

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

Estudio de evaluabilidad de la atención especializada en salud bucal en el sistema de salud público brasileño

Recebido: 25/01/2022 | Revisado: 04/02/2022 | Aceito: 25/02/2022 | Publicado: 06/03/2022

Lívia Guimarães Zina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1842-2300>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: liviazina@ufmg.br

Érika Said Monteiro Neves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7793-1688>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Brasil
E-mail: erikasaidneves@gmail.com

Érika Lúcia Almeida Portugal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8499-0237>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: erikaodontoi@gmail.com

Janice Simpson de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5396-0959>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: janicesimpson@ufmg.br

Loliza Luiz Figueiredo Hourí Chalub

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0892-9047>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: lcfigueiredo@ufmg.br

Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8794-5725>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: maurohenrique@ufmg.br

João Henrique Lara do Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6900-7559>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: jhamaral1@gmail.com

Eliete Albano de Azevedo Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9236-8643>
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil
E-mail: elietelbano@hotmail.com

Marcos Azeredo Furquim Werneck

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4160-018X>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: mfurquim52@gmail.com

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 sistema público de saúde nacional – SUS (Sistema Único de Saúde) – 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-chave: Estudos de avaliação; Estudos de validação; Atenção secundária à saúde; Saúde bucal.

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 public health system - SUS (Unified 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.

Keywords: Evaluation studies; Validation studies; Secondary care; Oral health.

Resumen

Los Estudios de Evaluabilidad (EE) son estudios pre-evaluativos que preceden a la evaluación real de un servicio. El objetivo de este trabajo fue realizar una EE de atención secundaria en salud bucal en Brasil, ofrecida por el sistema nacional de salud pública – SUS (Sistema Único de Salud) - a través de los Centros de Especialidad Odontológica (CEO). Estudio de base nacional, realizado en los años 2017-2020, basado en el sistema de 7 elementos de Thurston y Ramaliu. Participaron 29 miembros involucrados con la implementación y operación del CEO. El instrumento de evaluación fue validado en cuanto a contenido y apariencia. Los datos fueron analizados utilizando el Índice de Validez de Contenido (IVC) y según el método de Análisis de Contenido. La descripción de los CEO, con base en documentos y evidencias científicas, permitió comprender su estructura jurídica, funcionamiento y principales hechos que lo caracterizan. El modelo teórico-lógico definió 3 componentes a evaluar: atención integral, acceso a la atención secundaria de salud bucal y gestión del CEO. El cuestionario de evaluación fue validado en 2 rondas, con CVI>75%. El estudio mostró que la atención especializada en salud bucal está disponible y tiene un escenario favorable para su desarrollo. Se estableció y validó un cuestionario de evaluación de CEO sin precedentes.

Palabras clave: Estudio de evaluación; Estudio de validación; Atención secundaria de salud; Salud bucal.

1. Introdução

A saúde bucal é parte integral da saúde e impacta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos (Sischo & Broder, 2011). 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 e pela prática de tratamentos de maior especificidade (Paim, 2011).

Os serviços odontológicos especializados são essenciais para a recuperação e preservação da saúde bucal. Atuam de forma complementar às ações 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 fim (Silva & Gottens, 2017).

O Brasil é um país singular no cuidado à saúde bucal da sua população. Até 2003, a atenção odontológica especializada no sistema público de saúde nacional (SUS-Sistema Único de Saúde) era ínfima, representando apenas 3,5% dos tratamentos de saúde bucal. Contudo, no ano de 2004, a política de saúde bucal foi conduzida de segundo plano 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 Sorridente (Pucca et al., 2015).

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) (Brasil, 2004, 2006b, 2011).

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 paciente (Brasil, 2006b). Atualmente,

existem mais de 1.000 CEO implantados pelo país, com cobertura potencial para a população de mais 850 municípios (Sage, 2020).

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 relevantes (Trevisan & Walser, 2015). 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 (Colussi et al., 2021; Smith, 2005; Wholey, 1977).

Thurston e Potvin (2003) 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 avaliabilidade.

Os CEO estão em funcionamento há 18 anos e já passaram por algumas avaliações, em âmbito governamental e educacional (Abreu et al., 2022; Brasil, 2020; Goes et al., 2022; Pinto et al., 2022). Contudo, nenhuma dessas avaliações foram estudos de avaliabilidade, os quais em sua essência contariam com a participação dos envolvidos e permitiriam mudanças no foco do gerenciamento, assim como no desenvolvimento e aprimoramento dos futuros processos avaliativos.

