/ceo> > Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente – Centro de Especialidades Odontológicas. **Portaria nº 600, de 23 de março de 2006**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/ceo>>. Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf > Acesso em: jul. 2020.

CAMPOS, R. O. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos

participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, 2011.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 221-241, 2010.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

COLUCI, M. Z. O. *et al.* Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde bucal no Brasil: uma revisão de literatura. **Sal & transf. Soc**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

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

CORREIA, A.R.F. *et al.* Definição de indicadores para avaliação da assistência farmacêutica na rede pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em métodos de consenso. **Lat. Am. J. Pharm.** v. 28, n. 3, p. 366-374, 2009.

DONABEDIAN, A. Seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DOWRICK, A.S. *et al.* "We Used a Validated Questionnaire": What Does This Mean and Is It an Accurate Statement in Urologic Research? **Urology.**, New York, v.85, n. 6, p.1304-10, 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2010. 2272p.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Med Book, 2010. p. 1-13.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N.. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006 .

GONÇALVES, *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª regional do Paraná. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, 2018.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132p.

LIMA, S. F. *et al.* O método Delphi e a validação de pesquisa na educação: um estudo com professores de ciências dos anos iniciais atuantes em salas multisseriadas na Amazônia. **Rev. Fil. Tem**, Belém, v. 4, n.2, p. 50-56, jul/dec, 2019.

LUCIAN, R.; DORNELLAS, J. S. Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 157-177, ago. 2015.

MAGALHÃES *et al.* Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4643-4653, 2019.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação¹. **Pro-Posições**, v. 29, n. 2(87), p. 389-415, 2018.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2008. 311 p.

MENDES, M. F. M. *et al.* Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Med Book, 2010. p. 57-64.

MICHAELIDOU, N.; DIBB, S. Using email questionnaires for research: Good practice in tackling non-response. **J Target Meas Anal Mark**, v. 14, p. 289–296, 2006.

OLIVEIRA, M. M. **Cadeia de frio de conservação de vacinas: desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação**. 2017. 105p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem). Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, 2017.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

_____. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Ed. UnB, 1997. 289 p.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica de Delphi no diálogo com enfermeiros sobre acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. **Escola Anna Neri Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 174-180, 2015.

PIRES, D. A. *et al.* Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4525-4534, 2014.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.566-568, 2006.

PORTUGAL, E. L. A. **Desenvolvimento de um modelo para avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**: um estudo de avaliabilidade. 2018. 135p. Dissertação (Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

RAHAGHI, F. F. *et al.* Delphi consensus recommendations for a treatment algorithm in pulmonar sarcoidosis. **Eur Respir Rev**, v. 29, n. 19, p. 1-10, 2020.

RIOS, L. R. F. Avaliação Normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 122-136, 2019.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **R. Bras Enf Brasília**, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr/jun, 1995.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista Rene**. v.13, n.1, p.242-51, 2012.

SILVA, B. S. *et al.* Evaluation study of the National Immunization Program Information System. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71, Suppl 1, p. 615-24, 2018.

SOUZA, E. C. *et al.* Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa. **SANARE**, v.16, n.2, p.85-92, 2017.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v. 20, n. 2, 2005.

TREVISAN, M. S. e HUANG, Y. M. Evaluability assessment: a primer. **Practical Assessment, Research & Evaluation**. v. 8, n. 20, 2003.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 428p.

PRODUÇÃO INTELECTUAL NO PERÍODO DE 2018-2020

Artigo completo submetido para publicação:

PORTUGAL, E. L. A.; NEVES, E. S. M.; ABREU, M. H. N. G.; AMARAL, J. H. L.; ALBANO, E.; WERNECK, M. A. F.; ZINA, L. G. Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. Submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva em setembro/2020.

PINTO, R. S.; VETTORE, M. V.; SILVA, S. L.; NEVES, E. S. M.; ZINA L. G.; LUCAS, S. D. Determinantes contextuais e locais associados ao cumprimento de metas na especialidade endodontia nos Centros de especialidades Odontológicas brasileiros: uma análise multinível. Produzido em conjunto com o grupo do PMAQ-CEO e em análise para submissão à revista Community Dentistry and Oral Epidemiology.

Resumos em anais:

NEVES, E. S. M.; PORTUGAL, E. L. A.; ALBANO, E.; AMARAL, J. H. L.; ABREU, M. H. N. G.; WERNECK, M. A. F.; ZINA, L. G. Estudo de avaliabilidade da atenção secundária em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. In: 36ª. Reunião Anual da SBPqO, 2019, Campinas (SP). Brazilian Oral Research. São Paulo (SP): SBPqO, 2019. v. 33. p. 544-544.

NEVES, E. S. M.; PORTUGAL, E. L. A.; FERNANDES, I. H.; GUIMARAES, E. A. A.; WERNECK, M. A. F.; ZINA, L. G. Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018, Belo Horizonte (MG).

Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018. v. 54. p. 23-23.

Apresentação de trabalho:

NEVES, E. S. M.; PORTUGAL, E. L. A.; ALBANO, E.; AMARAL, J. H. L.; ABREU, M. H. N. G.; WERNECK, M. A. F.; ZINA, L. G. Estudo de avaliabilidade da atenção secundária em saúde bucal no Sistema Público de Saúde Brasileiro. 2019. (Apresentação de Trabalho na 36ª. Reunião Anual da SBPqO).

NEVES, E. S. M.; PORTUGAL, E. L. A.; FERNANDES, I. H.; GUIMARAES, E. A. A.; WERNECK, M. A. F.; ZINA, L. G. Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Sistema Público de Saúde Brasileiro. 2018. (Apresentação de Trabalho no XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Artigo^a

ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Evaluability Assessment of Specialized Dental Care in Brazilian Public Health System

Título resumido: ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL

Érika Lúcia Almeida Portugal¹, Érika Said Monteiro Neves¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu², João Henrique Lara do Amaral², Eliete Albano de Azevedo Guimarães³, Marcos Azeredo Furquim Werneck⁴, Livia Guimarães Zina⁵

1. Aluna do curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG
2. Professor associado – Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG
3. Professora adjunto – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação e Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ
4. Professor titular – Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG
5. Professora adjunto – Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG

Autor correspondente:

Livia Guimarães Zina

Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 - Pampulha CEP 31270-901 - Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: liviazina@ufmg.br - Telefone: +55 (31) 3409-2442.

^a O artigo apresenta a descrição completa do EA, e foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva – Qualis B1 (quadriênio 2013-2016) / A4 (proposta para o quadriênio 2017-2020). O artigo está elaborado de acordo com as normas da revista, que estão disponíveis no Anexo B.

Resumo: Estudos de Avaliabilidade (EA) são estudos pré-avaliativos que precedem a avaliação propriamente dita de um serviço. O objetivo deste trabalho foi conduzir um EA da atenção secundária em saúde bucal no Brasil, ofertada pelo SUS através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Estudo de base nacional, realizado nos anos 2017-2020, baseado no sistema de 7 elementos de Thurston e Ramaliu. Participaram 29 integrantes envolvidos com a implantação e funcionamento do CEO. O instrumento de avaliação foi validado em conteúdo e aparência. Os dados foram analisados por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e de acordo com o método de Análise de Conteúdo. A descrição do CEO, baseada em documentos e evidência científica, permitiu compreender sua estrutura legal, operacionalização e principais eventos que o caracterizam. O modelo teórico-lógico definiu 3 componentes a serem avaliados: integralidade do cuidado, acesso à atenção secundária em saúde bucal e gerenciamento do CEO. O questionário de avaliação foi validado em 2 rodadas, com IVC>75%. O estudo demonstrou que a atenção especializada em saúde bucal é avaliável e tem um cenário favorável ao seu desenvolvimento. Foi estabelecido e validado um questionário inédito de avaliação do CEO.

Palavras-chaves: Estudos de Avaliação. Estudos de Validação. Atenção Secundária à Saúde. Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública.

Abstract: Evaluability Studies (ES) are pre-evaluative studies that precede the evaluation of a service. The objective of this study was to conduct an ES of secondary oral health care in Brazil, offered by the National Health System through the Dental Specialty Centers (DSC). Nationally based study, carried out between the years 2017-2020, based on the system of Thurston e Ramaliu's 7 elements. Twenty-nine members involved in the implementation and operation of the DSC participated in the study. The evaluation tool

was validated in its content and appearance. Data were analyzed through the Content Validity Index (CVI) and according to the Content Analysis method. DSC description, based on documents and scientific evidence, allowed to understand its legal framework, operationalization, and main events that characterize it. The theoretic-logic model defined 3 components to be evaluated: comprehensiveness health care, access to secondary oral health care and DSC management. The evaluation tool was validated in 2 rounds, with $CVI > 75\%$. The study demonstrated that secondary oral health care is evaluable and has a favorable scenario for its development. An inedited DSC questionnaire was established and validated.

Key words: Evaluation studies. Validation Studies. Secondary care. Oral health. Public Health Dentistry.

Introdução

A saúde bucal é parte integral da saúde e impacta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos¹. Atualmente o Brasil é um dos poucos países que inclui o serviço odontológico especializado no escopo dos serviços públicos ofertados à população. Os serviços odontológicos especializados diferenciam-se daqueles tidos como básicos devido a utilização de tecnologias de maior complexidade no tocante aos equipamentos e pela prática de tratamentos de maior especificidade².

Os serviços odontológicos especializados são essenciais para a recuperação e preservação da saúde bucal. Atuam de forma complementar aos serviços odontológicos da atenção básica, por meio da realização de procedimentos de maior complexidade tecnológica. Tal assistência garante o cuidado integral do paciente, contemplando suas necessidades de saúde, do início ao fim³.

O Brasil é um país singular no cuidado à saúde bucal da sua população. Até 2003, a atenção odontológica especializada no SUS era ínfima, representando apenas 3,5% dos tratamentos de saúde bucal. Contudo, no ano de 2004, a política de saúde bucal foi conduzida de uma posição secundária, para uma posição de prioridade e destaque na agenda governamental. Este movimento é representado pela implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Brasil Sorridente⁴.

A PNSB tem como objetivo a garantia de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal para toda a população brasileira. Entre as suas ações está o aumento da qualidade da oferta e do acesso aos serviços odontológicos especializados, por meio da implantação e do fortalecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁵⁻⁷.

Os CEO são equipamentos de saúde do SUS e consistem na estratégia do Ministério da Saúde para atender ao princípio da integralidade. Esses serviços trabalham como unidades de referência para as equipes de saúde da família, e ofertam tratamento odontológico especializado como parte do cuidado integral do paciente⁶. Atualmente, existem mais de 1.000 CEO implantados pelo país, com cobertura potencial para a população de mais 850 municípios⁸.

A avaliação é um processo essencial para melhoria e qualidade de serviços de saúde. Contudo, processos avaliativos podem ser demorados, caros e com poucos resultados relevantes⁹. Com intuito de melhorar a eficiência das avaliações, em meados dos anos 70, Joseph Wholey desenvolveu um método de pré-avaliação, denominado Estudo de Avaliabilidade (EA). Os EA foram compreendidos como procedimentos e métodos para determinar se programas ou intervenções estão prontos para serem avaliados. Representam um esforço para minimizar alguns problemas percebidos nos estudos de avaliação, como as barreiras entre avaliador e os interessados, a condução de avaliações

prematuras e o desperdício na busca de informações não mensuráveis e de atividades não condizentes com o objetivo final ^{10,11}.

Thurston e Potvin evidenciam a contribuição do EA para a avaliação de programas e recomendam que seja realizado, em especial, para programas que visam mudanças sociais, em geral, de maior complexidade e mais longo prazo. Sua utilização pode ser feita a qualquer momento para revisão e planejamento das avaliações. Os autores recomendam que nunca é muito cedo nem tarde demais para instituir um estudo de avaliabilidade¹².

Os CEO estão em funcionamento há 16 anos e já passaram por algumas avaliações, em âmbito governamental e educacional¹³. Contudo, nenhum EA foi conduzido nesse serviço, com a participação dos envolvidos e permitindo, se necessário, mudanças no foco do gerenciamento, assim como no desenvolvimento e aprimoramento dos futuros processos avaliativos. Corroborando com Wholey¹⁰, é primordial que se estabeleçam informações sólidas referentes ao CEO, para se conhecer se este é um serviço realmente avaliável, se tais avaliações podem gerar resultados factíveis e úteis e em seguida, definir qual o melhor formato para se avaliar o serviço, o que precisa ser avaliado e quais as expectativas dos integrantes do serviço em relação ao processo de avaliação.

Ademais, ao contrário de outras áreas no setor saúde, como a Enfermagem e a Medicina, são escassos EA na área de odontologia em saúde pública. Dessa forma, devido à relevância social e ao impacto de uma atenção odontológica especializada em um sistema de saúde público e universal na condição epidemiológica da população, fica clara a importância de se conduzir um EA nesse campo. Assim, é objeto deste artigo o relato do EA dos Centros de Especialidades Odontológicas, com objetivo de descrever o serviço, identificando-se objetivos, metas e recursos; desenvolver o modelo teórico e lógico do serviço, e validar as perguntas para avaliação.

Métodos

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos, com base na Declaração de Helsinque e nos regulamentos governamentais brasileiros. O consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi obtido de todos os participantes desta pesquisa. A aprovação ética foi obtida no comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 67143417.1.0000.5149).

Foi realizado um EA de base nacional, com abordagem quali-quantitativa, durante os anos de 2017 a 2020, baseado no sistema dos sete elementos, proposto por Thurston e Ramaliu: (a) descrição do serviço identificando: as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; (b) identificação e revisão dos documentos disponíveis sobre os serviços; (c) modelagem (modelo lógico do serviço) dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; (d) supervisão do serviço, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o serviço opera; (e) desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação; (f) identificação de usuários da avaliação e outros interessados envolvidos; e (g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação¹⁴.

Participaram deste estudo 29 informantes-chave e *stakeholders* diretamente envolvidos na implantação e operacionalização dos CEO, sendo eles coordenadores municipais de saúde bucal, referências técnicas estaduais de saúde bucal, trabalhadores do CEO (gerentes e cirurgiões-dentistas), avaliadores do PMAQ-CEO (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas), pesquisadores e professores universitários. Ressalta-se a relevância da participação de um membro da equipe que atuou na construção da PNSB como *stakeholder* e pesquisador neste estudo. Tal fato contribuiu significativamente na clarificação e compreensão dos dados¹¹.

1º Etapa: Análise documental

A primeira etapa se constituiu na análise documental, que foi desenvolvida em duas fases. A primeira esteve focada na busca de documentos não vinculados a bases de dados acadêmicas ou periódicos científicos. As fontes de dados utilizadas foram websites governamentais de nível federal, estadual e municipal, bancos de dados e relatórios de programas nacionais, blogs, vídeos e livros. O critério de seleção para o arquivamento do documento foi a confiabilidade de sua fonte. O corpus desta análise foi formado por 33 documentos, dentre portarias legislativas, normas técnicas, relatórios e websites governamentais, livros, manuais e cartilhas. Todos os documentos foram produzidos no período entre 2004 e 2018, e as informações extraídas a partir deles puderam contribuir para a compreensão da teoria do CEO e consequentemente para o desenvolvimento do modelo teórico-lógico.

A segunda fase desta análise dedicou-se à busca de pesquisas, estudos e artigos científicos, indexados em bases de dados e que abordassem a avaliação do CEO. Para isso foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados: PUBMED (www.pubmed.gov), Biblioteca Cochrane (the Cochrane Library) (<http://www.cochrane.org/index.htm>), Web of Science (<http://www.isiknowledge.com>), BBO – Bibliografia Brasileira de Odontologia (<http://bases.bireme.br>), LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (<http://bases.bireme.br>) e Scopus (<https://www.scopus.com>). Ao final, foram incluídos 32 artigos na análise.

