

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

BRUNO RAFAEL TEIXEIRA BALEN

**DESENVOLVIMENTO DE UM QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAR OS
FATORES QUE INTERFEREM NO CUMPRIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE BUCAL, NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA:
elaboração de itens e validação de conteúdo**

Belo Horizonte
2017

BRUNO RAFAEL TEIXEIRA BALEN

**DESENVOLVIMENTO DE UM QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAR OS
FATORES QUE INTERFEREM NO CUMPRIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE BUCAL, NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA:
elaboração de itens e validação de conteúdo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, nível Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública, da Faculdade de Odontologia da UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Colaboradora: Prof^a. Dr^a. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2017

Ficha Catalográfica

B183d Balen, Bruno Rafael Teixeira.
2017 Desenvolvimento de um questionário para identificar os
T fatores que interferem no cumprimento da Política de
Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica :
elaboração de itens e validação de conteúdo / Bruno Rafael
Teixeira Balen. -- 2017.

102 f. : il.

Orientador: João Henrique Lara do Amaral.

Coorientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck.

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

1. Integralidade em saúde. 2. Avaliação em saúde. 3.
Saúde bucal. 4. Inquéritos e questionários. I. Amaral, João
Henrique Lara do . II. Werneck, Marcos Azeredo Furquim .
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047




FOLHA DE APROVAÇÃO

Desenvolvimento de um questionário para identificar os fatores que interferem no cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica: elaboração de itens e validação de conteúdo


BRUNO RAFAEL TEIXEIRA BALEN

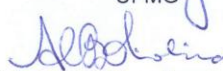
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 31 de janeiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). João Henrique Lara do Amaral - Orientador
UFMG


Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck
UFMG


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG


Prof(a). Ana Cristina Borges de Oliveira
FO-UFMG

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO BRUNO RAFAEL TEIXEIRA BALEN

Aos 31 dias de janeiro de 2017, às 14:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores João Henrique Lara do Amaral (Orientador) – FO/UFMG, Marcos Azeredo Furquim Werneck (Coorientador) – FO/UFMG, Alzira de Oliveira Jorge – Faculdade de Medicina/UFMG e Ana Cristina Borges de Oliveira – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, intitulada: **Desenvolvimento de um questionário para identificar os fatores que interferem no cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica: elaboração de itens e validação de conteúdo.** O Presidente, Prof. João Henrique Lara do Amaral abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora.

Após a exposição oral do trabalho pelo aluno e arguição pelos membros da Comissão Examinadora, o candidato foi considerado:

Aprovado


Reprovado

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2017.


Prof(a). João Henrique Lara do Amaral


Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge


Prof(a). Ana Cristina Borges de Oliveira

*Dedico a todos os Cirurgiões-dentistas que
atuam na Atenção Básica.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grato Àquele que sempre manifesta Sua presença em todas as fases da minha vida. Em especial, nesta experiência do mestrado eu pude me sentir seguro, capacitado e fortalecido ao me convencer que Ele jamais iria me desamparar. Obrigado Abba. Obrigado Deus!

À minha mãe, Luzineiva Assunção, pelo imenso amor concedido a mim. Ela, que foi testemunha ocular dos anseios e expectativas na produção deste trabalho. Compreendeu minhas renúncias e me apoiou com as mais belas palavras de encorajamento. Externo esse sentimento à minha irmã, Priscila, que se mostrava mais sonhadora do que eu pela conquista desse título e à minha prima, Andreia, que de forma tão acolhedora me recebia em sua casa durante as semanas de concentração do mestrado.

Aos orientadores, professores João Henrique e Marcos Werneck. Minhas referências profissionais. Chegar até aqui, só foi possível pela exímia orientação de vocês. Generosamente contribuíram para que eu me aprofundasse no conhecimento por meio de discussões e reflexões, principalmente. A admiração que eu já sentia no período de graduação, tornou-se ainda maior nesse período de mestrado. Pude contemplar a dedicação, inteligência e entusiasmo na realização de cada reunião. A palavra “Coragem”, dita pelo professor João após cada reunião ou por mensagem no celular ou por e-mail, passa a carregar um sentido muito especial para mim.

À professora Raquel Ferreira pelas notáveis e importantes contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas da Estratégia Saúde da Família 07 pela parceria, atenção e confiança. Como Cirurgião-dentista da Atenção Básica, eu pude refletir e valorizar os mais nobres domínios que cercam o bom funcionamento do serviço público de saúde. Muito obrigado a todos os profissionais e também a todos os pacientes do querido distrito de Santa Rita do Planalto. Iniciar minha carreira profissional neste distrito e com esta equipe foi, sem dúvida, uma das melhores escolhas.

Ao Coordenador de Saúde Bucal de Itanhém-Bahia, Gerlei Botelho, por não medir esforços para me ajudar, no que fosse possível, desde o início desta trajetória. Um ser humano ético, responsável, generoso e de um caráter formidável. Muito obrigado chefe e amigo!

À Coordenadora de Saúde Bucal do Núcleo Regional de Saúde do Extremo Sul da Bahia, Canuta Nádia de Oliveira, por todas as contribuições para que esse trabalho fosse conduzido da melhor forma possível, em especial, na fase de coleta de dados. Uma parceria com fins acadêmicos que levou a uma bela amizade.

Por fim, a minha caminhada foi menos árdua e mais prazerosa porque me mantive cercado de amigos dos quais partilhei momentos de muita alegria e que também, compreenderam meus desafios acadêmicos seguidos de renúncias a tantos convites. Independente do quão distante ou perto, estão sempre guardados no peito, e com certeza, felizes por mais uma conquista. Obrigado colegas do mestrado (Turma dos 10), Juventude Wesleyana, Jeferson Pacheco, Iago Sousa, Izaque Alves, Vinícius Ferreira, Esdras Guedes, Thiago Rodrigo, Isabela Rezende e Camila Reis.

A reflexão é um ato na emoção no qual se abandona uma certeza e se admite que o que se pensa, o que se tem, o que se deseja, o que se opina ou o que se faz pode ser olhado, analisado, e aceito ou rejeitado como resultado desse olhar reflexivo.