Nesse cenário, 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 (Baratieri et al., 2019).

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 a finalidade de descrever o serviço, identificando-se objetivos, metas e recursos; desenvolver o modelo teórico e lógico do serviço, e validar as perguntas para avaliação.

2. Metodologia

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos, com base na Declaração de Helsinque e nos regulamentos governamentais brasileiros. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 67143417.1.0000.5149) e o consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi obtido de todos os participantes da pesquisa.

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 (2005): (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 avaliação.

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 dados (Baratieiri et al., 2019; Leviton et al., 2010).

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 conseqüentemente 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 stakeholders (Mendes et al., 2010). 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 Ramaliu (2005).

2º Etapa: Entrevista com os stakeholders

A entrevista com stakeholders é essencial para a compreensão do objeto de estudo (Mendes et al., 2010). 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 resultados (Trevisan & Walser, 2015).

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 anteriores (Thurston & Ramaliu, 2005). 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 entre os elementos, recursos, atividades e resultados (Vieira-da-silva, 2014).

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 Alves et al. (2010) 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 Pasquali (1998), com a participação de 10 juizes, não envolvidos com o EA até então. Para a validação das perguntas avaliativas, foi utilizada a Técnica de Delphi (Pereira & Alvim, 2015).

Análises

A equipe de pesquisadores utilizou um processo interativo 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 temática (Bardin, 2016) 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 saúde (Minayo, 2014) 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 juizes 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 juizes. A convergência das respostas ou o nível de consenso esperado foi de 75% (Pereira & Alvim, 2015). As questões que não obtiveram consenso acima de 75%, em pelo menos um dos três critérios, foram reformuladas. As sugestões e observações indicadas pelos juizes, 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.

3. Resultados

O Quadro 1 aponta, de forma sintética, os resultados segundo os sete elementos propostos por Thurston e Ramaliu (2005). 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	<p>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</p> <p>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.</p>
(b) Revisão de documentos	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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.

Fonte: Material elaborado pelos autores.

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* (Brasil, 2006a) e *Manual de especialidades em saúde bucal* (Brasil, 2008), 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 (Tabela 1). Os achados revelaram um baixo desempenho dos CEO avaliados, acesso restrito, e baixa resolutividade na atenção secundária (Portugal, 2018).

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> – 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% consideraram o tempo de espera longo ou muito longo
Lima et al., 2010	Local	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> – 52,5% dos entrevistados consideraram a obtenção de vaga difícil ou muito difícil e 27,3% consideraram 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 referencia: 23 dias • 61,1% dos tratamentos contrarreferenciados pelo CEO foram concluídos pela APS
Vazquez et al., 2014	Local	<ul style="list-style-type: none"> • 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 referencia: 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	<ul style="list-style-type: none"> • 33,3% dos tratamentos especializados foram concluídos pelo CEO e contrarreferenciado para APS • Tempo médio de espera para a 1º consulta especializada a partir da data de referencia: 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Barreiras de acesso: organizacionais, geográficas e estruturais.
Cruz et al., 2011	Local	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (Cortellazzi et al., 2014; Figueiredo & Goes, 2009).

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

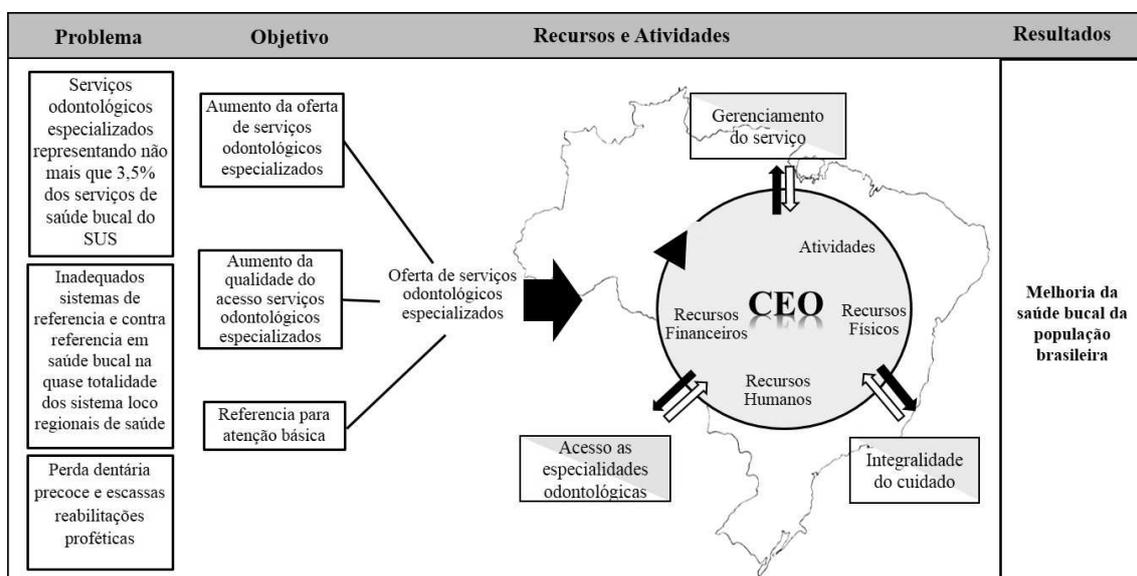
Após a descrição e compreensão da teoria da atenção especializada em saúde bucal e do entendimento do processo da sua operacionalização, foram desenvolvidos os modelos teóricos e lógicos do CEO.