Todos os documentos identificados, nas duas etapas, foram duplamente analisados, objetivando uma variedade de perspectivas. Um roteiro preliminar com as informações da análise documental foi desenvolvido e posteriormente utilizado nas entrevistas aos stakeholders¹⁵. Os resultados desta etapa da pesquisa também contribuíram para a

elaboração de um quadro descritivo do serviço e a linha histórica do mesmo, com base no referencial teórico de Thurston e Ramaliu¹⁴.

2º Etapa: Entrevista com os stakeholders

A entrevista com *stakeholders* é essencial para a compreensão do objeto de estudo¹⁵. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada um dos stakeholders. As entrevistas foram realizadas in loco, com a duração mínima de 1 hora, sendo guiadas pelo roteiro desenvolvido através da análise documental, o qual abarcou questões referentes aos objetivos, atividades, resultados, recursos, organização e avaliação do CEO. Todas as entrevistas foram gravadas por meio de um smartphone e transcritas para um base de dados. As entrevistas com os *stakeholders* foram essenciais para a definição do delineamento do CEO, assim como, para a compreensão de como as partes interessadas enxergam os elementos do serviço, como as metas, as atividades e os resultados¹².

3º Etapa: Desenvolvimento do modelo teórico e lógico

O modelo teórico e lógico do CEO foi desenvolvido com base no conjunto de informações recolhidas e analisadas nas duas etapas anteriores¹⁴. A análise dos documentos contribuiu para que se elencasse as principais temáticas que constituem o CEO. As informações obtidas também auxiliaram no delineamento do serviço segundo sua teoria, permitindo a visualização da sua linha histórica e comparação das ações do serviço no passado com as atuais, o que auxiliou a construção do modelo teórico. A análise das entrevistas, além de solucionar dúvidas e questões não respondidas por meio dos documentos, também suscitaram novas temáticas no delineamento do CEO,

auxiliando especialmente na compreensão das relações causais entres os elementos, recursos, atividades e resultados¹⁶.

Após a conclusão da análise documental e a partir da construção do modelo teórico, elaborou-se o modelo lógico, tendo como elementos os componentes estruturais, as atividades desenvolvidas, os recursos, e os resultados a curto, médio e longo prazo.

4º Etapa: Matriz de medidas e análises

Os modelos teórico e lógico do CEO subsidiaram o desenvolvimento e seleção das perguntas avaliativas, classificando-as quanto à prioridade, utilidade e viabilidade. Inicialmente foi elaborada uma matriz de medidas e análises, por meio da criação de indicadores. Os indicadores foram elaborados com base nos componentes essenciais para o serviço descritos no modelo. Em seguida, a matriz foi apresentada aos informantes-chaves que estiveram engajados no processo da modelagem, para leitura, correção e discussão da matriz. Logo depois, a matriz foi encaminhada a um especialista em EA, para correção e análise no âmbito metodológico. Por fim, a matriz, foi submetida a um último processo de análise, por meio de uma oficina de consenso, para discutir e aprovar a matriz, com nove participantes-chaves, diferentes daqueles que participaram do processo de modelagem.

A partir da matriz de medidas e análises foram estabelecidas as perguntas avaliativas. A escolha dos elementos do questionário apoiou-se no objetivo do EA, em identificar, descrever e sistematizar os componentes do serviço, uma vez que segundo Alves¹⁷ a definição de tais elementos auxilia na análise e interpretação das informações. O questionário foi então validado em seu conteúdo e aparência, de acordo com os critérios de relevância, objetividade e clareza, propostos por Pasquali¹⁸, com a participação de 10

juízes, não envolvidos com o EA até então. Para a validação das perguntas avaliativas, foi utilizada a Técnica de Delphi^{19,20}.

Análises

A equipe de pesquisadores utilizou um processo iterativo para a revisão dos dados e para o desenvolvimento da teoria do CEO ao longo da pesquisa. Para análise dos documentos e entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo temática²⁰ comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos e categorização. A análise escolhida é a mais utilizada em pesquisas qualitativas de saúde²¹ e vai ao encontro com as necessidades e objetivos de um estudo de avaliabilidade.

No processo de validação das perguntas avaliativas, para identificar o grau de concordância entre os especialistas foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse Índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. O IVC varia entre 0 e 100 e, quanto mais próximo de 100, melhor será o desempenho do item segundo os juízes. A convergência das respostas ou o nível de consenso esperado foi de 75%¹⁹. As questões que não obtiveram consenso acima de 75%, em pelo menos um dos três critérios, foram reformuladas. As sugestões e observações indicadas pelos juízes, na validação da aparência, foram avaliadas qualitativamente e, juntamente com a análise do IVC, consideradas na decisão de manter, reformular ou excluir a questão. Ao obter o consenso acima de 75% em todas as questões na validação de conteúdo e aparência, cessou-se o ciclo de Delphi.

Resultados

O Quadro 1 aponta, de forma sintética, os resultados segundo os sete elementos propostos por Thurstson e Ramaliu¹⁴. Maiores detalhes, de acordo com as quatro etapas descritas na metodologia, são apresentados a seguir.

Quadro 1 - Apresentação do EA de acordo com o sistema de sete elementos.

Elementos	Resultados
(a) Metas, objetivos e atividades	Objetivos: ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos de média complexidade a toda população brasileira; atuar como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica Atividades: tratamento odontológico especializado nas áreas de diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal), periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais.
(b) Revisão de documentos	• Portarias de regulamentação do CEO, publicadas entre 2004 e 2017; Relatório de notas técnicas do CEO: Portaria 718/SAS (2011); Nota técnica-GraduaCEO-Brasil Sorridente (2014) e Informações sobre os procedimentos de implantodontia no SUS (2017); Diretrizes da PNSB (2004); Série Técnica OPAS e MS (2006); Cadernos de Atenção Básica nº17 (2008); Manual de Especialidades da saúde bucal (2008); Saúde Bucal no Brasil muito além do céu da boca (2008); Viver Sem Limites (2011); Manual Instrutivo do PMAQ-CEO (2013); Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir (2015); Cartilha Passo a Passo das ações da PNSB (2016); Política de saúde bucal no Brasil teoria e prática (2016); Os caminhos da saúde bucal no Brasil (2016); Revisão Integrativa dos estudos de avaliação sobre os CEO no Brasil
(c) Modelagem dos recursos disponíveis, atividades, impactos esperados e conexões causais	• Descrição da atenção odontológica de média complexidade, no Brasil, explicitando os componentes, recursos, atividades e seus efeitos a curto e longo prazo. Essa descrição foi fundamental para determinar a lógica do programa e seus objetivos.

(d) Supervisão do serviço e/ ou compreensão preliminar de como ele opera	• Análise observacional: CEO da região sudeste do país. • Entrevistas com coordenador de saúde bucal de uma capital da região sudeste do país, referência técnica em saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais; gerente de um CEO da região sudeste do país; cirurgião-dentista de um CEO da região sudeste do país; avaliador externo do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do CEO (PMAQ-CEO); coordenador macrorregional da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do CEO (PMAQ-CEO), especialista em saúde pública, professor de saúde coletiva em uma universidade pública brasileira, e consultor junto ao Ministério da Saúde no processo de implantação da PNSB e dos CEO no Brasil
(e) Desenvolvimento de um modelo de programa avaliável; impactos esperados e conexões presumidas.	• O desenvolvimento do modelo teórico-lógico explicitando como se espera que o serviço de atenção especializada em saúde bucal exerça suas atividades de forma a impactar na realidade da população brasileira. Tal construção realizou-se por meio de uma diversidade metodológica, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulamentem o processo de avaliação, garantindo qualidade e utilidade do produto final
(f) Identificação dos usuários da avaliação e outros envolvidos	• Foram identificados os coordenadores de saúde bucal municipais e estaduais, para o qual o CEO atua como referência para o encaminhamento de pacientes; as secretarias estaduais de saúde as quais investem parte do orçamento para o funcionamento e manutenção dos CEO; Ministério da Saúde responsável pela estratégia de oferta da atenção especializada em saúde bucal por meio dos CEO; gerentes das unidades (CEO) empoderados ao ajuste da organização do fluxo e organização do serviço auxiliando significativamente na sua consolidação.
(g) Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de avaliação	• A proposta foi apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, com colaboração da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Os resultados finais do EA, após validação da matriz de medidas e análises, foram apresentados e discutidos junto aos órgãos governamentais da esfera municipal, estadual e federal, envolvidos na gestão dos CEO, para acordo final quanto à avaliação dos mesmos.

1º Etapa: Análise documental

Os documentos apresentaram alta consistência entre si, principalmente nas informações referentes ao contexto de implantação do CEO, objetivo do serviço, normas de implantação, estrutura e atividades mínimas. Contudo, no que se refere à presença de metas, os documentos relatam apenas uma meta, relacionada à produção mínima mensal do serviço. Metas progressivas, ou não, relacionadas à implantação, eficácia, eficiência e resultados, por exemplo, não são apresentadas.

A maioria dos documentos são portarias de regulamentação do CEO. O principal assunto abordado refere-se à normatização das ações relativas ao financiamento do serviço e suas atualizações ao longo dos anos. Dois documentos, *Caderno de Atenção Básica número 17*²² e *Manual de especialidades em saúde bucal*²³, são materiais de caráter instrutivo para as atividades do CEO, e podem ser empregados como protocolo para as mesmas. Os documentos abordam a referência e contrarreferência dos pacientes e protocolos de ações clínicas.

A revisão integrativa da literatura científica encontrou poucos estudos disponíveis sobre avaliação da atenção secundária em saúde bucal no país. Os achados revelaram um baixo desempenho dos CEO avaliados, acesso restrito, e baixa resolutividade na atenção secundária (Tabela 1). A revisão na íntegra está disponível em Portugal²⁴.

Tabela 1 – Principais resultados dos estudos sobre avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil.

Autor /ano	Abrangência	Resultados
Qualidade do serviço na perspectiva dos usuários		
Usuários satisfeitos com serviço		
Magalhães et al., 2015	Estadual	• 75,6% dos usuários satisfeitos com o serviço; • Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: acessibilidade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: eficácia, acessibilidade e aceitabilidade – 93,5% relataram sentir muito ou total desconforto durante a consulta – 31,4% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 35,9% consideram o tempo de espera longo ou muito longo – 31,4% relataram que a explicação do tratamento é realizada raras vezes ou nunca.
Kitamura et al., 2016	Regional	• 89,8% dos usuários satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço; • Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: resolatividade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: aceitabilidade e acessibilidade – 28% relataram que a explicação do tratamento é realizada raras vezes ou nunca • 21,1% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 27,3% consideram o tempo de espera longo ou muito longo
Lima et al., 2010	Local	• Dimensões onde a avaliação positiva dos usuários foi menor que 50%: acessibilidade, ambiente físico e resolatividade • Dimensões com maior score de avaliações negativas: acessibilidade e ambiente físico – 52,5% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 27,3% consideram o tempo de espera longo ou muito longo • 45% consideraram a limpeza do banheiro ruim ou péssima
Integralidade do cuidado		
Referência e contrarreferência entre APS e CEO		
Saliba et al., 2013	Regional	• 62,6% dos tratamentos especializado foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciado para APS • Tempo médio de espera para a 1º consulta especializada a partir da data de referência: 23 dias • 61,1% dos tratamentos contrarreferenciados pelo CEO foram concluídos pela APS
Vazquez et al., 2014	Local	• 86% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciados para APS • Tempo médio de espera para a 1º consulta especializada a partir da data de referência: até 30 dias (64,1%) • 63,4% dos entrevistados conseguiram receber o atendimento no CEO • Motivos dos usuários para não terem retornado a atenção básica, após o tratamento especializado: falta de tempo (24,2%), problemas particulares (27,1%), trabalho (10,4%) e procurou CD particular (27,1%)

Borghi et al., 2013	Local	• 33,3% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciado para APS • Tempo médio de espera para a 1ª consulta especializada a partir da data de referência: 30 dias (35,6%) • Motivos dos usuários para não terem retornado a atenção básica, após o tratamento especializado: simplesmente não procuraram (66,6%); acharam que não era necessário (23,0%) e não conseguiram marcar a consulta (10,2%).
Acesso:		
Utilização das especialidades odontológicas ofertadas por meio dos CEO		
Chaves et al., 2011	Regional	• A taxa de utilização dos CEO foi baixa (<50%, com exceção da periodontia); • Barreiras de acesso: organizacionais (ausência de padrões e metas de desempenho por especialidade, absenteísmo, diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista).
Chaves et al., 2012	Regional	• A taxa de utilização dos CEO foi de 11,7%; • No município com maior utilização de serviços públicos odontológicos é menor o uso de serviços odontológicos privados.
Soares et al., 2015	Regional	• 17,29% dos entrevistados relataram ter acessado o CEO e os serviços de APS; • Menor escolaridade e pior organização do serviço foram associados ao menor uso da rede de serviços de APS e CEO em comparação ao uso exclusivo da APS; • A desigualdade na utilização dos serviços odontológicos foi observada mesmo quando comparados grupos mais homogêneos, como os usuários dos serviços públicos.
Pinto et al., 2014	Regional	• Alta taxa média de pacientes faltosos (20%); • Baixa taxa média de utilização do serviço (46,2%); • Baixa taxa média de aproveitamento de marcação de consultas (58,6%); • Barreiras de acesso: geográficas (distância e carência de transporte), financeiras (custo do transporte) e organizacionais (falta de dados epidemiológicos para pactuar e ofertar vagas à noite).
Laroque et al., 2015	Local	• Fila de espera (em ordem decrescente, por especialidade): cirurgia, periodontia e endodontia; • Tempo médio de espera para atendimento (com exceção da endodontia): 2 meses.
Souza e Chaves, 2015	Local	• Baixa taxa de utilização nas especialidades endodontia (16,1%) e cirurgia oral menor (26,5%); • Barreira de acesso: geográfica (distância).
Machado et al., 2015	Local	• Média de absenteísmo nas primeiras consultas: 32,9%; • Fatores associados ao absenteísmo: adultos jovens, sexo masculino, residentes em determinados distritos, especialidades cirurgia e endodontia, tempo longo na fila de espera.
Castro et al., 2016	Local	• Barreiras de acesso: organizacionais, geográficas e estruturais.
Cruz et al., 2011	Local	• Proporção de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos no município ficou entre 19% a 21%, representando baixo acesso à atenção especializada.
Gestão		
Processo de trabalho		
Rodrigues et al., 2015	Regional	• Entre 62% a 74% dos prontuários completamente preenchidos; • Entre 72% a 84% dos prontuários legíveis; • Entre 59% a 77% das especialidades foram indicadas conforme normas ministeriais.
Implantação dos CEO		

Araújo et al., 2012	Estadual	• Foram implantados 70 CEO, sendo 58 municipais e 12 regionais; • A maioria dos serviços eram do Tipo I (42) e a minoria do Tipo III (4); • Constatou-se, que a partir de 2004 houve um aumento expressivo do número de CEO implantados no estado e, conseqüentemente, um aumento do registro dos procedimentos especializados em saúde bucal.
Rossi e Chaves, 2015	Regional	• O estudo mostrou o protagonismo do governo local para o êxito da implantação de políticas com formulação e indução do nível federal.
Processo de trabalho		
Perfil profissional e relações de trabalho		
Oliveira et al., 2015	Nacio- nal	• Predomínio de profissionais do sexo feminino (55,0%) e que já cursaram ou estão cursando pós-graduação (72,2%); • 31,1% dos profissionais foram admitidos de forma irregular; • 39,1% dos cirurgiões-dentistas possuem vínculos precários com os respectivos municípios, sendo 22,5% de contratos temporários, 3,5% de cargos comissionados, 0,7% de contratos verbais informais, 0,7% de cooperado, 5,9% de prestação de serviços, e 5,8% de outros tipos de contratação; • 46,4% não apresentam estabilidade no trabalho.

Fonte: PORTUGAL, 2018, p. 50. Reprodução autorizada pela autora.