Humberto Maturana

RESUMO

Na execução das políticas de saúde, a avaliação permite a identificação de situações problema e suas causas. O estudo descreveu o desenvolvimento e a validação de conteúdo de questionário para avaliação da execução da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), na percepção dos cirurgiões dentistas, na Atenção Básica. Neste trabalho a integralidade se apresenta com um princípio transversal e integrador para a formulação das políticas de saúde. Foram definidas como dimensões para avaliação da PNSB: o acesso/acolhimento e atendimento, infraestrutura, processo de trabalho, gestão participativa e apoio institucional, participação social. As etapas para definição dos itens do questionário foram: delimitação do modelo teórico, levantamento sobre a realidade da atenção à saúde bucal na Atenção Básica (grupos focais com cirurgiões dentistas e gestores) e validação de conteúdo por Experts (professores pesquisadores, gestores e cirurgiões dentistas) no que tange à avaliação qualitativa do questionário em relação à repetição, clareza ou ambiguidade dos itens e sugestões de redação. Foram necessárias três rodadas de validação de conteúdo resultando 38 itens com nível satisfatório de compreensão, sendo a versão final do questionário considerada válida para avaliar a execução da PNSB.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde, Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

When performing health policies, evaluation allows identifying problematic situations and their causes. This study described the development and validity of the questionnaire content to assess the National Policy of Oral Health (NPOH) performance from the point of view of dental surgeons in Primary Care. In this paper, comprehensiveness presents itself as a transversal and integrating principle to the formulation of health policies. To evaluate the NPOH, the access/patient welcoming and attending, infrastructure, work process, participative management and institutional support, social participation were defined as assessment dimensions. The stages for defining the questionnaire items were: delimitation of the theoretical model, survey about the reality regarding oral health services in Primary Care (focal groups with dental surgeons and managers) and content validation by experts (research professors, managers and dental surgeons) concerning the questionnaire qualitative evaluation about repetition, items clarity and ambiguity and editing suggestions. It was necessary to have three rounds of content validation resulting in 38 items with a satisfactory comprehension level, and therefore the questionnaire final version was valid to evaluate the performance of NPOH.

Key words: Integrality in Health, Health Evaluation, Oral Health, Surveys and Questionnaires.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Região do Extremo Sul do Estado da Bahia e Municípios.....	26
FIGURA 2:	Fluxograma referente às etapas de elaboração do questionário e de validação de conteúdo.	30

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1: Número de Cirurgiões dentistas atuando no SUS, na Atenção Básica, nos municípios do Extremo Sul da Bahia.....28
- QUADRO 2: Modelo teórico do estudo - dimensões e referencial teórico31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
NRS	Núcleo Regional de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQab	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQceo	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3	OBJETIVOS	25
	3.1 Objetivo geral.....	25
	3.2 Objetivo específico.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
	4.1 Tipo de estudo	26
	4.2 Contexto do estudo.....	26
	4.3 Aspectos éticos do trabalho.....	28
	4.4 Fases da elaboração do questionário.....	29
	4.4.1 Definição do Modelo Teórico	30
	4.4.2 Grupos focais com Gestores de Saúde Bucal e Cirurgiões Dentistas.....	32
	4.4.3 Elaboração inicial dos itens do questionário	33
	4.4.4 Validação de conteúdo - primeira rodada	34
	4.4.5 Validação de conteúdo - rodadas subsequentes	35
5	RESULTADOS	37
	5.1 Artigo científico	37
	5.2 Produto técnico	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – Anuência do Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul da Bahia.....	79
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
	APÊNDICE C - Primeira Versão do Questionário	82
	APÊNDICE D - Texto Explicativo para o Comitê de Experts (Segunda Rodada).....	91
	APÊNDICE E - Modelo Teórico.....	93
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	94
	ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo.....	95
	ANEXO C - Normas de publicação da revista Ciência e Saúde Coletiva.....	96

1 INTRODUÇÃO

O último levantamento epidemiológico de saúde bucal do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), revelou o declínio da prevalência de cárie dentária na população de 12 anos, bem como a redução da necessidade de próteses nos adolescentes e adultos. Contudo, ainda persistem as desigualdades regionais, com índices epidemiológicos preocupantes quanto à saúde bucal de crianças de cinco anos e à necessidade de ampliar a oferta da reabilitação protética para idosos (BRASIL, 2011a).

Com a intenção de enfrentar estes desafios, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de criação de uma política específica para o setor de saúde bucal, que foi aprovada em fevereiro de 2004 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob a forma de Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), e recebeu o nome fantasia de “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004a). A PNSB foi concebida como a política do Sistema Único de Saúde (SUS) para a saúde bucal, incorporando todos os seus princípios, em especial, os princípios da universalidade, da equidade e da Integralidade (BRASIL, 1990a).

O Brasil Sorridente valoriza a promoção da qualidade de vida e intervenções em fatores que colocam em risco a saúde bucal. Dessa forma, propõe a superação de ações centradas exclusivamente na assistência aos doentes, estabelece como meta a melhoria do sistema de atenção à saúde de forma global, a orientação do cuidado centrado nas necessidades da população, a superação das desigualdades na saúde, a reorganização da assistência e qualificação dos serviços (MOYSÉS, 2012). Amplia o conceito de saúde, articula a abordagem individual com a coletiva, a promoção e prevenção com o tratamento e recuperação da saúde, sem negligenciar o atendimento de urgência. (BRASIL, 2004a).

No âmbito das Políticas de Saúde no Brasil, de forma consonante, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) buscam a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde considerando seus determinantes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a mudança do modelo de atenção à

saúde coerente com os princípios do SUS, favorecendo a consolidação e a qualificação da Atenção Básica e uma maior resolutividade com impacto positivo das ações de saúde na vida das pessoas e comunidades (BRASIL, 2011b). O quadro das Políticas de Saúde no Brasil apresenta-se complexo onde emergem as iniciativas governamentais na forma de princípios, diretrizes e dispositivos no sentido de alcançar a consecução do direito constitucional à saúde. Toda proposta política na área da saúde é uma carta de princípios com diretrizes para sua implantação, com implicações no que tange ao seu financiamento e está sujeita à contradições. No Brasil, a implantação de uma política de saúde terá uma face em cada lugar como resultado das dificuldades, das potências, dos limites e das especificidades locais. Entre elas, as necessidades/problemas de saúde, as dificuldades para a divulgação e acesso, a organização do trabalho, os vínculos, além de outras questões como cultura, clima, distâncias, acessibilidade, recursos, condições políticas. Esses são desafios que se colocam, a todo momento, para gestores, trabalhadores e usuários.

A nova PNSB não está isenta dessas contradições e desde a sua implantação tem experimentado avanços e situações que fogem à orientação da política. Nos serviços de saúde bucal, os incentivos financeiros para inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF permitiram uma melhoria da infraestrutura dos serviços e a ampliação do atendimento a partir do ano 2000 (FRAZÃO, 2009). Com o “Brasil Sorridente”, houve uma ampliação desse movimento e dos serviços de atenção secundária, historicamente residual até 2004. Um avanço significativo da PNSB foi a consolidação da prática dos levantamentos epidemiológicos na forma de uma Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil (NARVAI, 2011). Foram ainda registrados avanços incipientes em ações de caráter educativo para a comunidade, de educação permanente para as ESB e em projetos de criação do vínculo com responsabilização em relação à população (SCHERER; SCHERER, 2015).