A Figura 1 apresenta o modelo teórico. Nele, 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 (Cortellazzi et al., 2014; Figueiredo & Goes, 2009). 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 consequentemente, interfere no alcance dos objetivos.

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



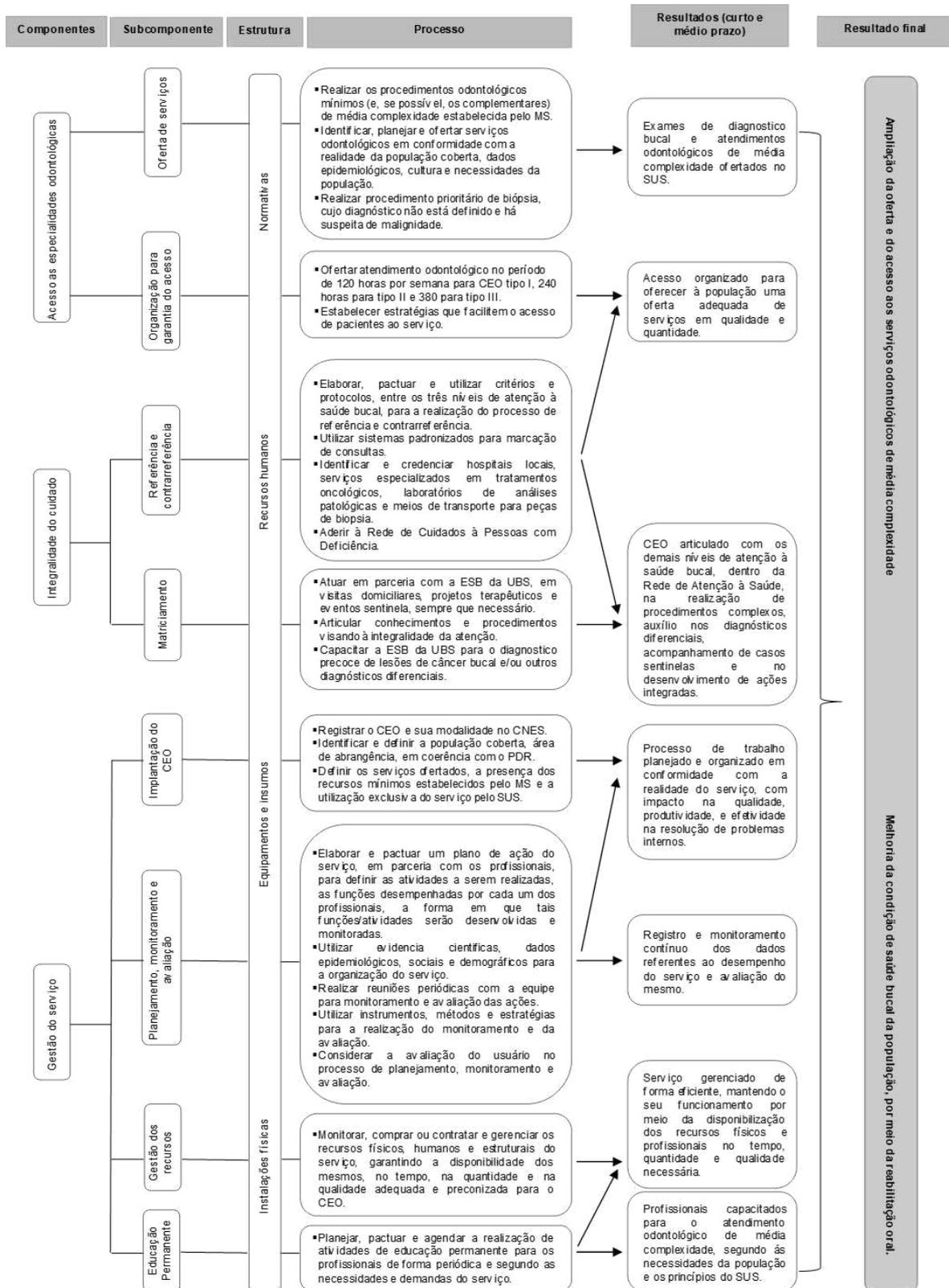
Fonte: Material elaborado pelos autores.