2º Etapa: Entrevista com os stakeholders

No que se refere às entrevistas com os *stakeholders*, houve grande congruência entre os respondentes no que diz respeito ao conhecimento normativo do serviço, como objetivo, atividades e o fluxo de pacientes. As respostas fornecidas encontraram-se em concordância com os dados e as informações dos documentos analisados. Todos os entrevistados também foram unânimes em declarar a relevância da oferta da atenção especializada em saúde bucal para a população.

Também houve conformidade no relato das dificuldades e limitações do serviço em cumprir com o objetivo para o qual foi proposto, sendo perceptível a presença de discrepância entre a teoria instituída para a atenção especializada em saúde bucal e a realidade alcançada pela mesma. Ademais, a percepção dos integrantes-chaves quanto às limitações e sobrecarga dos serviços também foi hegemônica:

Nós temos problemas sim. Por exemplo; a fila da Endodontia já está com 7000 pacientes, porque nem com os 18 daqui mais os outros, nós não conseguimos, é uma demanda muito grande. As unidades básicas por mais

que elas façam as ações na população de risco, as ações de prevenção você sabe que é difícil. (stakeholders - A)

...eu acho que é um avanço a organização dá atenção especializada, mas ainda a oferta é muito, muito, muito aquém da necessidade. E então você tem um estrangulamento, você fica com os pacientes, com a expansão da atenção primária das equipes da saúde, da família, da saúde bucal (...). Tem pacientes que ficam 6 meses, 8 meses na fila do banco do tratamento endodôntico, aí acaba perdendo o dente, então, assim, é necessário políticas também, assim como se investe na atenção primária, para investir na atenção especializada. Porque senão você tem uma quebra no cuidado, ne? (stakeholders - B)

No que diz respeito às dificuldades e limitações enfrentadas pelo serviço, foram apontados pelos entrevistados a oferta muito aquém da demanda, o despreparo dos profissionais especializados para trabalharem em um serviço público e em rede, o despreparo dos gestores para gerir o serviço em conformidade com a política e o subfinanciamento do serviço.

E o especialista ele vem muito focado na sua formação dentro daquele campo de interesse dele, daquele campo de atuação, então o especialista ele é muito fechado para esta visão mais ampla do sistema, ao contrário do dentista da atenção primária que tem uma visão um pouco mais ampla...isso é uma característica do especialista. (stakeholders - B)

De tudo que eu já vi de CEO hoje, para mim a maior dificuldade é de recursos humanos, é o gerente do CEO, ficou muito claro isso para mim (...) O problema estrutural não é o problema, eu estive em CEO maravilhosos parecidos com um shopping center, com tudo bonitinho, e que a gerente não conhecia referência e contrarreferência. Então para mim, nesse momento, a culpa de muita coisa que tem acontecido no SUS é da gestão. Quem são essas pessoas que estão trabalhando ali? Que formação que elas têm? (stakeholders - C)

O conhecimento teórico acerca da atenção especializada em saúde bucal está presente nos relatos dos profissionais das diferentes áreas do serviço (integrantes-chaves). Entretanto, tanto eles como a literatura científica apontam a existência de limitações

significativas no alcance dos resultados previstos para os Centros de Especialidades Odontológicas^{25,26}.

Os resultados em conjunto da análise documental e das entrevistas com os *stakeholders* permitiram traçar um panorama geral do serviço. A linha do tempo apresentada no Documento Suplementar 1 descreve os principais acontecimentos e os processos que caracterizam a atenção especializada em saúde bucal, através dos CEO.

3º Etapa: Desenvolvimento do modelo teórico e lógico

Após a descrição e compreensão da teoria da atenção especializada em saúde bucal e do entendimento do processo da sua operacionalização, foram desenvolvidos os modelos teóricos e lógicos do CEO.

No modelo teórico (Figura 1), o CEO é representado através de um fluxo contínuo, a partir da constante interação entre os componentes que o constituem: acesso às especialidades odontológicas, integralidade do cuidado e gerenciamento do serviço. Tais componentes apresentam dois contextos, o contexto interno, que se refere às questões inerentes ao serviço, e o contexto externo, que representa questões distais que refletem no serviço. Os aspectos internos contemplam a oferta de serviços odontológicos especializados, a organização do fluxo de usuários entre atenção primária e especializada, a relação de referência e contrarreferência com a equipe de saúde bucal da unidade básica saúde, a organização do serviço segundo os dados epidemiológicos da população, a organização do processo de trabalho, a manutenção e avaliação constante do serviço, a capacitação dos recursos humanos e as demais atividades que constituem o corpo de operações dos CEO. Já os aspectos externos contemplam a direção política dos entes da federação, do estado e dos municípios, o porte populacional, o Índice de desenvolvimento humano (IDH) municipal/regional, a realidade epidemiológica da população coberta, a

cobertura percentual da equipe de saúde da família e da equipe de saúde bucal do município ou região a qual o CEO presta referência, a organização da atenção primária em saúde e as características geográficas da região, dentre outros. Todos estes são considerados aspectos externos à operacionalização do CEO, contudo fazem parte do seu contexto e impactam indiretamente sobre o serviço^{25,26}. O funcionamento adequado do CEO depende da ação integrada de todos os componentes, internos e externos, sendo que a ausência ou ineficiência de um destes impacta abruptamente na eficácia dos outros e, logo, no serviço como um todo, o que conseqüentemente, interfere no alcance dos objetivos.

A estrutura também aparece como um componente, visto que sua condição traz impactos significativos ao acesso às especialidades odontológicas, a integralidade do cuidado e ao gerenciamento do serviço. A estrutura também contempla um contexto interno e externo. O contexto interno diz respeito à presença, em quantidade e qualidade suficiente, de recursos físicos (ex: sala de espera, consultórios, instrumentais, insumos odontológicos), recursos humanos (ex: cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais) e recursos financeiros, para a operacionalização de todos os processos inerentes ao serviço, desde acolhimento do paciente na recepção até a contrarreferência para atenção primária. O contexto externo refere-se à proporcionalidade entre o número de CEO de uma região de saúde ou município e: (a) a população residente, (b) as características geográficas e a (c) oferta de serviços básicos de saúde bucal, de forma que exista a possibilidade real dos pacientes serem atendidos pela atenção secundária em tempo hábil.

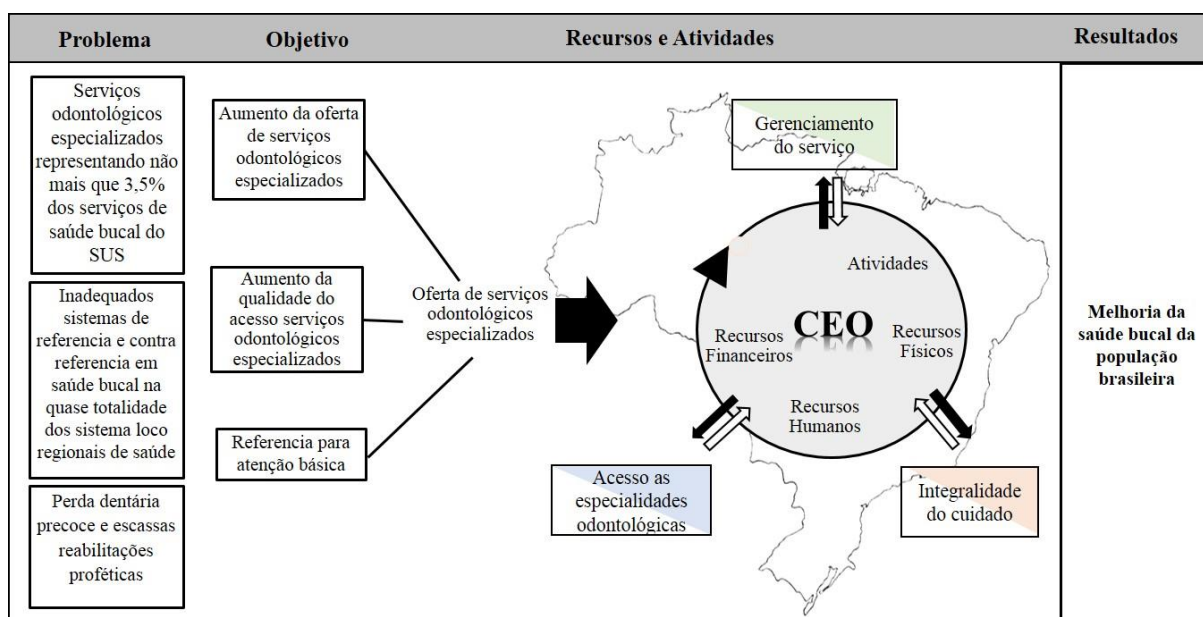


Figura 1 - Modelo teórico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O modelo lógico (Figura 2) apresenta os três componentes que norteiam toda operacionalização do CEO. O modelo tem o foco exclusivo nos componentes internos do serviço, não sendo contempladas questões relacionadas ao contexto externo onde estes se encontram.

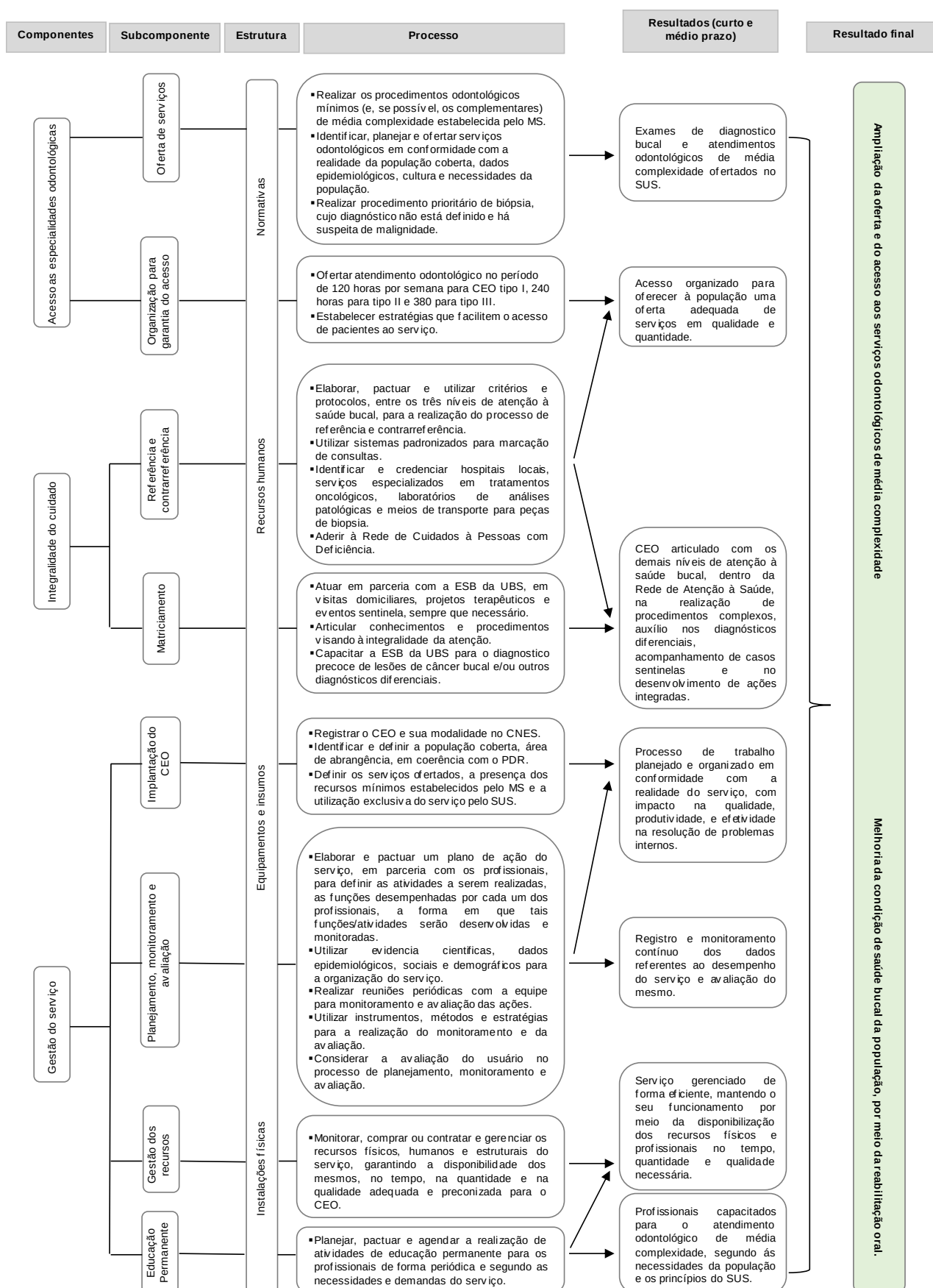


Figura 2 - Modelo lógico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Em relação à estrutura, no tocante às instalações físicas, equipamentos e insumos, são considerados diversos elementos que compõe a estrutura do CEO, tais como: recepção, sala de espera, sala de reunião, sala para atendimento, sala para raio x, espaço físico e mobiliário adaptado para PNE (rampa, corrimão, corredor espaçado e elevador), copa, área de limpeza e descontaminação, expurgo, banheiro para profissionais e pacientes, depósito para material de limpeza, almoxarifado, local para depósito de lixo comum e lixo biológico, cadeira odontológica, mobiliário para consultório, fotopolimerizador, instrumentais para especialidades de endodontia/periodontia/cirurgia oral menor/atendimento a PNE, laser de baixa potência, localizador apical para endodontia, motor para implante, ultrassom, amalgamador, caneta de alta e baixa rotação, contenção para PNE, compressor e bomba à vácuo, dentre outros.

O primeiro componente é o acesso às especialidades odontológicas, que se refere à disponibilidade de serviços odontológicos especializados e o desenvolvimento de ações organizativas para a facilitação do uso destes serviços pelos usuários. Neste contexto, o acesso está relacionado às características dos serviços que permitem que os mesmos sejam facilmente utilizados pelos usuários, inclusive como sinônimo de acessibilidade. A integralidade do cuidado é o segundo componente e contempla a organização do serviço para o desenvolvimento do processo de referência e contrarreferência em saúde bucal e o matriciamento envolvendo os profissionais das unidades básicas de saúde e do CEO. A integralidade é compreendida como a capacidade do sistema de saúde em incorporar as possibilidades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, por meio das interfaces da atenção primária, secundária e terciária. O terceiro componente é a gestão do serviço, e abrange todos os elementos administrativos necessários para que a oferta e o acesso ao serviço odontológico especializado, e a integralidade e o matriciamento com a atenção básica em saúde bucal se desenvolvam, com qualidade, equidade, efetividade e

resolutividade. Atribui-se o conceito de gestão como o gerenciamento de um conjunto de variáveis em um serviço de saúde, tais como recursos humanos, processo de trabalho, produtos, e é um importante componente das políticas de saúde. Para cada um destes aspectos foi apresentado o conjunto das atividades pretendidas, os impactos esperados a curto, médio e longo prazo e as interações causais presumidas.

4º Etapa: Matriz de medidas e análises

A partir do modelo lógico, foi elaborada e consensuada a matriz de análise e medidas, com 62 indicadores. Baseando-se na matriz, foi estabelecido o instrumento avaliativo com 58 perguntas, envolvendo os componentes especificados no modelo lógico. Cada questão apresentava múltiplas alternativas de respostas.

O questionário foi validado através de duas rodadas de avaliação. Ao todo, foram excluídas três questões e reformuladas outras seis.

Na primeira rodada, o IVC médio para os critérios clareza, objetividade e relevância foram, respectivamente, 78,7%, 86,9% e 92,1%. Na segunda rodada, ficaram em 88,5%, 85,0% e 91,0%. Observa-se, assim, que houve um incremento no nível de concordância no critério clareza, não havendo diferença para os demais critérios. Em ambas as rodadas, foi obtido um nível satisfatório de consenso em cada um dos critérios, individualmente, o que denota que as questões elaboradas estavam representando adequadamente os domínios do construto desejado. A versão final do questionário ficou com 57 questões e está apresentada no Documento Suplementar 2 (aqui apresentado como Apêndice F).