No âmbito da PNSB, o perfil das ações previstas no trabalho da ESF permite uma maior aproximação das ESB em relação ao paciente. Da mesma forma, no que tange à organização do acesso e do cuidado (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Apesar disso, os profissionais continuam centrados no atendimento clínico. Não há um real redirecionamento do modelo, o que impede o alcance dos atributos da atenção

primária (MACINKO *et al.*, 2004). Quanto às ações educativas, os profissionais da ESB parecem despreparados, assumindo posturas autoritárias (ANDRADE; FERREIRA, 2006). Um estudo realizado nos municípios de um Departamento Regional de Saúde de São Paulo (DRS III) revelou que ainda há resquícios do Modelo Incremental assumido nas décadas de 1950/80. As ações estão restritas a realização de palestras e aplicações tópicas de flúor nas escolas e comunidade. Nesse movimento são priorizadas as populações materno-infantil e escolar (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Apesar dos princípios do SUS, da PNSB, PNAB, PNPS e ESF, o modelo de atenção em saúde bucal não mudou muito, principalmente na Atenção Básica. Quando acontecem, as mudanças se dão de forma pontual e, portanto, não ganham a generalização nem a notoriedade que se almeja (MATTOS, 2004a). Esses limites também podem ser observados durante a formação profissional, nas interfaces entre universidade e os serviços de saúde. O grande desafio que se coloca é como avançar na mudança do modelo assistencial na direção da garantia da assistência com qualidade na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade, no trabalho em equipe e na ação intersetorial. É fundamental que a Equipe de Saúde assimile o ideário da ESF como uma prática inovadora e reorganizada das ações de saúde, com resgate do conceito ampliado de saúde e das relações entre os membros da equipe (COSTA *et al.*, 2009; SENNA; COHEN, 2002). Entretanto, não basta que o profissional tenha um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário, se não são oferecidas condições de acesso aos cuidados integrais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A PNSB assume a integralidade como um direito a ser conquistado e para isto propõe a reorganização das ações e serviços articulando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como utilização das informações relativas à epidemiologia e ao território como forma de subsidiar os processos de planejamento e avaliação. Aponta também, para a consecução da integralidade e a construção da consciência sanitária como forma de desenvolvimento do controle social (BRASIL, 2004a).

Na área da saúde, a avaliação dos serviços permite a identificação de situações problema cujo enfrentamento deve ser assumido por toda a equipe

(CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação configura-se como uma etapa importante na organização das ações de saúde se consideradas as necessidades da população. Tradicionalmente, a avaliação dos serviços de saúde é orientada pelo volume de procedimentos oferecidos. Mais recentemente, observa-se a valorização de processos de avaliação em saúde de caráter multidimensional que não se esgotam na contabilidade da oferta de serviços (SILVA *et al.*, 2011).

Avaliar significa fixar um valor mediante o qual se compara aquilo que se quer avaliar com um determinado padrão (COHEN; FRANCO, 1988). Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas ou ser elaborado com base em procedimento científico. A avaliação pode ser externa, caso seja conduzida por uma equipe que não faz parte da organização ou interna, se realizada pela própria organização (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008).

Recentemente, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na atenção básica (PMAQ-ab), foi realizada a avaliação da atenção básica em saúde considerando sua infraestrutura física e o processo de trabalho, incluindo aspectos da atenção à saúde bucal (BRASIL, 2012a). No campo da Atenção Odontológica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-ceo), que se encontra em fase de desenvolvimento, avalia a estrutura dos serviços, o processo de trabalho, o modelo assistencial, as práticas de planejamento e avaliação, o acesso e como acontece o apoio institucional (BRASIL, 2013).

No que tange ao impacto da PNSB e de outras ações no campo da saúde podem ser utilizados como indicadores de avaliação os dados fornecidos pelos levantamentos epidemiológicos - SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010 que permitem registrar regiões do país ou grupos específicos que tem alcançado uma melhoria, manutenção ou piora nos níveis de saúde bucal (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011a).

Kusma, Moysés e Moysés (2012), propuseram um método de avaliação das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção básica por meio de uma matriz de descritores, tendo como referência os pilares e valores da promoção da saúde.

Ao propor uma avaliação dos serviços de saúde bucal é importante considerar a opinião dos trabalhadores, uma vez que são eles os sujeitos diretamente implicados

com as ações de saúde. Esses profissionais lidam diretamente com as dificuldades e condições favoráveis na execução da política (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Nesse sentido, o cirurgião dentista (CD) é convidado a ser protagonista na avaliação das condições de trabalho, da qualidade do cuidado e do envolvimento profissional na gestão, planejamento e avaliação dos serviços.

Processos avaliativos que considerem a participação do CD ainda são raros, o que pode interferir negativamente na motivação para o trabalho, compromisso, pertencimento e vontade do profissional. Essa condição pode interferir no alcance das metas propostas pelo serviço. A inclusão da autoavaliação na Equipe de Saúde Bucal favorece a identificação de problemas e a busca de soluções em benefício de um processo de trabalho mais prazeroso e com retorno para a população.

Diante dos desafios colocados para as Políticas de Saúde no Brasil, para a PNSB e objetivando fortalecer os processos de avaliação dos serviços de saúde bucal com a participação da equipe, este estudo objetivou desenvolver um questionário para identificar, na percepção dos CD, quais são os fatores que interferem na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, na Atenção Básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Integralidade é um termo polissêmico que, em geral, aplica-se às situações desejáveis na atenção à saúde. Dizer que uma ação em saúde deve pautar-se pela Integralidade é pouco se não procurarmos identificar elementos que indiquem a presença dessa dimensão nas ações de cuidado. Também é arriscado procurar de imediato definir o que seja a Integralidade porque pode-se engessá-la em um reducionismo e assim limitar sua abrangência. Um elemento que parece ser comum aos diversos sentidos da Integralidade é justamente a recusa ao reducionismo (MATTOS, 2004b).

No Brasil, o princípio da Integralidade em saúde tornou-se mais presente no início da década de 80 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (MATTOS, 2001). O debate sobre modelos de atenção orientados pela Integralidade surge da crítica aos programas de caráter vertical e na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Segundo Paim (2012), a Movimento da Reforma Sanitária concebeu a Integralidade em quatro perspectivas:

1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social, mediante ação intersetorial (p. 466).

Para Mattos (2001), a Integralidade, além de ser um dos princípios do SUS é uma “bandeira de luta”, ou enunciado de características e ações desejáveis na área da saúde pública. No esforço de colocar em debate o tema, o autor enumerou três sentidos para a Integralidade. O primeiro, no campo da Medicina Integral e em relação aos profissionais de saúde, enquanto um valor orientador da postura frente ao paciente. Faz-se necessário impedir a redução do paciente a um sistema biológico e é desejável que as respostas às necessidades de saúde sejam

acompanhadas de uma ação preventiva que não se reduza a oportunidade de expansão do consumo de bens e serviços. O segundo, na organização das ações de saúde, onde se espera a disposição da equipe para a reorganização contínua do processo de trabalho de forma a responder às demandas da população. Nesse sentido, é necessário um diálogo entre a demanda espontânea e as ações programadas com o propósito de responder às necessidades de saúde da comunidade. O terceiro, refere-se às políticas especiais para situações de saúde específicas de forma a não permitir a objetivação e o recorte dos sujeitos dos seus contextos diminuindo o risco de desconsiderar parte das dimensões implicadas na situação problema.