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.

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.

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 (Pacientes com Necessidades Especiais) – 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.

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



Fonte: Material elaborado pelos autores.

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.

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.

4. 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 interessadas (Trevisan & Walser, 2015).

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 acadêmicos (Leviton et al., 2010; Vanderheyden, 2006). O EA tem sido empregado em diversas disciplinas como saúde mental, justiça juvenil, serviço social, educação e treinamento de recursos humanos para avaliação (Baratieiri et al., 2019). 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 Wholey (1977), Smith (2005), Thurston (2003, 2005) e Trevisan e Walser (2015). Quanto ao caminho metodológico, foram utilizados os sete passos preconizados por Thurston e Ramaliu (2005). 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 indivíduo (Brasil, 2011), 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 serviço (Alves et al., 2010).

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 gestão (Vieira-da-Silva, 2014).

A validação de um instrumento de avaliação da qualidade dos CEO ocorreu 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. 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 (Armstrong et al., 2019; Bellucci Júnior & Matsuda, 2012; Pereira & Alvim, 2015; Rahaghi, 2020; Scaparo, 2012).

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 resultados (Brasil, 2006b; Colussi et al., 2021). 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 serviço (Silva & Gottens, 2017). Tais limitações devem ser corrigidas não apenas com intuito avaliativo, mas também para melhor a operacionalização do serviço, e assim, dos seus resultados.

Os instrumentos de avaliação são parte integrante da prática diária da saúde ((Donabedian, 1990; 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.

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 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, 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.

5. 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 abalzar 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.

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

- Abreu, M. H. N. G., Amaral, J. H. L. D., Guimarães Zina, L., Vasconcelos, M., da Silveira Pinto, R., & Werneck, M. A. F. (2022). Role of management and human resource factors on matrix support in secondary oral health care in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 50(1), 19-26.
- Alves, C. K. A., Natal, S., Felisberto, E., & Samico, I. (2010). Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico, I. (org). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. MedBook.
- Armstrong, C., Grant, S., Kinnett, K., Denger, B., Martin, A., Coulter, I., Booth, M., & Khodyakov, D. (2019). Participant experiences with a new online modified-Delphi approach for engaging patients and caregivers in developing clinical guidelines. *Eur J Pers Cent Healthc.*, 7(3), 476-489.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (3a ed.), Edições 70.