Foram assim cumpridos nessas etapas do EA, os quatro padrões de qualidade: a precisão; a propriedade; a utilidade; e a exequibilidade, ao levar em consideração interesses de diversos grupos e a boa relação custo-benefício.

Discussão

Este trabalho envolveu o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade, o qual contemplou uma proposta de avaliação dos CEO, com a elaboração de uma matriz de medidas e análises e perguntas avaliativas validadas a serem utilizados nos processos de avaliação interna desses serviços.

Os tratamentos especializados realizados nos CEO constituem uma ação singular e de grande relevância à saúde bucal da população brasileira. A realização do EA dos CEO foi bem-sucedida, uma vez que possibilitou o emprego pleno dos passos preconizados por este método e seus respectivos produtos: delineamento dos objetivos, metas e atividades, desenvolvimento da teoria do serviço e suas relações causais, construção do modelo lógico e teórico e a conscientização e compreensão das partes interessadas²⁸.

A prática de publicação do EA, que teve seu auge nos anos 70 e 80 e depois declinou, parece estar retornando aos bancos de dados acadêmicos²⁸. O EA tem sido empregado em diversas disciplinas como saúde mental, justiça juvenil, serviço social, educação e treinamento de recursos humanos para avaliação^{12,14,29}. Entretanto, na área da saúde bucal ainda há uma lacuna na utilização deste método.

O marco teórico deste estudo amparou-se fundamentalmente nos conceitos desenvolvidos por Joseph Wholey¹⁰, Smith¹¹, Thurston^{12,14} e Trevisan^{9,28}. Quanto ao caminho metodológico, foram utilizados os sete passos preconizados por Thurston e Ramaliu¹⁴. Tal escolha baseou-se na experiência dos autores na condução de EA em programas de inserção social. Uma vez que os CEO são objetos de transformação social para a população brasileira, mediante a garantia do acesso à recuperação da saúde bucal de todo e qualquer indivíduo⁷, justifica-se a escolha do método.

A matriz de medidas e análises é utilizada no campo da avaliação como uma forma de expressar a lógica causal entre elementos. A matriz pode ser comparada a um conjunto, onde cada parte modifica a outra e o produto final, assim como também é modificada pelas demais partes. O pesquisador ao construir a matriz irá traduzir a maneira como os componentes do serviço contribuem na produção dos efeitos e por meio destes elaborar a síntese destas relações. Ademais, o pesquisador irá atribuir juízo de valor a cada uma destas relações com base na teoria do serviço. Este processo de construção e definição dos elementos da matriz auxiliam na análise e interpretação das informações e apontam as lacunas no conhecimento sobre serviço. Esta lacuna deve-se muitas vezes a uma limitação de informação do autor ou do serviço¹⁷.

O uso de diferentes abordagens e fontes de evidência possibilitou a triangulação dos dados, aumentando a confiabilidade e validade interna do estudo. Este tipo de abordagem na avaliação de programas e serviços permite a articulação entre o individual e o coletivo, presentes no processo saúde/doença/cuidado e gestão³⁰.

A validação de um instrumento de avaliação da qualidade dos CEO ocorreu em duas rodadas de avaliação através da metodologia de Delphi²⁰. O instrumento apresentou boa repercussão entre os juízes participantes e gerou um questionário de 57 perguntas. Esse instrumento terá sua aplicabilidade nos processos de autoavaliação das unidades de atenção secundária de saúde bucal, devendo ser utilizado pelo gestor local em conjunto com a equipe de profissionais do serviço.

Para a validação de conteúdo a escolha da técnica de Delphi se deu embasada pela relevância em seu uso descrita na literatura, uma vez que a técnica exige a participação de vários juízes e apresenta um adequado rigor metodológico. A técnica permite o julgamento de informações, para se alcançar consenso de opiniões sobre determinado assunto, além de permitir que profissionais das mais diversas áreas de atuação e

experiências colaborem na construção de consensos de opiniões, favorecendo a discussão de aspectos relevantes para a área saúde^{19,20,31-34}.

O objetivo deste trabalho ao utilizar o EA foi identificar se a avaliação do CEO é factível, quais os seus componentes essenciais devem ser avaliados e quais as limitações da avaliação deste serviço.

O estudo demonstrou que o CEO é avaliável. Os pontos positivos à avaliação consistem em uma base teórica coerente, clara e conhecida pelas pessoas interessadas. Esta teoria permite identificar os componentes essenciais do CEO e é completa no sentido em que aborda os diversos elementos que compõem um serviço, quais sejam estrutura, atividades e resultados⁶. Contudo, um aspecto limitante para avaliação do CEO é a quase ausência de informações e definições sobre o processo, ou seja, sobre a operacionalização das atividades cotidianas do serviço. Um segundo aspecto é a limitação da atenção especializada no que se refere à presença de metas. Atualmente, o serviço só possui uma única meta, relacionada à produção mínima mensal das especialidades odontológicas. Não há, por exemplo, metas relacionadas à disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade), apesar destes fatores serem contemplados pelas exigências normativas do serviço³.

Tais limitações devem ser corrigidas não apenas com intuito avaliativo, mas também para melhor a operacionalização do serviço, e assim, dos seus resultados. Os resultados da avaliação externa de 933 CEO no primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) exemplificam a falta de clareza e padronização em seus processos, ao descrever as inúmeras formas de marcação de consulta existentes. Observou-se que as marcações se dão por ordem de chegada, via central de marcação, pelo próprio usuário no CEO, via contato com a UBS, por meio da UBS que recebe o percentual de vagas e avisa o paciente,

ou ainda, por meio da central de regulação no próprio CEO que recebe o encaminhamento e faz a marcação das consultas.

Os instrumentos de avaliação são parte integrante da prática diária da saúde³⁵. Eles apenas são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando são desenvolvidos de maneira apropriada. A literatura aponta que há um aumento significativo no número de escalas de avaliação, mas muitas não têm sido desenvolvidas e/ou validadas adequadamente³⁶. É consenso que instrumentos que passam por processos consolidados de elaboração são mais bem aceitos e reconhecidos tanto no meio científico como no meio clínico³⁷. O instrumento elaborado neste estudo passou por todas as etapas de validação de conteúdo e aparência, se mostrando confiável entre os participantes do processo de validação e seus pesquisadores.

Como limitação deste trabalho ressalta-se a não condução da validação do constructo do instrumento avaliativo. Esta etapa deverá ser realizada em breve pelo grupo de pesquisadores deste estudo, embora os autores fortemente recomendem que outros grupos também a conduzam em outras regiões do país, para que a aplicabilidade do instrumento seja testada em diversos cenários e, caso necessário, adaptações culturais sejam realizadas. Na etapa de revisão teórica deste EA, observou-se no Brasil e em outros países, uma carência de instrumentos que avaliem serviços de saúde odontológicos em todas as suas dimensões (estrutura, processo e resultados)³⁸. Essa constatação não é exclusividade deste EA³⁹. Essa prática ainda não é institucionalizada nos serviços, permanecendo ainda, em sua maioria, apenas avaliações de resultados, como desempenho e cumprimento de metas nos serviços de saúde bucal de atenção secundária.

Como pontos fortes do estudo, destacam-se a robustez do método e o rigor na condução de todas as etapas, contando com a participação de diversos atores envolvidos com a área de estudo, incluindo aqueles diretamente ligados ao serviço, permitindo que

os diferentes interesses dos agentes participativos do processo de avaliação fossem contemplados, conferindo maior confiabilidade e aplicabilidade do instrumento.

Considerações finais

O EA apresentou a proposta de realizar uma avaliação sistemática de caráter mais extenso e mostrou um cenário favorável para o seu desenvolvimento. A apropriação do modelo lógico e da matriz de medidas e análises e do instrumento de avaliação poderá contribuir no diagnóstico de até que ponto os objetivos do serviço estão sendo alcançados, elucidar quais resultados estão sendo gerados e a sua utilização, informar sobre a formação e capacitação de recursos humanos, e ainda abalizar os avanços e desafios encontrados na implantação do programa e execução dos projetos de colaboração.

Diante da relevância científica e da importância em se realizar avaliações eficazes, espera-se que este trabalho possa colaborar com a divulgação e apropriação do método da avaliabilidade na área de saúde coletiva, e mais especificamente na odontologia em saúde pública, da mesma forma que possa contribuir como subsídio para gestores em diversos níveis administrativos e na análise e investimento da atenção especializada em saúde bucal.

Contribuição dos autores: Concepção e delineamento do projeto - L.Z., M.W., E.G., E.P. e E.N.; Análise e interpretação dos dados - L.Z., M.W., E.P., E.N., M.A., J.A.; Redação do artigo - E.P., E.N., M.W. e L.G.; Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual - L.Z., M.W., E.P., E.N., M.A., J.A.; Supervisão - L.G, E.G. e M.W.; Aprovação da versão a ser publicada: L.Z., M.W., E.P., E.N., M.A., J.A e E.G.

Agradecimentos: Os autores agradecem a todos os stakeholders que contribuíram para o desenvolvimento deste EA, assim como a toda a equipe e gerência dos CEO por sua participação e assistência nesse projeto. Agradecem também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio institucional ao programa de mestrado profissional ao qual este estudo está vinculado.

Referências

1. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011; 90 (11): 1264-70.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 377 (9779): 1778-97.
3. Silva HEC, Gottems LBD. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017, 22 (8): 2645-57.
4. Pucca, G.A., Jr.; Gabriel, M.; de Araujo, M.E.; de Almeida, F.C. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015; 94 (10): 1333-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Portaria nº. 599 23 de março de 2006 GM / MS. Define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para sua acreditação. *Jornal Oficial da União*, 2006.

7. Brasil. Nota Técnica 718/SAS, de 20 de Dezembro de 2011 GM / MS. Informa sobre os serviços de Ortodontia/Ortopedia e Implante Dentário no SUS/CEO. Jornal Oficial da União, 2011.
8. SAGE – Sala de apoio de gestão estratégica do ministério da saúde. Brasil Sorridente/Centro de Especialidades Odontológicas-CEO/Prótese Dentária. Disponível em: http://dados.gov.br/dataset/mspainsage_30 Acesso em: 28 set 2020.
9. Trevisan MS, Huang YM. Evaluability Assessment: a primer. Practical Assessment. Research & Evaluation 2003; 8 (20): 1-5.
10. Wholey JS. Evaluability assessment. In: L. Rutman (Ed.) Evaluation research methods: a basic guideline. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1977.
11. Smith MF. Evaluability assessment. In: Mathinson S (ed.). Encyclopedia of evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
12. Thurston WE, Povtin L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. Evaluation 2003; 9 (4): 453-64.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/> Acesso em 28 set 2020.
14. Thurston W, Ramaliu. A evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. Can J Program Eval. 2005; 20 (2): 1-25
15. Mendes MFMM, Cazarin G, Bezerra LCA, Dubeux LS. Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: Samico I (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-105.

16. Vieira-da-silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
17. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
18. Pasquali, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica, 1998, 25(5): 206-213.
19. Pereira, RDM; Alvim, NAT. Técnica de Delphi no diálogo com enfermeiros sobre acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. Escola Anna Neri Revista de Enfermagem. 2015, 19(1): 174-180.
20. Marques, JBV; Freitas, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação¹. Pro-Posições: v. 29, n. 2(87), p. 389-415, 2018.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
25. Portugal, ELA. Desenvolvimento de um modelo para avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil: um estudo de avaliabilidade. 2018. 135p. Dissertação (Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

26. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FDL, Bulgareli JV, Ambrosano GMB et al. Variáveis associadas ao desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014, 17 (4): 978-988.
27. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (2): 259-267.
28. Brasil. Portaria no. 1.341 de 12 junho 23 GM / MS. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e da outra providência. *Jornal Oficial da União*, 2012.
29. Trevisan M. Evaluability Assessment from 1986 2006. *Am J Eval* 2007; 28 (3): 290-303.
30. Vanderheyden L, Verhoef M, Scott C, Pain K. Evaluability assessment as a tool for research network development: experiences of the complementary and alternative medicine education and research network of Alberta, Canada. *Can J Program Eval*. 2006; 21 (1): 63-82.
31. Vieira-da-silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
32. Scarparo, AF; Laus, AM; Azevedo, ALC; Freitas, MRI; Gabriel, CS; Chaves, LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista Rene*. 2012, 13(1): 242-251.
33. Bellucci Júnior, JA; Matsuda, LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012, 65(5): 751-757.

34. Rahaghi, FF; Baughman, RP; Saketkoo, LA; Sweiss, NJ; Barney, JB; Birring, SS; Costabel, U; Crouser, ED; Drent, M; Gerke, AK; Grutters, JC; Hamzeh, NY; Huizar, I; James IV, WE; Kalra, S; Kullberg, S; Li, H; Lower, EE; Maier, LA; Mirsaeidi, M; Müller-Quernheim, J; Carmona Porquera, EM; Samavati, L; Valeyre, D; Scholand, MB. Delphi consensus recommendations for a treatment algorithm in pulmonar sarcoidosis. *Eur Respir Rev.* 2020, 29(19): 1-10.
35. Armstrong, C; Grant, S; Kinnett, K; Denger, B; Martin, A; Coulter, I; Booth, M; Khodyakov, D. Participant experiences with a new online modified-Delphi approach for engaging patients and caregivers in developing clinical guidelines. *European Journal for Person Centered Healthcare.* 2019, 7(3): 476-489.
36. Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132p.
37. Lucian, R.; Dornellas, JS. Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 157-177, ago. 2015.
38. Dowrick, AS; Wootten, AC; Murphy, DG; Coetello, AJ . "We Used a Validated Questionnaire": What Does This Mean and Is It an Accurate Statement in Urologic Research? *Urology.*, New York, 2015, 85(6): 1304-1310.
39. Donabedian A. Seven pilars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114 (11): 1115-1118.
40. Silva, BS; Coelho, HV; Cavalcante, RB; Oliveira, VC; Guimarães, EAA. Evaluation study of the National Immunization Program Information System. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018, 71(Supl 1): 615-624.

Documento suplementar 1

Linha do tempo dos principais eventos envolvendo os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

<i>Período</i>	<i>Principais eventos</i>
Anterior a 2004	• Assistência odontológica no Brasil restrita quase completamente aos serviços básicos; • Os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais que 3,5% do serviço público de saúde bucal; • Baixa capacidade de oferta de serviços de atenção especializada e terciária; • Expansão da rede de atenção à saúde bucal especializada e terciária não acompanha a oferta de serviços odontológicos da atenção primária. • Inadequado sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde; • Gravidade e precocidade da perda dentária – inquérito nacional de saúde bucal (2003); • 56% da população edêntula não faz uso de prótese.
2004	• Política Nacional de Saúde Bucal – <i>Brasil Sorridente</i> – diretrizes; • 3º Conferência nacional de saúde bucal; • Implantação e fortalecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com apoio do Ministério da Saúde; • Portaria 1570: Estabelece os critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento do CEO; • Portaria 1571: Institui o investimento financeiro destinado ao custeio dos serviços mínimos de saúde ofertados pelo CEO e o investimento financeiro aos municípios para o uso na implantação dos CEO habilitados. Estabelece a produção mínima mensal para cada especialidade mínima como forma de monitoramento do serviço; • Portaria 562: Definição do código de referência para os serviços odontológicos no Sistema de Informações (SCNES, SIA, SIH/SUS). Número de CEO: 100 Número de municípios com CEO: 60 Investimento: R\$ 4.687.200,00
2005	• Portaria 283: Permite a antecipação do pagamento de incentivo financeiro dos custeios básicos para o uso no processo de implantação ou redimensionamento do CEO; • Portaria 1.063: Define nova modalidade de cadastramento do CEO: CEO TIPO III formado por 7 ou mais consultórios odontológicos completos; 7 ou mais CD com funcionamento por 280 horas/semanais. Torna obrigatório o uso do Logotipo disponibilizado no Manual Visual do CEO. Número de CEO: 336 Número de municípios com CEO: 268 Investimento: R\$ 35.811.000,00
2006	• Portaria 599: Altera a forma de verificação da carga horária dos cirurgiões-dentistas – cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de

procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de dentistas que nele atuem.