Para Cecílio (2001), a Integralidade pode ser analisada considerando as necessidades de saúde de muitas ordens como, uma resposta às más condições de vida, aproximação efetiva com a Equipe de Saúde ou acesso a tecnologias na saúde, entre outras. O esforço da equipe seria traduzir e atender a essas necessidades. A esse movimento de resposta o autor denomina “Integralidade focalizada”. Pode-se pensar também em uma “Integralidade ampliada” quando o espaço singular do serviço não atende de forma completa às necessidades de saúde. Exige-se, nesses casos, o trânsito em uma rede de cuidados de saúde ou em outras redes de serviços.

A integralidade se apresenta com um princípio transversal e integrador para a formulação das políticas públicas de saúde e mobilização dos atores sociais implicados com essas políticas. Desta forma, as ações e serviços de saúde devem buscar a integralidade na organização do processo de trabalho dos profissionais e suas equipes, na concepção do acesso que considere a demanda organizada, na demanda espontânea como expressões das necessidades e anseios da comunidade e nos processos de participação social. De acordo com Mattos (2001)

[...] a integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos (p.62-63).

Buscar a integralidade implica o reconhecimento e o compromisso com o princípio constitucional do direito à saúde (MATTOS, 2001).

Como condição para o alcance da Integralidade em saúde, a organização dos serviços compreende uma articulação entre o trabalho, as tecnologias e a infraestrutura. São sujeitos nesse processo gestores, trabalhadores da saúde e a comunidade. Dos serviços de saúde espera-se a capacidade de responderem de forma integral às necessidades de saúde da população. Cabe ao profissional incluir em sua rotina a busca sistemática das necessidades mais silenciosas e menos relacionadas à experiência individual de sofrimento. A adoção do trabalho coletivo permite oferecer, para além das demandas apontadas pela população, atividades voltadas para a prevenção, a identificação das necessidades de saúde e o planejamento das melhores ações para situações comuns e específicas no território (MATTOS, 2004a).

A Integralidade também aponta para o uso de tecnologias leves como o acolhimento onde acontece a comunicação entre a Equipe de Saúde e o usuário. Pela escuta é possível oferecer respostas adequadas às demandas que se apresentam na Unidade (SANTOS; ASSIS, 2006; MATTOS, 2004a; CAMPOS, 2003). O ideário do acolhimento se referencia na Integralidade sendo o espaço apropriado para promover e estimular reflexões e ações de humanização dos serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Promover a Integralidade no SUS é reconhecer a dimensão intersubjetiva das práticas em saúde, nas quais os profissionais interagem com sujeitos e não com objetos (MATTOS, 2004a; CECCIM; FEURWERKER, 2004). A dinâmica do acolhimento implica, para os profissionais de saúde, reconhecer que o usuário, com formas e graus variados, também define qual a sua necessidade em saúde. Cabe à equipe ouvir, problematizar e reconhecer como legítima a demanda apresentada. Há situações de coincidência entre a demanda e o parecer técnico-profissional. Entretanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão com o objetivo de minimizar possíveis ruídos (BRASIL, 2012b). O profissional orientado pela Integralidade está aberto a desenvolver a sensibilidade de identificar a cada consulta as necessidades preventivas e assistenciais do usuário (MATTOS, 2004a). Segundo Conill (2004), não se deve desconsiderar a premissa da prevenção no cuidado à saúde.

O sistema de saúde deve oferecer nos níveis primário, secundário e terciário uma infraestrutura de serviços adequada, com pessoal e tecnologias apropriadas, para o atendimento dos agravos à saúde. Além disso, é fundamental que haja uma articulação entre eles. Indivíduos e comunidade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano, associado às possibilidades de se promover, prevenir e restaurar a saúde com a oferta da reabilitação (CAMPOS, 2003). O modelo integral deve oferecer ações inespecíficas de promoção da saúde para grupos populacionais definidos, assim como ações específicas que considerem dados epidemiológicos, vigilância ambiental e sanitária dirigidas ao controle de riscos e danos, em tempo e local apropriados (TEIXEIRA, 2011).

A Integralidade pode ser vista como objetivo a ser alcançado, valor a ser sustentado e defendido como uma dimensão das práticas de cuidado e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (MATTOS, 2001). Nesse sentido, apresenta-se como desafio para o alcance da Integralidade a forma como o trabalho está estruturado nos estabelecimentos de saúde. A verticalidade das ações e o parcelamento das práticas profissionais impedem o cuidado integral (CAMPOS, 2003). A mudança deve acontecer na organização do processo de trabalho para desenhos horizontais e pelo compartilhamento de saberes de forma colaborativa. O entendimento das práticas como localizadas nos domínios do campo e núcleo da atividade profissional pode facilitar esse processo.

Uma das aplicações da Integralidade se refere à abrangência de respostas dos serviços aos problemas de saúde, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (MATTOS, 2004a). O desenho e aplicação de modelos com essa natureza exigem uma combinação de saberes e de técnicas profissionais pactuadas na equipe e executadas de forma horizontal. Na Equipe de Saúde Bucal, o processo de trabalho deve incluir não só a troca de conhecimento e a articulação técnica em situações pontuais, mas o planejamento, execução e avaliação coletiva das ações (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Segundo Campos (2000), a gestão participativa em saúde é um instrumento que pode levar à mudança nos modos de gerir e nas práticas, contribuindo para tornar as ações mais efetivas e motivadoras no trabalho das equipes. Os espaços coletivos

são arranjos concretos de tempo e lugar, onde é feita análise dos problemas e se tomam decisões.

A gestão participativa ou cogestão reúne características como a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores, a formação de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão compreendidos na proposta de “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2009, p. 3).

A discussão do processo de gestão deve ter seu foco nas práticas cotidianas dos serviços. São preocupações atuais para os gestores a fragmentação do trabalho, a qualidade da atenção, a burocratização, a fragilidade dos vínculos entre os trabalhadores e usuários, a separação entre os sujeitos que executam as ações e aqueles gestores das instituições, a fragilidade do trabalho em equipe e das ações interdisciplinares. Esse quadro mostra a necessidade de se buscar novas formas de gerenciar os serviços superando práticas que reduzem o trabalhador a executor das decisões de gestores e instituições (CARVALHO; CUNHA, 2012).

Processos educativos de compartilhamento de informações e de participação política possibilitam a ação da comunidade sobre os determinantes em saúde (BUSS, 2000; WALLERSTEIN, 2006). Em certa medida, a capacidade de escolha e decisão das comunidades sobre a própria vida dá consequência ao que prevê a Lei 8142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS conferindo legitimidade aos interesses da população pelo exercício do controle social (BRASIL, 1990b). Estão previstos na legislação brasileira espaços de representação da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde. Em alguns municípios também, em Conselhos Locais de Saúde que se organizam por áreas de abrangência dos serviços de saúde. As Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde convergem no sentido de pautar e orientar as decisões dos gestores em relação à saúde para a população.