- Bellucci Júnior, J. A. & Matsuda, L. M. (2012). Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm.*, 65(5), 751-757.
- Baratieri, T., Nicolotti, C. A., Natal, S., & Lacerda, J. T. (2019). Aplicação do estudo de avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 43(120), 240-255.
- Brasil (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2006a). *Cadernos de Atenção Básica, n. 17*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2006b). *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*.
- Brasil (2008). *Manual de especialidades em saúde bucal*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). *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*.
- Brasil (2020). *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*. <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>
- Colussi, C. F., Hellmann, F., Verdi, M., Serapioni, M., Savassi, L. C. M., Ferreira, D. D., Charneski, E. R., Massignam, F. M., Santos, L. S. D., & Baibich, M. E. S. (2021). Estudo de avaliabilidade do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância (PMQPAD). *Cad Saude Publica.*, 37(10), e00081920.
- Cortellazzi, K. L., Balbino, E. C., Guerra, L. M., Vazquez, F. D. L., Bulgareli, J. V., Ambrosano, G. M. B., Pereira, A. C., & Mialhe, F. L. (2014). Variáveis associadas ao desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.*, 17 (4), 978-988.
- Donabedian, A. (1990). Seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.*, 114 (11), 1115-1118.
- Dowrick, A. S., Wootten, A. C., Murphy, D. G., & Coetello, A. J. (2015). "We Used a Validated Questionnaire": What Does This Mean and Is It an Accurate Statement in Urologic Research? *Urology.*, 85(6), 1304-1310.
- Figueiredo, N. & Goes, P. S. A. (2009). Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Pública.*, 25 (2), 259-267.
- Goes, P. S. A., Biazevic, M. G., Celeste, R. K., & Moyses, S. (2022). Secondary dental care quality in Brazil: What we are talking about? *Community Dent Oral Epidemiol.*, 50(1), 1-3.
- Hartz, Z. M. A. (2000). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz.
- Leviton, L. C., Khan, L. K., Rog, D., Dawkins, N., & Cotton, D. (2010). Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health.* 31, 213-233.
- Lucian, R. & Dornellas, J. S. (2015). Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. *Revista de Administração Contemporânea*, (19):2, 157-177.
- Mendes, M. F. M. M., Cazarin, G., Bezerra, L. C. A., & Dubeux, L. S. (2010). Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: Samico, I. (org). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. MedBook.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14a ed.), Ed. Hucitec.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet.*, 377 (9779), 1778-97.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo).*, 25(5), 206-213.
- Pereira, R. D. M. & Alvim, N. A. T. (2015). Técnica de Delphi no diálogo com enfermeiros sobre acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Escola Anna Nery [online]*, 19(1), 174-180. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150024>
- Pinto, R. D. S., Lucas, S. D., Goes, P. S. A., Silva, S. L. D., Neves, É. S. M., Zina, L. G., & Vettore, M. V. (2022). Contextual and local determinants associated with the achievement of goals in the endodontics specialty in Brazilian dental speciality centres: A multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 50(1), 74-82.
- Portugal, E. L. A. (2018). *Desenvolvimento de um modelo para avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil: um estudo de avaliabilidade*. Dissertação (Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais.
- Pucca, G. A., Gabriel, M., de Araujo, M. E., & de Almeida, F. C. (2015). Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res.*, 94 (10), 1333-7.
- Rahaghi, F. F. Baughman, R. P., Sacketkoo, L. A., Sweiss, N. J., Barney, J. B., Birring, S. S., Costabel, U., Crouser, E. D., Drent, M., Gerke, A. K., Grutters, J. C., Hamzeh, N. Y., Huizar, I., James, IV, W. E., Kalra, S., Kullberg, S., Li, H., Lower, E. E., Maier, L. A., Mirsaedi, M., Müller-Quemheim, J., Carmona Porquera, E. M., Samavati, L., Valeyre, D., & Scholand, M. B. (2020). Delphi consensus recommendations for a treatment algorithm in pulmonary sarcoidosis. *Eur Respir Rev.*, 29(155), 190146.
- SAGE (2020). *Brasil Sorridente/Centro de Especialidades Odontológicas-CEO/Prótese Dentária*. http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage_30

- Scarpato, A. F., Laus, A. M., Azevedo, A. L. C., Freitas, M. R. I., Gabriel, C. S., & Chaves, L. D. P. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista Rene.*, 13(1), 242-251.
- Silva, B. S., Coelho, H. V., Cavalcante, R. B., Oliveira, V. C., & Guimarães, E. A. A. (2018). Evaluation study of the National Immunization Program Information System. *Rev Bras Enferm.* 71:(Suppl 1), 615-624.
- Silva, H. E. C. & Gottems, L. B. D. (2017). Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciênc. saúde coletiva.*, 22 (8), 2645-57.
- Sischo, L. & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.*, 90 (11), 1264-70.
- Smith, M. F. (2005). Evaluability assessment. In: Mathinson, S. (ed.). *Encyclopedia of evaluation*. Sage Publications.
- Thurston, W. & Ramaliu, A. (2005). A evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.*, 20 (2), 1-25.
- Thurston, W. E. & Povtin, L. (2003). Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, 9 (4), 453-64.
- Trevisan, M. (2007). Evaluability Assessment from 1986-2006. *Am J Eval.*, 28 (3), 290-303.
- Trevisan, M. S. & Walser, T. M. (2015). Evaluability assessment: improving evaluation quality and use. SAGE Publications.
- Vanderheyden, L., Verhoef, M., Scott, C., & Pain, K. (2006). 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.*, 21 (1), 63-82.
- Vieira-da-silva, L. M. (2014). *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Fiocruz.
- Wholey, J. S. (1977). Evaluability assessment. In: Rutman, L. (ed.) *Evaluation research methods: a basic guideline*. Sage Publications.