- Portaria 600: Atualiza os valores de custeio dos serviços mínimos de saúde ofertados e aos municípios para o uso na implantação dos CEO habilitados. Retorno do artigo referente ao pagamento dos valores de custeio apenas após o efetivo funcionamento do serviço. Atualiza a produção mínima mensal como forma de monitoramento do serviço.

Número de CEO: 498

Número de municípios com CEO: 411

Investimento: R\$ 53.159.600,00

2007

- Portaria 84 e 85: Antecipa o pagamento do incentivo financeiro para custeios básicos, ao processo de implantação ou redimensionamento de CEO. (Retifica a portaria 600/2006);
- Caderno de Atenção Básica N°17 – Saúde Bucal: Apresenta os critérios para a realização da referência a cada uma das especialidades mínimas ofertadas pelo CEO;
- Série Técnica – Descreve o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde – PNSB: Registro de uma conquista histórica.

Número de CEO: 604

Número de municípios com CEO: 508

Investimento: R\$ 63.884.400,00

2010

- Portaria 2.898: Atualiza a produção mínima mensal como forma de monitoramento do serviço – detalhamento de cada um dos procedimentos com seus respectivos códigos para o preenchimento da nova tabela, a Tabela Unificada.

Número de CEO: 853

Número de municípios com CEO: 721

Investimento: R\$ 94.346.800,00

2011

- Portaria 1.464: Altera a configuração da tabela inserida na Portaria 2.898/2010, onde estão descritos os códigos e procedimentos referentes a cada especialidade.
- Portaria 718: Legitima a inserção de novos procedimentos no serviço odontológico especializado: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante).

Número de CEO: 882

Número de municípios com CEO: 737

Investimento: R\$ 93.940.400,00

2012

- Portaria 835: Legitima a adesão do CEO na rede de cuidados a pessoa com deficiência no âmbito do SUS – estabelecimento de incentivo financeiro e requisitos mínimos para o recebimento do mesmo;
- Portaria 1.341: Atualiza os valores de custeio dos serviços mínimos de saúde ofertados e aos municípios para o uso na implantação dos CEO habilitados. Retorno do artigo referente ao pagamento dos valores de custeio apenas após o efetivo funcionamento do serviço. Atualiza a produção mínima mensal como forma de monitoramento do serviço;
- Institui o BPA-I para registro dos procedimentos realizados em pacientes com deficiência;

	• Portaria 706: Altera o registro do CEO na tabela de tipo de estabelecimento do SCNES para Clínica/Centro de especialidade. Número de CEO: 944 Número de municípios com CEO: 774 Investimento: R\$ 116.467.250,00
2013	• Portaria 261: Institui o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) ; • Portaria 1.234: Defini o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO; • Cartilha: Mantenha seu sorriso: fazendo a higiene bucal corretamente. Número de CEO: 988 Número de municípios com CEO: 816 Investimento: R\$ 159.532.000
2014	Número de CEO: 1.030 Número de municípios com CEO: 854 Investimento: R\$ 170.620.600,00
2015	• Cartilha: Conheça a política que faz muitos brasileiros sorrirem. Número de CEO: 1.034 Número de municípios com CEO: 858 Investimento: R\$ 196.215.450,00
2016	• Portaria 2.062: Implantação do GrãduoCEO; • Cartilha: Passo a passo das ações da PNSB. Número de CEO: 988 Número de municípios com CEO: 816 Investimento: R\$ 159.532.000
2017-2020	• Portaria 526: Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos Número de CEO: 1.174

APÊNDICE B – Matriz de avaliação (primeira versão)

Perguntas avaliativas	Critérios	Parâmetros	Ptn	Descrição do valor ou ponto de corte
COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas				
Subcomponente: Oferta de serviços				
1. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas? <i>Ex: implantodontia, ortodontia, ortopedia, odontopediatria</i>	Realiza tratamentos odontológicos especializados	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
2. A oferta de serviços, no CEO, é realizada baseando-se em dados epidemiológicos, cultura e necessidades da população coberta?	Oferta baseada em critérios populacionais	Ser baseada	5	Sim = 5 Não = 0
3. As vagas para o CEO são pactuadas em reuniões de CIB, ou em nível municipal?	Pactuação de vagas	Estarem pactuadas	5	Sim = 5 Não = 0
4. O CEO realiza exame radiológico?	Realiza exame radiológico	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
5. O CEO realiza biopsia para diagnóstico de câncer de boca?	Realiza biopsia	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
Subcomponente: Organização para garantia do acesso				
6. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de 40 horas semanais?	Consultórios em funcionamento 40 horas semanais	Estar em funcionamento	5	Sim = 5 Não = 0
7. O CEO oferta horários de atendimento complementar como horários noturnos ou em finais de semana?	Atendimento em horários complementares	Oferta	5	Sim = 5 Não = 0
8. É feito o contato prévio com os pacientes para a confirmação da consulta?	Confirmação da consulta	Realiza		Sim = 5 Não = 0
9. Existe a realocação de pacientes para os horários de desistência?	Realocação de pacientes em horários vagos	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
10. É disponibilizado auxílio da administração pública para o transporte de pacientes que residem em municípios distantes?	Auxílio no transporte de pacientes	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
COMPONENTE: Integralidade do cuidado				
Subcomponente: Referência e contrarreferência				
11. Foi pactuado entre os três níveis de atenção a saúde bucal quais os critérios e protocolos utilizados para a referência e contrarreferência dos usuários?	Definição de critérios e protocolos para referência e contrarreferência	Estar pactuado	5	- Sim, foi pactuado entre os 3 níveis de atenção a saúde bucal = 5 - Sim foi pactuado, mas apenas entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde bucal = 3 - Sim foi pactuado, mas apenas entre atenção especializada e a alta complexidade = 3 - Sim, foi pactuado com algumas unidades de saúde da atenção básica = 1 - Não = 0
12. O CEO utiliza os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contra referência dos pacientes?	Uso de critérios e protocolo para referência e contrarreferência	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
13. A UBS utiliza os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?	Uso de critérios e protocolo para referência e contrarreferência	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0

14. Foi definido com as equipes de saúde bucal das UBS que o usuário (com necessidade de tratamento odontológico de média complexidade) deve ser encaminhado para o CEO após adequação do meio bucal e conclusão dos tratamentos odontológicos referentes à atenção básica?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0 Não sei = 0
15. Foi pactuado entre os profissionais do CEO como devem proceder mediante o encaminhamento de casos clínicos que estejam fora do escopo da atenção especializada? <i>Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica.</i>	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
16. Foram definidos com as equipes de saúde bucal das UBS quais os casos clínicos possuem prioridade no encaminhamento para o CEO?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
17. Foi pactuado com as equipes de saúde bucal das UBS qual será o posicionamento do CEO em casos de encaminhamento que não respeitem os critérios pré-definidos entre os serviços?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
18. Quantos usuários encaminhados para o CEO apresentam ficha de referência preenchida pelo profissional da atenção básica?	Número de usuários com ficha de referência	Todos	5	Todos = 5 A maioria = 4 Metade = 3 Poucos = 2 Raramente = 1 Nenhum = 0
19. O conteúdo da ficha de referência é padronizado entre as UBS?	Conteúdo da ficha de referência	Padronizado	5	Sim = 5 Não = 0
20. Todos os usuários são encaminhados para atenção básica após a conclusão do tratamento no CEO?	Número de usuários encaminhados para atenção básica	Todos	5	Todos = 5 A maioria = 4 Metade = 3 Alguns = 2 Somente aqueles que possuem necessidade de continuar o tratamento na atenção básica = 1 Nenhum = 0
21. Quando o usuário é encaminhado para atenção básica, ele recebe uma ficha de contrarreferência preenchida pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Encaminhamento para atenção básica com ficha de contrarreferência	Estar presente	5	Sim = 5 Não = 0
22. Foram definidos com os serviços de alta complexidade em saúde bucal quais são os casos clínicos que devem ser encaminhados pelo CEO para a alta complexidade?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
23. Foram definidos com os serviços de alta complexidade em saúde bucal quais os casos clínicos possuem prioridade no encaminhamento para a alta complexidade?	Definição sobre o encaminhamento	Estar definido	5	Sim = 5 Não = 0
24. Quando o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, ele recebe uma ficha de referência preenchida pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Encaminhamento do usuário com ficha de referência	Estar presente	5	Sim = 5 Não = 0
25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas	5	- Central de marcação de consultas = 5 - A UBS marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS = 4 - A consulta é marcada pelo usuário no próprio CEO = 3 - Mista = 2 - Demanda espontânea = 1 - Não há marcação de primeira consulta = 0

26. Na referência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas		- Central de marcação de consultas = 5 - O CEO marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS = 4 - A consulta é marcada pelo usuário no próprio serviço = 3 - Mista = 2 - Demanda espontânea = 1 - Não há referenciamento para alta complexidade = 0
27. Na contrarreferência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção básica (UBS, por exemplo)?	Marcação de consultas	Central de marcação de consultas		- Central de marcação de consultas = 5 - O CEO marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS = 4 - A consulta é marcada pelo usuário na própria UBS = 3 - Mista = 2 - Demanda espontânea = 1 - Não há contrarreferenciamento para atenção básica = 0
28. O CEO possui laboratório de referência para realização de exames histopatológicos?	Existência de laboratório de referência	Estar presente	5	Sim = 5 Não = 0
29. O CEO possui hospital local de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou procedimentos de nível hospitalar?	Existência de hospital de referência	Estar presente	5	Sim = 5 Não = 0
30. O CEO possui instituição de referência para a realização de tratamento de oncologia?	Existência de instituição de referência para tratamento de oncologia	Estar presente	5	Sim = 5 Sim, mas não é pública = 1 Não = 0
31. O CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?	Adesão à Rede	Aderir à Rede		Sim = 5 Não = 0
Subcomponente: Matriciamento				
32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção básica para a realização do matriciamento?	Matriciamento da saúde bucal	Estar presente	5	- Sim, no atendimento odontológico de casos clínicos complexos = 1 - Sim, em eventos sentinela = 1 - Sim, no estabelecimento de diagnóstico diferencial de casos = 1 - Sim, em visitas domiciliares = 1 - Sim, na elaboração de projetos terapêuticos = 1 Não = 0
33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção básica?	Integração entre a rede de atenção básica e especializada em saúde bucal	Uma vez por mês	5	Uma vez por mês = 5 Uma vez a cada três meses = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez por ano = 2 Não há uma periodicidade = 1 Nunca = 0
34. Os profissionais do CEO colaboram com o treinamento e/ou capacitação de profissionais da atenção básica, tais como para o diagnóstico de lesões de câncer bucal?	Capacitação de profissionais da UBS pelos profissionais do CEO	Ser realizada		Sim = 5 Não = 0
COMPONENTE: Gestão do CEO				
Subcomponente: Implantação do CEO				
35. O CEO possui cadastro no CNES?	Presença de cadastro	Estar presente	5	Sim = 5 Não = 0

36. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?	Uso do PDR na implantação do CEO	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
37. O CEO presta serviço exclusivamente para o SUS?	Uso do serviço pelo SUS	Ser exclusivo	5	Sim = 5 Não = 0
Subcomponente: Planejamento, monitoramento e avaliação				
38. Foi elaborado um plano de ação do CEO, em parceria com os profissionais, para definir as atividades que são realizadas, as funções desempenhadas por cada um dos cargos, a forma em que tais funções/atividades são desenvolvidas e monitoradas?	Plano de ação do CEO elaborado com os profissionais	Ser elaborado	5	Sim = 5 Não = 0
39. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre com os funcionários e com o/a gerente?	Definição das funções de cada profissional	Definido		Sim = 5 Não = 0
40. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do serviço?	Reunião para o planejamento das ações	Realiza		Sim = 5 Não = 0
41. São utilizados dados epidemiológicos, sociais e demográficos, assim como bases científicas, para o planejamento das ações do CEO?	Planejamento embasado em evidência científica e técnica	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
42. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?	Presença de apoio institucional da SMS	Receber apoio		Sim = 5 Não = 0
43. É realizado o monitoramento contínuo do serviço? <i>Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros.</i>	Realização de monitoramento contínuo	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
44. Os dados monitorados são registrados e armazenados?	Registro e armazenamento de dados	Ser monitorado e registrado	5	Sim = 5 Não = 0
45. Com qual frequência os dados de monitoramento são atualizados?	Frequência de atualização dos dados	Diariamente	5	Diariamente = 5 Semanalmente = 4 Quinzenalmente = 3 Mensalmente = 2 Trimestralmente = 1 Não há uma periodicidade = 0
46. Os resultados do monitoramento são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?	Reuniões para análise dos resultados do monitoramento	Utilizar os dados	5	Sim = 5 Não = 0
47. Com qual frequência ocorrem reuniões para análise dos resultados do monitoramento?	Número de reuniões	Mensalmente	5	Uma vez por mês = 5 Uma vez a cada três meses = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez por ano = 2 Não há uma periodicidade = 1 Nunca = 0
48. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?	Presença de horários reservados	Reserva de horários	5	Sim, ambas as agendas são organizadas de tal forma = 5 Sim, mas apenas a agenda da ESB = 3 Sim, mas apenas a agenda do gerente = 3 Não = 0

49. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?	Presença de canal de comunicação para os usuários	Canal de comunicação disponível		Sim = 5 Não = 0
50. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários?	Incorporação das demandas dos usuários no planejamento	Demandas e/ou reclamações dos usuários discutidas		Sim = 5 Não = 0
51. É realizado algum processo de autoavaliação entre os profissionais?	Realização de autoavaliação	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
52. É utilizado algum instrumento para autoavaliação?	Utilização de instrumentos para autoavaliação	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
53. Com que frequência é realizada a autoavaliação?	Números de autoavaliação	Mensalmente	5	Mensalmente = 5 Bimestralmente = 4 Trimestralmente = 3 Semestralmente = 2 Anualmente = 1 Não são realizados processos de autoavaliação = 0
Subcomponente: Gestão dos recursos				
54. É realizado o controle do recurso financeiro mensal do CEO?	Realização de controle dos gastos financeiros	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
55. É utilizado algum instrumento/programa (planilha de computador, caderno de entradas e saídas, etc) para a realização do controle do fluxo de caixa do serviço?	Uso de instrumentos para o controle de gastos	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
56. É comum a falta de materiais e/ou insumos essenciais para o serviço?	Ausência de materiais e/ou insumos odontológicos	Nunca		Nunca = 5 Uma vez por ano = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez a cada três meses = 2 Uma vez por mês = 1 Mais de uma vez por mês = 0
57. É comum a paralisação do serviço devido ausência de materiais e/ou insumos odontológicos?	Paralisação do serviço pela ausência de materiais e/ou insumos odontológicos	Nunca		Nunca = 5 Uma vez por ano = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez a cada três meses = 2 Uma vez por mês = 1 Mais de uma vez por mês = 0
58. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (<i>exemplo: nome do material, quantidade e vencimento</i>)?	Realização do registro do estoque	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0
59. É utilizado algum instrumento/programa para realizar o controle do estoque?	Uso de instrumentos para o controle do estoque	Utiliza	5	Sim = 5 Não = 0
60. É comum ocorrer o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque?	Materiais e/ou insumos com prazo de validade vencido	Nunca	5	Nunca = 5 Raramente = 4 Uma vez a cada seis meses = 3 Uma vez a cada três meses = 2 Uma vez por mês = 1 Toda semana = 0
61. São realizadas licitações para a compra de materiais e/ou insumos odontológicos?	Realização de licitações	Realiza	5	Sim = 5 Não = 0