O processo de municipalização da saúde permitiu um avanço importante na superação do modelo de atenção centrado no diagnóstico e nos procedimentos clínicos. Na municipalização, houve envolvimento das comunidades e movimentos sociais e a atenção básica passou a ser mais discutida e priorizada pela gestão

(CAMPOS, 2003). Ao perceber a Integralidade na saúde como um direito a ser conquistado, a comunidade pode participar do desenvolvimento de uma consciência sanitária pelo exercício do controle social sobre o serviço público na saúde bucal (BRASIL, 2004a).

A Equipe de Saúde, ao assumir o princípio da Integralidade como orientador do processo de trabalho, pode se tornar mais sensível para perceber e absorver as novas demandas de saúde que emergem da comunidade. Isso só será possível se forem consideradas as condições sócias, culturais e políticas da população e as diferentes percepções que ela possa ter em relação à saúde (MATTOS, 2001).

3 OBJETIVOS

3.1 *Objetivo geral*

Desenvolver um questionário para identificar os fatores que interferem no cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica, na percepção dos cirurgiões dentistas.

3.2 *Objetivo específico*

Identificar na percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da microrregião Extremo Sul da Bahia e dos Cirurgiões dentistas, os problemas, desafios e dificuldades para o cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal na Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo teórico metodológico de construção e validação de conteúdo de um questionário. Com o questionário pretende-se identificar quais os fatores que interferem na implantação da PNSB na Atenção Básica por meio de questões a serem respondidas por CD, trabalhadores do SUS.

4.2 Contexto do estudo

Este trabalho foi desenvolvido no município de Itanhém, localizado na região do Extremo Sul do Estado da Bahia, por conveniência para a coleta de dados. Além de Itanhém, a região é composta por mais 20 municípios: Alcobaça, Belmonte, Caravelas, Eunápolis, Guaratinga, Ibirapuã, Itabela, Itagimirim, Itamaraju, Itapebi, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Santa Cruz Cabrália, Teixeira de Freitas e Vereda. A Figura 1 mostra a localização da Região do Extremo Sul em relação ao Estado da Bahia e Brasil.

FIGURA 1: Região do Extremo Sul do Estado da Bahia e Municípios.



Fonte: <http://www.a-bahia.com/diretorio/index.php?cat_id=23>.

O Extremo Sul do Estado da Bahia, quanto à população, acolhe imigrantes do próprio Estado, de outras regiões do Brasil e de diversas nacionalidades. Contribuem de forma significativa nesse movimento os Estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Conseqüentemente, também na economia acontece a influência desses estados, principalmente em relação ao extrativismo vegetal e à pecuária. Considera-se que o Extremo Sul da Bahia nunca foi uma área de desenvolvimento para aquele estado, mas uma extensão de atividades econômicas próprias da Região Sudeste. Muito em função dessa conjuntura econômica e demográfica, e embora seja uma das áreas do território nacional com processo de povoamento mais antigo, a região não conseguiu desenvolver uma cultura que lhe caracterizasse (CERQUEIRA NETO, 2012).

No que se refere ao extrativismo vegetal, na década de 80, com o incentivo do governo federal para o plantio de eucalipto, surgem na região as primeiras iniciativas de produção de papel e celulose. Naquele momento, o Extremo Sul da Bahia reuniu condições favoráveis a essa atividade como o clima, extensão territorial, mão de obra disponível e meios de escoamento da produção. Com o desenvolvimento da silvicultura, embora se tenha observado um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) total e *per capita* dos municípios produtores, não se verificou um crescimento compatível dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). A implantação dessa atividade trouxe, como conseqüências, uma concentração da propriedade da terra, a diminuição de postos de emprego no campo e do trabalho familiar. O resultado foi um forte êxodo rural, urbanização e a busca de oportunidades de trabalho nas cidades (ALMEIDA, 2008).

Até o final de 2014, os 21 municípios do Extremo Sul da Bahia estavam distribuídos, na estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em duas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Atualmente, em substituição às DIRES foram criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) com o objetivo de tornar mais eficientes os serviços, fortalecendo a articulação entre os municípios e a gestão estadual do SUS. Nessa estrutura, cabe ao Estado a função de articulador das ações. Com o progressivo amadurecimento do processo de municipalização da saúde no Estado tornou-se desnecessária a atuação do poder estadual na forma

como era organizado por meio das Dires (BAHIA, 2014; BAHIA 2015a; BAHIA 2015b). O Quadro 1 apresenta o número de Cirurgiões dentistas atuando no SUS, na Atenção Básica, nos municípios do Extremo Sul da Bahia.

QUADRO 1: Número de Cirurgiões dentistas atuando no SUS, na Atenção Básica, nos municípios do Extremo Sul da Bahia.

Município	Número de Cirurgiões dentistas
Alcobaça	3
Belmonte	4
Caravelas	8
Eunápolis	12
Guaratinga	3
Ibirapuã	-
Itabela	4
Itagimirim	3
Itamarajú	1
Itanhém	6
Itapebi	3
Jucuruçu	1
Lajedão	2
Medeiros Neto	3
Mucuri	9
Nova Viçosa	9
Porto Seguro	21
Prado	8
Santa Cruz Cabrália	9
Teixeira de Freitas	24
Vereda	2
Total	135

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2016 DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Número de cirurgiões dentistas por municípios do Extremo Sul da Bahia, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02ba.def>>.

Participaram do processo de elaboração dos itens do questionário, sete CD e seis gestores públicos dos serviços de saúde bucal desses municípios.

4.3 Aspectos éticos do trabalho

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo parecer favorável n. 56289416.6.0000.5149 (ANEXO A). A anuência para a realização do estudo pelo NRS do Extremo Sul da Bahia foi concedida em abril de 2016 (APÊNDICE A). Os sujeitos participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). De acordo com a Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde foi garantida aos sujeitos a

liberdade de recusar participar, a qualquer momento, do desenvolvimento do trabalho, assim como o sigilo em relação às informações prestadas.