62. É utilizado algum modelo de controle de frequência (ex. ponto eletrônico) para os profissionais do CEO?	Presença de controle de frequência	Estar presente	5	Sim, para todos os profissionais = 5 Sim, para todos os profissionais, exceto CD = 3 Sim, para todos os profissionais, exceto ASB = 3 Sim, para todos os profissionais, exceto gerente = 3 Não = 0
63. Qual o instrumento de controle de frequência utilizado?	Instrumento de controle de frequência	Ponto eletrônico	5	Ponto eletrônico = 5 Folha de ponto = 3 Outros = 3 Nenhum = 0
64. Existe algum processo de advertência normatizada ao profissional que não cumpre a carga-horária contratada sem justificativa prévia ou acordo legal com gestor?	Processo de advertência	Existência de processo de advertência	5	Sim = 5 Não = 0
Subcomponente: Educação permanente				
65. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO?	Presença de horários reservados	Horários reservados	5	Sim = 5 Não = 0
66. Com qual frequência são realizadas atividades de educação permanentes para os profissionais do CEO?	Número de atividades de educação permanente	Mensalmente	5	Mensalmente = 5 Bimestralmente = 4 Trimestralmente = 3 Semestralmente = 2 Anualmente = 1 Não são realizadas atividades de educação permanente = 0
67. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais?	Definição da temática de capacitação dos profissionais de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais	Definido	5	Sim, são consideradas as necessidades do serviço e dos profissionais = 5 Sim, mas considera-se apenas a necessidade do serviço = 3 Sim, mas considera-se apenas a necessidade dos profissionais = 3 Os profissionais não participam de atividades de educação permanente = 0
68. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público?	Participação do gestor em atividades de capacitação	Participa	5	Sim = 5 Não = 0

APÊNDICE C – Matriz de indicadores e medidas (primeira versão)

Subcomponente	Indicador	Medida	Análise R (relevante) NR (Não relevante)	Observações/ comentários
COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas				
<i>Oferta de serviços</i>	Oferta de especialidades mínimas	Presença das especialidades mínimas		
	Oferta de especialidades adicionais	Presença de outras especialidades, além das especialidades mínimas		
	Planejamento da oferta de serviços	Oferta de serviços referenciada em dados epidemiológicos, cultura e necessidades da população coberta		
	Pactuação de vagas	Vagas para o CEO pactuadas em reuniões de CIB, ou em nível municipal		
	Exame radiológico	Realização de exame radiológico		
	Biópsia	Realização de biópsia para diagnóstico de câncer de boca		
<i>Organização para garantia do acesso</i>	Funcionamento do CEO	Todos os consultórios em funcionamento 40 horas semanais		
	Horário de atendimento complementar	Disponibilidade de horários de atendimento complementar (ex.: turno da noite, finais de semana, feriados, 24 horas)		
	Confirmação da consulta	Contato prévio para confirmação da consulta		
	Realocação de pacientes em horários vagos	Realocação de pacientes em casos de desistência da consulta		
COMPONENTE: Integralidade do cuidado				
<i>Referência e contrarreferência</i>	Pactuação de critérios para referência e contrarreferência	Pactuação entre os 3 níveis de atenção à saúde sobre critérios de prioridades e protocolos utilizados para referência e contrarreferência		
	Existência de critérios e protocolos para referência e Contrarreferência	Existência de critérios de prioridades e protocolos para referência e contrarreferência		
	Conhecimento dos critérios e protocolos existentes	Conhecimento dos critérios e protocolos de referência e contrarreferência existentes por parte dos profissionais do CEO e da UBS		
	Uso de critérios e protocolos para referência e contrarreferência	Utilização pelo CEO dos critérios de prioridades e protocolos para		

		referência e contrarreferência		
	Referenciamento da Atenção Básica	Definição de critérios com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) para o referenciamento de pacientes da Atenção Básica para o CEO, após a conclusão do tratamento odontológico		
	Referenciamento inadequado	Pactuação entre os profissionais do CEO e da Equipe de Saúde Bucal em relação a como proceder nos casos referenciados pela Atenção Básica fora do protocolo		
	Uso de fichas de referências	Frequência de usuários encaminhados ao CEO com ficha de referência preenchida pela ESB		
	Conteúdo da ficha de referência	Padronização da ficha de referência		
	Contrarreferência para Atenção Básica	Frequência de usuários contrarreferenciados para Atenção Básica após a conclusão de tratamento no CEO		
	Ficha de contrarreferência	Uso de uma ficha de contrarreferência com informações sobre o tratamento, preenchida pelos profissionais do CEO		
	Referenciamento para Alta Complexidade	Definição dos casos a serem encaminhados para Alta Complexidade		
	Ficha de referência do CEO para alta complexidade	Uso de uma ficha de referência do CEO com informações sobre o tratamento para Alta Complexidade		
	Marcação de consultas para o CEO	Forma de marcação da primeira consulta para o CEO		
	Marcação de consultas para a Alta Complexidade	Forma de marcação da primeira consulta para Alta Complexidade		
	Marcação de consultas na Atenção Básica no momento da contrarreferência	Forma de marcação de consulta do CEO para Atenção Básica		
	Laboratório de Referência	Existência de laboratório de referência para exames histopatológicos		
	Hospital de referência para encaminhamento	Existência de um hospital de referência para encaminhamento de procedimentos em nível hospitalar		
	Instituição de referência para tratamento oncológico	Existência de instituição de referência para tratamento oncológico		

	Adesão a rede de cuidados para pessoas com deficiência	Adesão do CEO à rede de cuidados para pessoas com deficiência		
<i>Matriciamento</i>	Matriciamento de saúde bucal	Existência de parceria entre equipe do CEO e ESB para realização de matriciamento		
	Integração entre os níveis de Atenção Básica e Secundária em saúde bucal	Frequência de atividades em parceria do CEO com ESB		
	Capacitação dos profissionais da Atenção Básica pelos profissionais do CEO	Capacitação dos profissionais da ESB pelos profissionais do CEO		
COMPONENTE: Gestão do CEO				
<i>Implantação do CEO</i>	Cadastro no CNES	Presença de cadastro no CNES		
	Plano Diretor de Regionalização (PDR) na implantação do CEO	Utilização do PDR para definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO		
<i>Planejamento, monitoramento e avaliação</i>	Elaboração do plano de ação do CEO com os próprios profissionais	Participação dos profissionais na elaboração de um plano de ação do CEO		
	Funções profissionais	Definição e pactuação das funções dos funcionários entre os profissionais e o gerente		
	Planejamento de ações	Realização de reunião para planejamento de ações		
	Planejamento embasado em evidência científica e técnica	Utilização de base científica e técnica, tais como os dados epidemiológicos locais, para planejamento das ações		
	Apoio institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Presença de apoio institucional da SMS para discussão do processo de trabalho de forma permanente		
	Monitoramento contínuo	Realização de monitoramento contínuo		
	Registro e armazenamento de dados	Realização de registro e armazenamento dos dados monitorados		
	Atualização de dados	Frequência de atualização dos dados monitorados		
	Análise dos resultados monitorados	Existência de reunião para análise dos resultados monitorados visando melhorias para o serviço		
	Frequência de análise dos resultados monitorados	Frequência das reuniões para análise dos dados monitorados		
	Agenda de reuniões	Presença de horários reservados na agenda para reuniões de equipe		
	Comunicação para os usuários com o CEO	Existência de canal de comunicação para os usuários com o CEO (ex.: ouvidoria)		

	Discussão das demandas dos usuários	Existência de reuniões para discussão das demandas dos usuários pelos profissionais do CEO		
	Autoavaliação – Processo	Presença de processo de autoavaliação dos profissionais		
	Autoavaliação – Instrumento	Utilização de instrumentos para autoavaliação		
	Autoavaliação – Frequência	Frequência com que a equipe do CEO realiza processos de autoavaliação		
<i>Gestão dos recursos</i>	Controle de gastos financeiros – Realização	Realização de controle dos gastos financeiros		
	Controle de gastos financeiros – Instrumento	Utilização de instrumentos para o controle de gastos financeiros		
	Falta de materiais e/ou insumos odontológicos	Paralisação do serviço pela falta de materiais e/ou insumos odontológicos		
	Registro e controle de estoque	Realização de registro e controle do estoque		
	Perda de materiais e/ou insumos por vencimento de prazo de validade	Frequência de materiais e/ou insumos com prazo de validade vencidos armazenados no estoque		
	Licitações para compra de materiais e/ou insumos odontológicos	Participar do processo de licitações para compra de materiais e/ou insumos odontológicos		
	Controle de frequência por profissionais	Existência de mecanismos de registro de frequência dos profissionais (Relógio de ponto, livro ou lista de coleta de assinaturas)		
<i>Educação Permanente</i>	Mecanismos de controle de frequência	Existência de mecanismos de registro da frequência dos profissionais		
	Horários reservados para educação permanente	Presença de horários reservados para educação permanente		
	Atividades de educação permanente	Frequência de atividades de educação permanente		
	Temática de capacitação dos profissionais	Definição da temática de capacitação dos profissionais de acordo com as demandas do serviço e próprios profissionais		
	Atividades de capacitação do gestor	Participação do gestor em atividades de capacitação		

APÊNDICE D – Matriz de indicadores e medidas (segunda versão)

Subcomponente	Indicador	Medida	Análise R (relevante) NR (Não relevante)	Observações/comentários
COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas				
<i>Oferta de serviços</i>	Oferta de especialidades mínimas	Presença das especialidades mínimas		
	Oferta de especialidades adicionais	Presença de outras especialidades, além das especialidades mínimas		
	Planejamento da oferta de serviços	Oferta de serviços a partir de infraestrutura e recursos existentes, referenciada em dados epidemiológicos, cultura e necessidades da população coberta		
	Pactuação de vagas	Vagas para o CEO pactuadas em reuniões de CIB, ou em nível municipal		
	Exame radiológico	Garantia de realização de exame radiológico		
	Biópsia	Realização de biópsia para diagnóstico de câncer de boca		
<i>Organização para garantia do acesso</i>	Funcionamento do CEO	Todos os consultórios em funcionamento 40 horas semanais		
	Horário de atendimento complementar	Disponibilidade de horários de atendimento complementar (ex.: turno da noite, finais de semana, feriados, 24 horas)		
	Absenteísmo	Registro dos casos de absenteísmo no CEO		
	Causas do absenteísmo	Conhecimento das causas de absenteísmo no CEO		
	Confirmação da consulta	Contato prévio para confirmação da consulta		
	Realocação de pacientes em horários vagos	Realocação de pacientes em casos de desistência da consulta		
COMPONENTE: Integralidade do cuidado				
<i>Referência e Contrarreferência</i>	Existência de critérios e protocolos para referência e Contrarreferência	Existência de critérios de prioridades e protocolos para referência e contrarreferência		
	Conhecimento dos critérios e protocolos existentes pelos profissionais	Conhecimento dos critérios e protocolos de referência e contrarreferência existentes por parte dos profissionais do CEO e da UBS		
	Pactuação de critérios para referência e contrarreferência	Pactuação periódica entre os 3 níveis de atenção à saúde sobre critérios de prioridades e protocolos utilizados		

		para referência e contrarreferência		
	Uso de critérios e protocolos para referência e contrarreferência	Utilização rotineira pelos profissionais do CEO e da APS dos critérios de prioridades e protocolos para referência e contrarreferência		
	Referenciamento inadequado	Pactuação interna entre os profissionais do CEO em relação a como proceder nos casos referenciados pela Atenção Básica fora do protocolo		
	Referenciamento inadequado	Pactuação externa entre os profissionais do CEO e da Equipe de Saúde Bucal em relação a como proceder nos casos referenciados pela Atenção Básica fora do protocolo		
	Uso de instrumentos de referências	Frequência de usuários encaminhados ao CEO com instrumento de referência preenchida pela ESB		
	Conteúdo da ficha de referência	Padronização da ficha de referência		
	Contrarreferência para Atenção Básica	Percentual de usuários efetivamente contrarreferenciados para Atenção Básica após a conclusão de tratamento no CEO		
	Existência de instrumento de contrarreferência	Uso efetivo de um instrumento de contrarreferência com informações sobre o tratamento, preenchida pelos profissionais do CEO		
	Referenciamento para Alta Complexidade	Definição dos casos a serem encaminhados para Alta Complexidade		
	Ficha de referência do CEO para alta complexidade	Uso de uma ficha de referência do CEO com informações sobre o tratamento para Alta Complexidade		
	Marcação de consultas para o CEO	Forma de marcação da primeira consulta para o CEO		
	Marcação de consultas para a Alta Complexidade	Forma de marcação da primeira consulta para Alta Complexidade		
	Marcação de consultas na Atenção Básica no momento da contrarreferência	Forma de marcação de consulta do CEO para Atenção Básica		
	Laboratório de Referência	Ter conhecimento da existência de laboratório de referência para exames anatomopatológicos		

	Hospital de referência para encaminhamento	Ter conhecimento da existência de um hospital de referência para encaminhamento de procedimentos em nível hospitalar		
	Instituição de referência para tratamento oncológico	Ter conhecimento da existência de instituição de referência para tratamento oncológico		
	Adesão a rede de cuidados para pessoas com deficiência	Adesão do CEO à rede de cuidados para pessoas com deficiência		
<i>Matriciamento</i>	Matriciamento de saúde bucal	Existência de parceria entre equipe do CEO e ESB para realização de matriciamento		
	Integração entre os níveis de Atenção Básica e Secundária em saúde bucal	Frequência de atividades em parceria do CEO com ESB		
	Processo de construção compartilhada dos profissionais da Atenção Básica pelos profissionais do CEO	Capacitação dos profissionais da ESB pelos profissionais do CEO		
COMPONENTE: Gestão do CEO				
<i>Implantação do CEO</i>	Plano Diretor de Regionalização (PDR) na implantação do CEO	Utilização do PDR para definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO		
<i>Planejamento, monitoramento e avaliação</i>	Elaboração do plano de ação do CEO com os próprios profissionais	Participação dos profissionais na elaboração de um plano de ação do CEO		
	Responsabilidades profissionais	Definição e pactuação das funções dos funcionários entre os profissionais e o gerente		
	Planejamento de ações	Realização de reunião para planejamento de ações		
	Planejamento embasado em evidência científica e técnica	Utilização de base científica e técnica, tais como os dados epidemiológicos locais, para planejamento das ações		
	Apoio institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Presença de apoio institucional da SMS para discussão do processo de trabalho de forma permanente		
	Registro e armazenamento de dados	Realização de registro e armazenamento de dados		
	Monitoramento contínuo	Realização de monitoramento dos registros de dados		
	Análise dos resultados monitorados	Existência de reuniões periódicas para análise dos resultados		

		monitorados visando melhorias para o serviço		
	Frequência de análise dos resultados monitorados	Frequência das reuniões para análise dos dados monitorados		
	Agenda de reuniões	Presença de horários reservados na agenda para reuniões de equipe		
	Comunicação para os usuários com o CEO	Existência de canal de comunicação para os usuários com o CEO (ex.: ouvidoria)		
	Discussão das demandas dos usuários relacionadas ao CEO	Existência de reuniões para discussão das demandas dos usuários pelos profissionais do CEO		
	Autoavaliação – Instrumento	Utilização de instrumentos para autoavaliação		
	Autoavaliação – Frequência	Frequência de realização de processo de autoavaliação da equipe do CEO		
<i>Gestão dos recursos</i>	Manutenção de equipamentos	Existência de programa de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos		
	Falta de materiais e/ou insumos odontológicos	Paralisação do serviço pela falta de materiais e/ou insumos odontológicos		
	Registro e controle de estoque	Realização de registro e controle do estoque		
	Perda de materiais e/ou insumos por vencimento de prazo de validade	Frequência de materiais e/ou insumos com prazo de validade vencidos armazenados no estoque		
	Licitações para compra de materiais e/ou insumos odontológicos	Participar do processo de licitações para compra de materiais e/ou insumos odontológicos		
<i>Educação Permanente</i>	Horários reservados para educação permanente	Presença de horários reservados para educação permanente		
	Atividades de educação permanente	Frequência de atividades de educação permanente		
	Temática de capacitação dos profissionais	Definição da temática de capacitação dos profissionais de acordo com as demandas do serviço e próprios profissionais		
	Atividades de capacitação do gestor do CEO	Participação do gestor em atividades de capacitação		

APÊNDICE E – Questionário de avaliação (primeira versão)

Perguntas avaliativas	Alternativas de resposta
COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas	
Subcomponente: Oferta de serviços	
1. O CEO realiza tratamento odontológico nas especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)?	Sim Não
2. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas?	Sim Não
3. A oferta de serviços no CEO, a partir da infraestrutura e recursos existentes, é realizada baseando-se em dados epidemiológicos, cultura e necessidades da população coberta?	Sim Não
4. As vagas para o CEO são pactuadas em reuniões de CIB, ou em nível municipal?	Sim Não
5. O CEO garante a realização do exame radiológico?	Sim Não
6. O CEO realiza biopsia para diagnóstico de câncer de boca?	Sim Não
Subcomponente: Organização para garantia do acesso	
7. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de 40 horas semanais?	Sim Não
8. O CEO oferta horários de atendimento complementar como turno da noite, finais de semana, feriados, 24 horas?	Sim Não
9. Há registro dos casos de absenteísmo no CEO?	Sim Não
10. Os profissionais do CEO conhecem as causas do absenteísmo?	Sim Não
11. É feito o contato prévio com os usuários para a confirmação da consulta?	Sim Não
12. Existe a realocação de usuários para os horários de desistência?	Sim Não
COMPONENTE: Integralidade do cuidado	
Subcomponente: Referência e contrarreferência	
13. Existem critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários da UBS para o CEO?	Sim Não
14. Os profissionais do CEO e da UBS conhecem os critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários?	Sim Não
15. Há pactuação, periódica, entre os três níveis de atenção à saúde bucal, sobre os critérios e protocolos utilizados para a referência e contrarreferência dos usuários?	- Sim, há pactuação entre os três níveis de atenção a saúde bucal - Sim, há pactuação, mas apenas entre a atenção primária e a atenção especializada em saúde bucal - Sim, há pactuação, mas apenas entre atenção especializada e a alta complexidade - Sim, há pactuação com algumas unidades de saúde da atenção primária - Não
16. Os profissionais do CEO e da atenção primária utilizam rotineiramente os critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários?	Sim Não
17. Foi pactuado, internamente, entre os profissionais do CEO, como se deve proceder frente ao encaminhamento de casos clínicos da atenção primária para o CEO que estejam fora dos critérios e protocolos pré-estabelecidos? <i>Ex. casos que necessitam de adequação do meio bucal e procedimentos da atenção primária.</i>	Sim Não
18. Foi pactuado entre os profissionais do CEO e da atenção primária como se deve proceder frente ao encaminhamento de casos clínicos da atenção primária para o CEO que estejam fora dos critérios e protocolos pré-estabelecidos? <i>Ex. casos que necessitam de adequação do meio bucal e procedimentos da atenção primária.</i>	Sim Não

19. Com que frequência os usuários são encaminhados para o CEO com um instrumento (ex. ficha) de referência preenchido pelo profissional da atenção primária?	Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca
20. O conteúdo do instrumento de referência é padronizado entre as UBS?	Sim Não
21. Qual o percentual de usuários que são contrarreferenciados para atenção primária após a conclusão do tratamento no CEO?	80 - 100% 60 - 80% 40 - 60% 20 - 40% 0 - 20%
22. Quando o usuário é contrarreferenciado para a atenção primária, ele recebe um instrumento (ex. ficha) de contrarreferência preenchida pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Sim Não
23. Existem critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência dos usuários do CEO para os serviços de alta complexidade?	Sim Não
24. Quando o usuário é referenciado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, ele recebe um instrumento (ex. ficha) de referência preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Sim Não
25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?	- Central de marcação de consultas - A UBS marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS - A consulta é marcada pelo usuário no próprio CEO - Mista - Demanda espontânea - Não há marcação de primeira consulta
26. Como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?	- Central de marcação de consultas - O CEO marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS - A consulta é marcada pelo usuário no próprio serviço - Mista - Demanda espontânea - Não há referenciamento para alta complexidade
27. Como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção primária (UBS, por exemplo)?	- Central de marcação de consultas - O CEO marca a 1ª consulta do usuário por meio do sistema do SUS - A consulta é marcada pelo usuário na própria UBS - Mista - Demanda espontânea - Não há contrarreferenciamento para atenção primária
28. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o laboratório de referência para realização de exames anatomopatológicos?	Sim Não
29. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o hospital de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou outros procedimentos de nível hospitalar?	Sim Não
30. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre a instituição de referência para a realização de tratamento oncológico?	Sim Não
31. O CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?	Sim Não
Subcomponente: Matriciamento	
32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção primária para a realização de matriciamento?	- Sim, no atendimento odontológico de casos clínicos complexos - Sim, em eventos sentinela - Sim, no estabelecimento de diagnóstico diferencial de casos - Sim, em visitas domiciliares - Sim, na elaboração de projetos terapêuticos - Sim, em duas ou mais situações acima citadas - Não
33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção primária?	Uma vez por mês Uma vez a cada três meses Uma vez a cada seis meses

	Uma vez por ano Não há uma periodicidade Nunca
34. Os profissionais do CEO e da atenção primária participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, tais como capacitações para o diagnóstico de lesões de câncer bucal?	Sim Não
COMPONENTE: Gestão do CEO	
Subcomponente: Implantação do CEO	
35. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?	Sim Não
Subcomponente: Planejamento, monitoramento e avaliação	
36. Foi elaborado um plano de ação do CEO, com a participação dos profissionais, para definir as atividades que são realizadas, as funções desempenhadas por cada um dos cargos, a forma em que tais funções/atividades são desenvolvidas e monitoradas?	Sim Não
37. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente?	Sim Não
38. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do serviço?	Sim Não
39. São utilizados dados epidemiológicos, sociais e demográficos, assim como bases científicas, para o planejamento das ações do CEO?	Sim Não
40. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?	Sim Não
41. É realizado o registro dos dados do CEO? <i>Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros.</i>	Sim Não
42. É realizado o monitoramento contínuo dos registros de dados?	Sim Não
43. Os resultados do monitoramento são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão, buscando melhorias para o serviço?	Sim Não
44. Com que frequência ocorrem reuniões para análise dos resultados do monitoramento?	Uma vez por mês Uma vez a cada três meses Uma vez a cada seis meses Uma vez por ano Não há uma periodicidade Nunca
45. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?	Sim, ambas as agendas tem horários reservados Sim, mas apenas na agenda dos profissionais (equipe de saúde bucal do CEO) Sim, mas apenas na agenda do gerente Não
46. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?	Sim Não
47. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários relacionadas ao CEO?	Sim Não
48. É utilizado algum instrumento para autoavaliação?	Sim Não
49. Com que frequência é realizada a autoavaliação entre os profissionais do CEO?	Mensalmente Bi ou trimestralmente Semestralmente Anualmente Não são realizados processos de autoavaliação
Subcomponente: Gestão dos recursos	
50. Existe um programa de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos?	Sim Não
51. É comum a paralisação do serviço devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?	Nunca aconteceu Acontece uma vez por ano Acontece uma vez a cada seis meses Acontece uma vez a cada três meses

	Acontece uma vez por mês ou menos
52. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (<i>exemplo: nome do material, quantidade e vencimento</i>)?	Sim Não
53. É comum ocorrer o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque?	Nunca Raramente Uma vez a cada seis meses Uma vez a cada três meses Uma vez por mês ou menos
54. São realizadas licitações para a compra de materiais e/ou insumos odontológicos?	Sim Não
Subcomponente: Educação permanente	
55. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO?	Sim Não
56. Com qual frequência são realizadas atividades de educação permanentes para os profissionais do CEO?	Mensalmente Bi ou trimestralmente Semestralmente Anualmente Não são realizadas atividades de educação permanente
57. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais?	Sim, são consideradas as necessidades do serviço e dos profissionais Sim, mas considera-se apenas a necessidade do serviço Sim, mas considera-se apenas a necessidade dos profissionais Os profissionais não participam de atividades de educação permanente
58. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público?	Sim Não

APÊNDICE F – Questionário de avaliação (versão final)

Perguntas avaliativas	Alternativas de resposta
COMPONENTE: Acesso as especialidades odontológicas	
Subcomponente: Oferta de serviços	
1. O CEO realiza tratamento odontológico em TODAS as especialidades mínimas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Pacientes com necessidades especiais e Estomatologia)?	Sim Não
2. O CEO realiza tratamento odontológico em outras especialidades, além das especialidades odontológicas mínimas?	Sim Não
3. A infraestrutura do CEO é adequada para ofertar os serviços necessários à população?	Sim Não
4. A cobertura do CEO para a sua população de referência é adequada?	Sim Não
5. A pactuação para ofertar as vagas de atendimento no CEO acontecem durante as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou em nível municipal?	Sim Não Não sei
6. O CEO garante a realização de exames radiográficos para todos os seus pacientes?	Sim Não
7. O CEO realiza biópsia para diagnóstico de câncer de boca?	Sim Não
Subcomponente: Organização para garantia do acesso	
8. Cada consultório odontológico do CEO funciona no período de, no mínimo, 40 horas semanais?	Sim Não
9. O CEO oferta horários de atendimento complementar (além de 8 horas/dia) como turno da noite, finais de semana, feriados, atendimento 24 horas, dentre outros?	Sim Não
10. O CEO registra, de forma sistemática, os casos de absenteísmo?	Sim Não
11. Os profissionais do CEO conhecem as causas mais frequentes de absenteísmo nas especialidades em que trabalham?	Sim Não
12. A equipe do CEO faz, como rotina, contato prévio com os usuários para confirmação das consultas agendadas?	Sim para todas as especialidades Sim para algumas especialidades Não
13. Existe a realocação de pacientes para os horários de desistência?	Sim Não
COMPONENTE: Integralidade do cuidado	
Subcomponente: Referência e contrarreferência	
14. Existem critérios e protocolos que regulamentam e esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) para o CEO? QUEM RESPONDER "NÃO" A ESSA PERGUNTA, DEVE IR PARA A 18	Sim Não
15. Os profissionais do CEO e da UBS conhecem os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contrarreferência dos pacientes?	Sim Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO) Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS) Não
16. Os profissionais do CEO e da UBS utilizam rotineiramente os protocolos e critérios que esclarecem sobre a conduta no processo de referência e contra referência dos pacientes?	Sim Sim, parcialmente (somente os profissionais do CEO) Sim, parcialmente (somente os profissionais da UBS) Não
17. Os critérios e protocolos utilizados para referência e contrarreferência dos usuários foram pactuados entre os três níveis de atenção à saúde bucal (os três níveis são a atenção primária à saúde, atenção especializada e hospitalar)?	- Sim, foi pactuado entre os 3 níveis de atenção à saúde bucal - Sim foi pactuado, mas apenas entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde bucal - Sim foi pactuado, mas apenas entre atenção especializada e a alta complexidade - Sim, foi pactuado com algumas unidades de saúde da atenção básica - Não
18. Foi pactuado, entre os profissionais do CEO, como proceder quando do encaminhamento de um paciente da UBS para o CEO, sem que o profissional da UBS tenha realizado os procedimentos clínicos protocolares	Sim Não

prévios, imprescindíveis a esse encaminhamento, e que estão fora do escopo da atenção especializada? (Ex. adequação do meio bucal e procedimentos da atenção básica).	
19. Com que frequência os usuários são encaminhados para o CEO com um instrumento de referência (em papel ou via eletrônica) preenchido pelo profissional da atenção básica? QUEM RESPONDEU NÃO A ESSA PERGUNTA, NÃO DEVE RESPONDER A 20	Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca
20. O conteúdo do instrumento de referência é padronizado entre as UBS do seu município?	Sim Não
21. Com que frequência os usuários são contrarreferenciados para a UBS após a conclusão do tratamento no CEO?	Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca
22. Com que frequência os usuários, que são contrarreferenciados do CEO para a UBS, recebem um instrumento de contrarreferência (em papel ou via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca
23. Há uma definição de quais são os casos clínicos do CEO que devem ser encaminhados para atendimento de alta complexidade (nível hospitalar)?	Sim, há esta definição para todas as especialidades do CEO Sim, há essa definição para algumas especialidades do CEO Não, não há essa definição para nenhuma especialidade do CEO Não, porque não existe referência de alta complexidade para esse CEO
24. Com que frequência o usuário é encaminhado do CEO para a alta complexidade em saúde bucal, com um instrumento de referência (em papel ou, via eletrônica) preenchido pelo profissional do CEO com informações sobre o tratamento?	Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca Não existe referência de alta complexidade para esse CEO
25. Como ocorre a marcação da primeira consulta no CEO?	Central de marcação de consultas = 5 A UBS marca a 1ª consulta do usuário A consulta é marcada pelo usuário no próprio CEO Demanda espontânea É possível a marcação de consultas por meio de mais de uma das opções citadas acima
26. Na referência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a atenção de alta complexidade (hospitais, por exemplo)?	Central de marcação de consultas O CEO marca a 1ª consulta do usuário A consulta é marcada pelo usuário no próprio serviço Demanda espontânea É possível a marcação de consultas por meio de mais de uma das opções citadas acima
27. Na contrarreferência, como ocorre a marcação de consulta do CEO para a UBS?	A consulta é marcada pelo usuário na própria UBS Não há contrarreferenciamento para a UBS
28. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o laboratório de referência para realização de exames anatomopatológicos?	Sim Não Não existe laboratório de referência para este CEO
29. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre o hospital de referência para o encaminhamento de usuários com necessidade de anestesia geral, sedação, ou procedimentos de nível hospitalar?	Sim Não Não existe hospital de referência para este CEO
30. Os profissionais do CEO têm conhecimento sobre a instituição de referência para a realização de tratamento de oncologia?	Sim Não Não existe instituição de referência para tratamento de oncologia para este CEO
31. O CEO aderiu à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência?	Sim Não
Subcomponente: Integração entre os níveis de atenção básica e secundária em saúde bucal	
32. Existe parceria entre a equipe do CEO e equipe de saúde bucal da atenção básica para a realização de matriciamento?	Pode ser assinalada mais de uma alternativa:

	- Sim, no atendimento odontológico de casos clínicos complexos - Sim, em eventos sentinela - Sim, no estabelecimento de diagnóstico diferencial de casos - Sim, em visitas domiciliares - Sim, na elaboração de projetos terapêuticos - Sim, em outras situações não descritas aqui -Não
33. Com que frequência ocorre o desenvolvimento de atividades em parceria com a equipe de saúde bucal da atenção básica?	Uma vez por mês Uma vez a cada três meses Uma vez a cada seis meses Uma vez por ano Não há uma periodicidade Nunca
34. Os profissionais do CEO e da UBS participam de processos de construção compartilhada do conhecimento, como a elaboração de protocolos, processos e critérios diagnósticos? (Exemplo: decisão compartilhada para o diagnóstico de lesões de câncer de boca).	Sim Não
COMPONENTE: Gestão do CEO	
Subcomponente: Implantação do CEO	
35. No momento da implantação, o Plano Diretor de Regionalização ou mapa da saúde foi utilizado para a definição da área de abrangência e da população coberta pelo CEO?	Sim Não
Subcomponente: Planejamento, monitoramento e avaliação	
36. Existe, no CEO em que você trabalha, um plano de ação sobre o processo de trabalho, elaborado de forma compartilhada entre profissionais da clínica, do administrativo e gestão, definindo as atividades a serem realizadas, as funções desempenhadas por cargos, a forma em que tais funções/atividades serão desenvolvidas e monitoradas?	Sim Não
37. As funções de cada um dos profissionais foram discutidas e pactuadas entre os funcionários e o/a gerente?	Sim Não
38. É realizada alguma atividade/ reunião para o planejamento das ações do CEO?	Sim Não
39. Para o planejamento das ações do CEO são utilizados dados epidemiológicos, sociais, demográficos ou bases científicas?	Sim Não
40. O CEO recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados?	Sim, periodicamente Sim, sem periodicidade definida Não
41. É realizado o registro dos dados do CEO? <i>Exemplo: tempo de espera dos usuários, especialidades com maior demanda, fila de espera por especialidade, absenteísmo, metas mínimas de produção das especialidades, dentre outros.</i> QUEM RESPONDEU NÃO A ESSA PERGUNTA, NÃO DEVE RESPONDER A 42, 43.	Sim Não
42. Além de realizar o registro dos dados do CEO (conforme foi perguntado na questão anterior), é realizado o monitoramento contínuo desses registros?	Sim Não
43. Os resultados do monitoramento dos registros dos dados (conforme foi abordado nas duas últimas questões) são analisados e discutidos em reuniões com os profissionais e a gestão buscando melhorias para o serviço?	Sim, periodicamente Sim, sem periodicidade definida Não
44. Existem horários reservados para reunião de equipe na agenda dos profissionais e do gerente do CEO?	Sim, ambas as agendas são organizadas de tal forma Sim, mas apenas a agenda dos profissionais (equipe de saúde bucal) Sim, mas apenas a agenda do gerente Não
45. Existe algum canal de comunicação que permite aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço do CEO?	Sim Não
46. Os profissionais do CEO discutem internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários relacionadas ao CEO?	Sim Não
47. O CEO utiliza algum instrumento para autoavaliação?	Sim Não

48. Com que frequência é realizada a autoavaliação entre os profissionais do CEO?	Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente Semestralmente Anualmente Não são realizados processos de autoavaliação
Subcomponente: Gestão dos recursos	
49. Existe um programa/equipe de manutenção corretiva e/ou preventiva dos equipamentos do CEO?"	Sim Não
50. Com que frequência ocorre a paralisação dos serviços do CEO devido à falta de materiais e/ou insumos odontológicos?	Nunca Uma vez por ano Uma vez a cada seis meses Uma vez a cada três meses Uma vez por mês Mais de uma vez por mês
51. São realizados o registro e o controle dos insumos odontológicos armazenados no estoque (<i>exemplo: nome do material, quantidade e vencimento</i>)?	Sim, de todos os insumos Sim, de alguns insumos Não Não existe estoque/almojarifado no CEO
52. Com que frequência ocorre o vencimento do prazo de validade dos materiais e/ou insumos armazenados no estoque do CEO?	Nunca Raramente Uma vez a cada seis meses Uma vez a cada três meses Uma vez por mês Toda semana Não existe estoque/almojarifado no CEO
53. No CEO em que você trabalha, há participação dos gestores e profissionais da clínica na definição das especificidades técnicas e científicas dos equipamentos, insumos e serviços para o CEO, a serem adquiridos em processos licitatórios realizados pela gestão municipal?	Sim Não
Subcomponente: Educação permanente	
54. Existem horários reservados para atividades de educação permanente na agenda dos profissionais do CEO?	Sim Não
55. São realizadas atividades de educação permanente para os profissionais do CEO? QUEM RESPONDEU NÃO A ESSA PERGUNTA, NÃO DEVE RESPONDER A PRÓXIMA (56)	Sim, com periodicidade definida Sim, sem periodicidade definida Não
56. As atividades de educação permanente abordam temas de acordo com as demandas do serviço e dos profissionais?	Sim, são consideradas as necessidades do serviço e dos profissionais Sim, mas considera-se apenas a necessidade do serviço Sim, mas considera-se apenas a necessidade dos profissionais Os profissionais não participam de atividades de educação permanente
57. O gerente do CEO participa de atividades de capacitação voltadas para a formação de gestores do setor público?	Sim Não

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP– UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE AVALIABILIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL

Pesquisador: Livia Zina

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67143417.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.638.271

Apresentação do Projeto:

Estudo de Avaliação (EA) dos Centros de Especialidades Odontológica (CEO), em nível nacional, que analisará a coerência (o método e a validade operacional), a Identificação do modelo lógico (ML) e a relação entre os objetivos da política constituinte dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os meios empregados (recursos, processos) com atenção para as relações entre o problema, seus determinantes, as ações desenvolvidas e os resultados esperados.

Segundo a metodologia, será realizado um EA, com abordagem qualitativa, dos CEO implantados nas 5 regiões Brasileiras entre 2004 (ano de implantação) e 2017. A pesquisa se desenvolverá em 4 etapas dependentes: (1) Análise documental dos documentos disponíveis sobre o serviço (portarias, diretrizes, manuais, notas-técnicas, entre outros) os quais servirão de base para a construção do modelo lógico do CEO e seleção dos integrantes-chaves; (2) Entrevista guiada com integrantes-chaves (IC) do CEO, selecionados a partir das informações colhidas na etapa anterior; (3) Revisão do modelo lógico e construção da matriz de análise do CEO, embasados nas informações das etapas anteriores. (4) Validação da matriz de análise por juízes/especialistas, selecionados segundo requisitos de titulação e experiência, que se relacionem com o assunto a ser estudado.

É proposto a participação de 20 gerentes de CEO municipal e regional, referências técnicas de saúde bucal das Superintendências Regionais de Saúde e Cirurgiões-dentistas atuantes no CEO, visando

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Ad 51 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: ccep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.636.271

contemplar as 5 grandes regiões do Brasil, elencados a partir do contato estabelecido com a coordenação geral do PMAQ-CEO, sendo definidos após a construção da teoria e ML do CEO. Os IC selecionados serão convidados a participar de uma entrevista guiada, via telefone ou Skype® (aplicativo online que realiza chamadas de voz ou vídeo gratuitas). Aqueles que concordarem em participar serão agendados conforme a sua disponibilidade e receberão por e-mail um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual deverá ser assinado e reenviado aos pesquisadores. A entrevista terá duração aproximada de 20 minutos e será guiada por um roteiro, ainda a ser construído e fundamentado na teoria do CEO, por essa razão não foi apresentado na Plataforma. Esta será gravada com o objetivo de não perder informações importantes; e após a transcrição dos dados eles serão apagados, não havendo armazenamento dos mesmos. A entrevista visa captar a percepção, destes indivíduos, no que se refere à prática do serviço. Este modelo subsidiará a seleção das perguntas avaliativas classificando-as quanto à prioridade, utilidade e viabilidade. Para cada pergunta serão definidos o critério, a descrição ou método de cálculo, o parâmetro, o tipo de abordagem (qualitativa e/ou quantitativa), o tipo de dado e a técnica de coleta, constituindo-se assim a matriz de análise do CEO. A qual será em seguida validada.

O processo de validação ocorrerá através da técnica Delphi e será desenvolvido em 4 etapas: (1) Os juízes receberão via e-mail um questionário referente a matriz de análise e irão manifestar individualmente a sua concordância ou discordância com as propostas, atribuindo de um a dez pontos, a importância relativa as dimensões presentes nos produtos; (2) As respostas obtidas serão tratadas estatisticamente, através do cálculo de tendência central e/ou de dispersão, pelos pesquisadores e os resultados serão repassados aos participantes; (3) Realiza-se então uma segunda rodada de questionários. Para um novo julgamento dos juízes, que poderão manter ou modificar suas respostas anteriores e em seguida reencaminhar aos pesquisadores. (4) Proceda-se a uma segunda tratamento estatístico. Caso não se tenha alcançado um grau de consenso satisfatório, novas rodadas de questionários e análises estatísticas podem ocorrer. Para a seleção de 5 juízes serão considerados: título de mestre, doutor ou Livre Docente na grande área de concentração das Ciências da Saúde, com atuação e/ou produção científica na área nos últimos 05 (cinco) anos; e/ou atuar no serviço independente do estado e município, cujos dados serão obtidos uma busca avançada por assunto na Plataforma Lattes.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos foram definidos como:

Objetivo Primário: Realizar o Estudo de Disponibilidade do Centro de Especialidades Odontológicas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. 61 2006

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4502

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.630.271

no Brasil.

Objetivo Secundário: • Elaborar o modelo lógico-teórico do Centro de Especialidades Odontológicas. • Construir uma matriz de análise para avaliar o Centro de Especialidades Odontológicas. • Validar a matriz de análise e julgamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram considerados:

Riscos: Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos.

Benefícios: Como benefício, há a oportunidade de ampliar o conhecimento científico sobre os CEO, e a possibilidade de avaliá-los de forma consistente e robusta. O processo de avaliação pode, indiretamente, contribuir com a melhoria da atenção secundária em saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de dissertação, nível mestrado, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, com a colaboração de 5 pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) e 1 pesquisadora externa da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos foram apresentados.

Sobre as correções solicitadas no parecer do comitê:

a) Foi anexado o modelo de declaração de anuência que será encaminhado a cada serviço.

b) Foram alterados os riscos:

No TCLE para os Juizes Informa: "O risco envolvido nesta pesquisa consiste na possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se desconfortável para expor seu ponto de vista sobre a temática dos Centro de Especialidades Odontológicas, ainda assim ressalta-se que as suas respostas serão confidenciais mantendo assim seu anonimato. O (a) senhor (a) também poderá sentir-se constrangido ao responder a alguma questão do questionário, ressalta-se a possibilidade de entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento do estudo, através do telefone (31) 98308-4263, afim de obter qualquer esclarecimento. O (a) senhor (a) poderá sentir-se estressado por responder à

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.608.271

mais de um questionário."

Para o TCLE do integrante foi descrito: "O risco envolvido nesta pesquisa consiste no possível constrangimento em relação a posição de entrevistado, ressalta-se que o (a) senhor (a) não precisará responder ou tratar de nenhum assunto que não se sinta à vontade. O (a) senhor (a) também poderá sentir-se desconfortável com a gravação da entrevista, ressalta-se que esta será apagada após o estudo e que as informações transmitidas pelo senhor (a) são confidenciais mantendo assim seu anonimato. O (a) senhor (a) precisará disponibilizar alguns minutos do seu tempo para a realização da entrevista, ressalta-se que o horário e o dia da entrevista serão agendados conforme a sua disponibilidade e conforto. O (a) senhor (a) poderá sentir-se cansado com entrevista, ressalta-se que o (a) senhor (a) poderá desistir ou interromper a entrevista quando desejar, sem nenhum prejuízo ou constrangimento."

c) Alterado a explicação sobre as vias do termo:

No TCLE para juiz foi descrito: "Após ser esclarecido (a) sobre as informações desta pesquisa, se aceitar fazer parte dela, será preciso que o (a) senhor (a) imprima duas vias deste documento, o qual já contém a assinatura da pesquisadora, e assine as duas vias. Após assinar é necessário que o (a) senhor (a) digitalize/escaneie uma das vias do documento e a envie, por e-mail, para a pesquisadora. Dessa forma, uma das vias deste termo de consentimento, assinada pelo (a) senhor (a) e pela pesquisadora, ficará com você e outra via com a pesquisadora."

No TCLE para o integrante, apesar da carta do pesquisador informar que "O questionário online, enviado por email, será formatado em um programa na web – Google docs (<https://www.google.com/docs/about/>), o qual permite que o participante, antes de preencher o questionário, possa fazer a leitura na íntegra do TCLE e concordar em participar, clicando na opção "aceito", garantindo assim, mais uma vez, a confirmação da concordância do indivíduo em participar do estudo.", no TCLE informa: "Após ser esclarecido (a) sobre as informações do estudo, se aceitar fazer parte dele, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora. Caso este termo de consentimento contenha palavras ou informações que não estejam claras para você, peça que a pesquisadora lhe explique as palavras ou informações que não tenha entendido." Como isto será feito, se no TCLE informa ao grupo integrante que vai "Participar de uma entrevista realizada pela pesquisadora, por telefone, com duração de aproximadamente 20 minutos, segundo a sua disponibilidade."?

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4892

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.608.371

Recomendações:

É importante que os termos estejam coerentes com a metodologia proposta e haja viabilidade ao participante, sem ônus. Desta forma, deve-se:

a) Corrigir no TCLE do juiz: Ao aplicar os questionários aos juizes por email, os documentos precisam ser encontrados em formatos de edição, para que não seja necessário impressão para depois escanear e enviar por email. O aceite do TCLE do juiz também pode ser feito por uma assinatura digital, segundo a Resolução CNS 510/12, ou se optar que participante imprima para escanear, não precisa imprimir 2 vias, já que a via escaneada já ficará com ele.

b) Corrigir no TCLE dos Integrantes: É importante que esteja claro se vai usar a plataforma do google forms, conforme informa na carta resposta, ou se ser por telefone, como está descrito no termo. No caso da entrevista for por telefone, pela Resolução CNS 510/12, o aceite do TCLE pode ser colhido por gravação de áudio. Independente da metodologia adotada ela tem que estar clara no TCLE e informar o procedimento de coleta do TCLE, resguardando o participante.

Segundo a Resolução CNS 466/12 e recomendação da CONEP, corrigir nos TCLE's:

- O campo de assinatura do pesquisador deve estar na mesma página do participante. Não é necessário dois consentimentos de participação no termo, podendo retirar um.

- Enumerar as páginas.

- Manter apenas os dados do comitê de ética da UFMG para dúvidas éticas sobre a pesquisa, e retirar o "E-mail Comissão de Ética da UFMG: etica@ufmg.br", para não confundir o participante.

Este Comitê confia que as mudanças serão realizadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Confirmando que haverá a adequação do projeto, conforme as recomendações apresentadas acima, sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. SI 2005	
Bairro: Unidade Administrativa II	CEP: 31.270-901
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4582	E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer 2.630.371

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890019.pdf	23/03/2018 16:13:54		Acelto
Outros	resposta_ao_coep.pdf	23/03/2018 16:13:12	Livia Zina	Acelto
Outros	termo_de_anuencia.pdf	23/03/2018 16:11:17	Livia Zina	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/06/2017 20:54:18	Livia Zina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	juiz.pdf	11/06/2017 20:43:52	Livia Zina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	integrante.pdf	11/06/2017 20:43:31	Livia Zina	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaodepartamento.jpeg	12/04/2017 11:37:24	Livia Zina	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/04/2017 09:54:17	Livia Zina	Acelto
Cronograma	cronograma_COEP.pdf	30/03/2017 18:02:18	Livia Zina	Acelto
Outros	571434171aprovacaassinada.pdf	07/05/2018 09:51:49	Vivian Resende	Acelto
Outros	571434171parecerassinado.pdf	07/05/2018 09:51:58	Vivian Resende	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Maio de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 51 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3429-4502 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO B – Normas para publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*

ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

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

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

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

Orientações para organização de números temáticos

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

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

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

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

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

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

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões

devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

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

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

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

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

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

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

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

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

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais),

gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv2390.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

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

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

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

Agradecimentos

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

Referências

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

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

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos

e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

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

3. Sem indicação de autoria

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

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

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

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

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

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

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

8. Instituição como autor

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

9. Capítulo de livro

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

10. Resumo em Anais de congressos

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

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

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

12. Dissertação e tese

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

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

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

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

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

14. Material audiovisual

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

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

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

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach

H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

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

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

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

ANEXO C – Comprovante de submissão do artigo

ScholarOne Manuscripts™

Livia Zina ▾Instructions & FormsHelpLog Out

Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#)[Author](#)[Review](#)

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2020-3649
Title	ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO
Authors	Portugal, Erika Said Monteiro Neves, Erika Abreu, Mauro Henrique Amaral, João Henrique Guimarães, Eliete Albano de Werneck, Marcos Zina, Livia
Date Submitted	28-Sep-2020

Author Dashboard ➤