4.4 Fases da elaboração do questionário

Na elaboração de um questionário, deve-se observar como características necessárias a esse instrumento: a simplicidade, a objetividade e a sensibilidade. Além disso, o instrumento deve ser reproduzível, de baixo custo e coerente para aqueles que respondem às questões e para os responsáveis pela utilização dos dados. A elaboração de um instrumento de medida deve cumprir as etapas de definição de uma base conceitual, elaboração de itens, validação de conteúdo, análise da confiabilidade do instrumento e da sua validade (LEÃO; OLIVEIRA, 2005; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

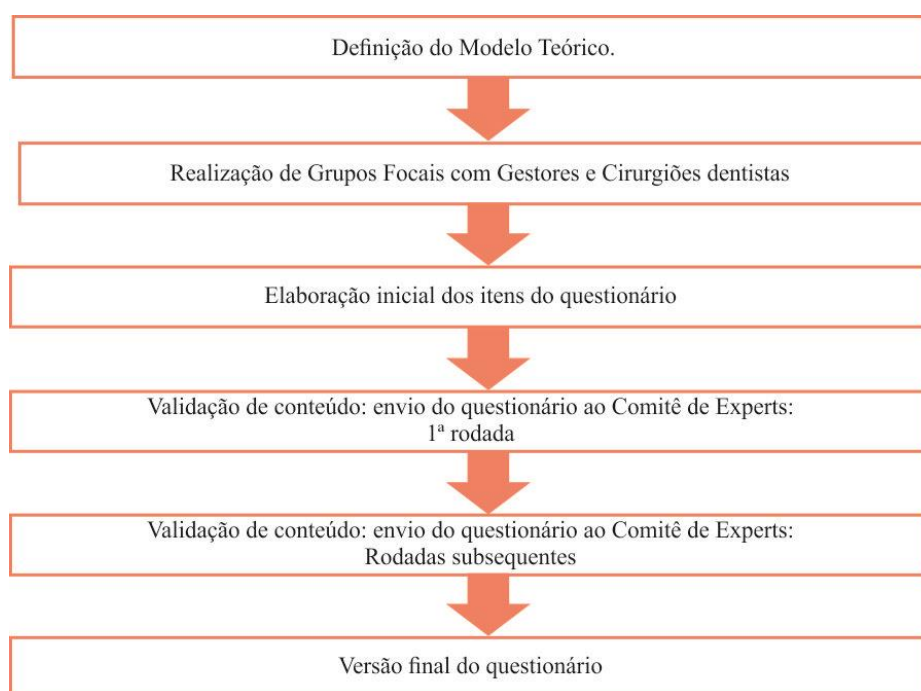
Nesse estudo foi desenvolvida a etapa de elaboração dos itens do questionário e de validação do seu conteúdo. A validação de conteúdo tem como objetivo verificar se o domínio que se pretende estudar foi contemplado pelos itens, se as questões estão claras, objetivas e não carregadas de ambiguidades (LEÃO; OLIVEIRA, 2005; FITZNER, 2007). Nessa etapa foi feita uma associação entre a abordagem teórica do objeto de estudo e as informações mensuráveis a serem captadas pelo questionário. Essa é uma etapa fundamental para o trabalho (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003), recomendando-se no processo a utilização de métodos qualitativos e quantitativos (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

Participou da validação de conteúdo um comitê composto por 15 *Experts*, considerando a recomendação de um mínimo de 5 sem um limite para o número máximo (LYNN, 1986). Atuaram no comitê professores do ensino de graduação em Odontologia, pesquisadores com expertise na área da saúde coletiva, políticas de saúde, planejamento e avaliação em serviços de saúde e gestão pública em saúde. Além destes, gestores municipais e estaduais da área Odontológica e profissionais CD vinculados à Atenção Básica e à ESF. Os Gestores são da esfera Estadual (Minas Gerais e Bahia) e Municipal (Belo Horizonte e Municípios da Região do Extremo Sul da Bahia). Os CD atuam no Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais e Municípios da Região do Extremo Sul da Bahia. Os membros do comitê são profissionais com conhecimento e experiência em relação ao tema e

objetivo do trabalho (DAVIS, 1992). Ao comitê foram solicitadas três avaliações de diferentes versões do questionário quando foi indicada a necessidade de consulta aos objetivos do estudo e referencial teórico.

As etapas de elaboração dos itens do questionário e da validação de conteúdo estão apresentadas na forma de um fluxograma na Figura 2.

FIGURA 2: Fluxograma referente às etapas de elaboração do questionário e de validação de conteúdo.



Nota: Metodologia do estudo.

4.4.1 Definição do Modelo Teórico

A elaboração dos itens do questionário foi fundamentada no princípio da Integralidade em Saúde que somado à Universalidade, à Equidade, Participação Comunitária e Descentralização político-administrativa compõem o conjunto dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a). De forma coerente aos princípios do SUS, a PNSB tem a Integralidade como um dos seus pressupostos (BRASIL, 2004a).

Considerando o princípio da Integralidade, foram definidas para este estudo cinco dimensões que, atendidas, apontariam para a consecução da Integralidade na atenção à saúde bucal: Acesso/Acolhimento e Atendimento; Infraestrutura; Processo de Trabalho; Gestão Participativa e Apoio Institucional; Participação Social.

O Quadro 2 apresenta as cinco dimensões considerando o suporte teórico trazido pelas Políticas de Saúde no Brasil e a produção científica na área.

QUADRO 2: Modelo teórico do estudo - dimensões e referencial teórico

MODELO TEÓRICO	
Dimensões da Integralidade: Acesso/Acolhimento e Atendimento - Infraestrutura - Processo de Trabalho - Gestão Participativa e Apoio Institucional - Participação Social	
Dimensões	Referencial Teórico
Acesso/Acolhimento e Atendimento	Pressuposto da PNSB: “Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.” (BRASIL, 2004a, p. 4). “A equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.” (BRASIL, 2004a, p. 6).
Infraestrutura - Participação Social	“Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.” (BRASIL, 2004a, p. 3).
Participação Social	“O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.” (BRASIL, 2004a, p. 3).
Acesso/Acolhimento e Atendimento - Infraestrutura - Gestão Participativa e Apoio Institucional	“A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (Atenção/Cuidado).” (MENDES, 2009, p. 869).
Acesso/Acolhimento e Atendimento - Infraestrutura - Processo de Trabalho - Gestão Participativa e Apoio Institucional - Participação Social	“As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (LAVRAS, 2011, p. 872).

MODELO TEÓRICO	
Dimensões da Integralidade: Acesso/Acolhimento e Atendimento - Infraestrutura - Processo de Trabalho - Gestão Participativa e Apoio Institucional - Participação Social	
Dimensões	Referencial Teórico
Acesso/Acolhimento e Atendimento - Infraestrutura - Processo de Trabalho - Gestão Participativa e Apoio Institucional	<p>“No que diz respeito à APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial.” (LAVRAS, 2011, p. 872).</p> <p>“[...] A Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (PAIM; SILVA, 2010, p. 4)</p> <p>A Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL 1990a, art. 7, inc. II).</p> <p>“No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.” (PAIM; SILVA, 2010, p. 4).</p> <p>“A prática integral organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades.” (PAIM; SILVA, 2010, p. 5).</p>

Fonte: referencial teórico

4.4.2 Grupos focais com Gestores de Saúde Bucal e Cirurgiões Dentistas

A elaboração do questionário teve como referência, além das dimensões apresentadas na Figura 2, dados da realidade da atenção à saúde bucal nos municípios da região do Extremo Sul da Bahia. Essas informações foram trazidas pelos CD, com atuação na Atenção Básica e pelos Gestores municipais dos serviços de saúde bucal.

Os grupos focais aconteceram no Município de Teixeira de Freitas (BA), na sede do NRS do Extremo Sul da Bahia. No dia 9 de agosto de 2016 participaram a Coordenadora do NRS e Coordenadores de Saúde Bucal de quatro municípios da região. No dia 7 de outubro de 2016 com sete CD de municípios da mesma região. Os grupos tiveram a duração, respectivamente, de 88 e 90 minutos. O critério de definição dos participantes foi de conveniência no sentido de garantir a presença. Foi levada em consideração a distância dos municípios em relação à Teixeira de Freitas, histórico de participação em reuniões anteriores e a disponibilidade de transporte. Foram definidos e listados alguns temas a serem apresentados e

discutidos com os participantes dos grupos. Em função da área de atuação dos profissionais, alguns temas foram específicos para os Gestores e outros para os CD. As temáticas dos grupos focais foram divididas em quatro tópicos: organização da demanda pelo tratamento odontológico, modelo assistencial, processo de trabalho e participação social. Para cada tópico foram listados subtemas. Nos grupos, o roteiro favoreceu ao moderador trazer para o debate a abordagem dos temas de interesse para o processo de construção do questionário. O conteúdo das falas foi gravado em áudio, transcrito e as informações analisadas pelo grupo de pesquisa.

A grande vantagem do grupo focal é a oportunidade de observar a interatividade de informações acerca de um tema em um determinado período de tempo, oferecendo ao pesquisador uma variedade de informações, sentimentos e representações (CHIESA; CIAMPONE, 1999; ALZAGA, 1998; NERY, 1997; CANALES; PEINADO, 1995). A técnica do grupo focal permite a revelação de significados sob a ótica do participante na medida em que expõe sua opinião sobre determinado assunto (RESSEL *et al*, 2008). Não se busca um consenso, mas sim a pluralidade de ideias (MORGAN, 1997; KIND, 2004). A interação grupal produz dados e *insights* que dificilmente seriam adquiridos fora do grupo (KIND, 2004).

4.4.3 Elaboração inicial dos itens do questionário

Na elaboração inicial dos itens do questionário o Modelo Teórico foi cotejado pelas informações trazidas pelos grupos focais. Na primeira versão foram incluídas questões para caracterizar o CD respondente e um item para registro da data em que o questionário seria preenchido (APÊNDICE C). Esses itens compuseram o primeiro bloco de questões. Nesse bloco as perguntas admitiam respostas abertas e/ou estruturadas. O segundo bloco de questões atendeu ao objetivo do estudo e o Marco Teórico. Na elaboração das questões do segundo bloco utilizou-se como opção de resposta uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas: *Sempre*; *Quase sempre*; *Às vezes*; *Raramente*; *Nunca*. Para algumas questões foi incluída a opção *Não se aplica* ou *Não sei*. Em um menor número de itens, *Sim*; *Não*, em substituição à escala.

Na elaboração das questões foram observados os critérios propostos por Blais e Durand (2004): precisão (correspondência dos termos com o que se pretende

registrar como resposta e familiaridade com os mesmos, por parte dos respondentes), pertinência (itens realmente apropriados e aplicáveis àqueles que respondem ao questionário) e neutralidade (no sentido de revelar efetivamente o que o respondente faz em relação ao que lhe foi perguntado e não o que os pesquisadores desejariam que fizesse).

4.4.4 Validação de conteúdo - primeira rodada

O questionário foi disponibilizado para o Comitê de *Experts*, na forma de um instrumento de validação de conteúdo, por meio da plataforma *Survey Monkey*. Essa plataforma permitiu um fácil acesso do Comitê às três versões do instrumento e a exportação dos arquivos de dados para a análise estatística pelo *Software Stata* versão 14.

Em relação a cada um dos itens iniciais do questionário (primeiro bloco) foi aberto um espaço para manifestação livre do Comitê. Para o segundo bloco, após cada item e opções de resposta, foram apresentadas três questões em relação à clareza do que estava sendo perguntado (GRANT; DAVIS, 1997):

- 1) “O que você compreende que está sendo perguntado com esse item do questionário?”
- 2) “A pergunta da forma que está redigida é clara? (Responda sim ou não)”
- 3) “Você tem uma sugestão de redação para melhorar a pergunta? Ou gostaria de fazer um comentário sobre a pergunta? (Você pode digitar a sua sugestão, fazer seu comentário ou responder não)”

Foi aberto um espaço ao final no instrumento de validação para manifestação livre do Comitê de *Experts* com a seguinte orientação: “A caixa abaixo é destinada ao registro de observações, críticas ou sugestões em relação ao questionário proposto ou sobre outros aspectos que desejar abordar.”

Na primeira rodada a contribuição solicitada ao Comitê de *Experts* foi de caráter qualitativo.

Nessa etapa, e nas subsequentes, o instrumento de validação de conteúdo foi precedido de um texto explicativo sobre os objetivos do estudo e sobre a contribuição do Comitê de *Experts*, como especificado no Apêndice D. Nessa rodada e nas seguintes foi disponibilizado o Modelo Teórico do estudo (APÊNDICE E). O Comitê de *Experts* foi convidado a fazer a análise dos itens do questionário tendo como referência o objetivo do estudo e o Marco Teórico do estudo.

4.4.5 Validação de conteúdo - rodadas subsequentes

Consideradas as observações do Comitê de *Experts*, que levaram à retirada, manutenção ou reformulação de itens do questionário, foi solicitada uma segunda avaliação em relação à pertinência dos itens do segundo bloco de questões, tendo em vista o objetivo do estudo e o seu Marco Teórico. Foram apresentadas três opções sobre essa pertinência: se a questão seria *Indispensável*, *Necessária* ou *Dispensável*. Para aumentar a sensibilidade da medida foram propostos quatro graus de intensidade (1, 2, 3, 4) a ser atribuído, um deles, à opção escolhida. Nesse sentido, uma pergunta avaliada como *Indispensável*, com intensidade 4, a princípio, deveria ser incluída no questionário. Se a pergunta fosse considerada *Indispensável* com intensidade 1, significaria que seria possível a sua não inclusão se, em algum momento, surgisse uma dúvida consistente em relação à sua permanência. No extremo oposto, se a pergunta fosse considerada como *Dispensável* com intensidade 4, a princípio, não restaria dúvida quanto à sua retirada do questionário. O mesmo procedimento foi aplicado às questões que poderiam ser consideradas como *Necessárias*. Para cada questão foi aberta uma caixa de comentários para receber a contribuição livre do Comitê de *Experts*. Em relação ao primeiro bloco de questões foi mantido o espaço de manifestação livre do Comitê. Também foi mantido o espaço destinado à uma avaliação global sobre o questionário.

Após a avaliação pelo Comitê foi feito o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada uma das questões do segundo bloco (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Esse índice mede a porcentagem das avaliações dos *Experts* que estão em concordância sobre cada uma das questões na escala proposta (*Indispensável*, *Necessária*, *Dispensável*). As avaliações globais dos *Experts* sobre cada questão foram divididas em dois grupos. Grupo 1, itens considerados *Indispensáveis* 1, 2, 3, 4 ou *Necessários* 3, 4 e Grupo 2, considerados *Necessários* 1, 2 ou *Dispensáveis* 1,

2, 3, 4. Tendo em vista o número de *Experts* (mais de 6) foram consideradas validadas as questões com percentual de concordância igual ou superior a 80% do Grupo um (LYNN, 1986). Com base nesses resultados e na variabilidade das respostas, optou-se pela retirada, manutenção ou reformulação das questões para a etapa seguinte. As decisões sobre as questões do segundo bloco também levaram em conta a avaliação qualitativa do Comitê de *Experts*. As decisões sobre o primeiro bloco foram baseadas nas observações de ordem qualitativa. Foi o conjunto das considerações e escolhas dos *Experts* que norteou as decisões sobre o conteúdo das questões e a sua permanência no questionário.

Esses procedimentos foram repetidos em rodadas subsequentes até que o questionário fosse considerado adequado pela maioria dos membros do Comitê de *Experts*.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma de um artigo, *Seção 5.1*, que foi submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (ANEXO C), e de um Produto Técnico, *Seção 5.2*, na forma do questionário em processo de desenvolvimento, até a fase já concluída de validação do conteúdo.

5.1 *Artigo científico*

Desenvolvimento de questionário para identificar os fatores que interferem na Política Nacional de Saúde Bucal

Development of a questionnaire to identify the factors that interfere in the National Oral Health Policy

Bruno Rafael Teixeira; Raquel Conceição Ferreira; Marcos Azeredo Furquim Werneck; João Henrique Lara do Amaral

Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31.270-901 Belo Horizonte MG. brunorafatx@gmail.com

RESUMO

Na execução das políticas de saúde, a avaliação permite a identificação de situações problema e suas causas. O estudo descreveu o desenvolvimento e a validação de conteúdo de questionário para avaliação da execução da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), na percepção dos cirurgiões dentistas, na Atenção Básica. Neste trabalho a integralidade se apresenta com um princípio transversal e integrador para a formulação das políticas de saúde. Foram definidas como dimensões para avaliação da PNSB: o acesso/acolhimento e atendimento, infraestrutura, processo de trabalho, gestão participativa e apoio institucional,

participação social. As etapas para definição dos itens do questionário foram: delimitação do modelo teórico, levantamento sobre a realidade da atenção à saúde bucal na Atenção Básica (grupos focais com cirurgiões dentistas e gestores) e validação de conteúdo por Experts (professores pesquisadores, gestores e cirurgiões dentistas) no que tange à avaliação qualitativa do questionário em relação à repetição, clareza ou ambiguidade dos itens e sugestões de redação. Foram necessárias três rodadas de validação de conteúdo resultando 38 itens com nível satisfatório de compreensão, sendo a versão final do questionário considerada válida para avaliar a execução da PNSB.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde, Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

When performing health policies, evaluation allows identifying problematic situations and their causes. This study described the development and validity of the questionnaire content to assess the National Policy of Oral Health (NPOH) performance from the point of view of dental surgeons in Primary Care. In this paper, comprehensiveness presents itself as a transversal and integrating principle to the formulation of health policies. To evaluate the NPOH, the access/patient welcoming and attending, infrastructure, work process, participative management and institutional support, social participation were defined as assessment dimensions. The stages for defining the questionnaire items were: delimitation of the theoretical model, survey about the reality regarding oral health services in Primary Care (focal groups with dental surgeons and managers) and content validation by experts (research professors, managers and dental surgeons) concerning the questionnaire qualitative evaluation about repetition, items clarity and ambiguity and editing suggestions. It was necessary to have three rounds of content validation resulting in 38 items with a satisfactory comprehension

level, and therefore the questionnaire final version was valid to evaluate the performance of NPOH.

Key words: Integrality in Health, Health Evaluation, Oral Health, Surveys and Questionnaires.

RESUMEN

Durante la ejecución de políticas de salud, evaluaciones permiten identificar problemas y sus causas. Este estudio describe el desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar la ejecución de la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), según la percepción de los Cirujanos Dentistas, en atención básica. En este trabajo la integralidad se presenta como un principio transversal e integrador para formulación de políticas de salud. Fueron definidas como dimensiones para evaluación de la PNSB: el acceso/acogimiento, atendimento, infraestructura, trabajo, gestión participativa, apoyo institucional y participación social. Las etapas para definir los elementos del cuestionario fueron: delimitación del modelo teórico, realidad del atendimento odontológico en atención básica (grupos focales con Cirujanos Dentistas y gestores) y validación del contenido por expertos (catedráticos científicos, gestores y Dentistas) en lo que se refiere a la evaluación cualitativa del cuestionario al respecto de repetición, claridad o ambigüedad de los elementos y sugerencias de redacción. Se necesitaron tres rondas de validación del contenido resultando 38 elementos con un nivel satisfactorio de comprensión, siendo esa la versión válida del cuestionario para evaluar la ejecución de la PNSB.

Palabras-clave: Integralidad en Salud, Evaluación en Salud, Salud Bucal, Encuestas y Cuestionarios.

INTRODUÇÃO

O último levantamento epidemiológico de saúde bucal do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), revelou o declínio da prevalência de cárie dentária na população de 12 anos e redução da necessidade de prótese nos adolescentes e adultos. Contudo, ainda persistem as desigualdades regionais, índices epidemiológicos preocupantes na saúde bucal de crianças de cinco anos e a necessidade de ampliar a oferta da reabilitação protética para idosos¹. Com a intenção de enfrentar estes desafios, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi concebida como a política do SUS para a saúde bucal, incorporando todos os seus princípios, em especial, os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade^{2,3}. A PNSB valoriza a promoção da qualidade de vida e intervenções em fatores que colocam em risco a saúde bucal, propondo a superação de ações centradas exclusivamente na assistência aos doentes. Estabelece como meta a melhoria do sistema de atenção à saúde de forma global, a orientação do cuidado centrado nas necessidades da população, a superação das desigualdades na saúde, a reorganização da assistência e qualificação dos serviços⁴.

No âmbito das Políticas de Saúde no Brasil, de forma consonante, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) buscam a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde considerando seus determinantes^{5,6}. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a mudança do modelo de atenção à saúde coerente com os princípios do SUS favorecendo a mudança, a consolidação e a qualificação da Atenção Básica, uma maior resolutividade com impacto positivo das ações de saúde na vida das pessoas e comunidades⁷.

Toda proposta política na área da saúde é uma carta de princípios com diretrizes para sua implantação, com implicações no que tange ao seu financiamento e está sujeita à contradições. No Brasil, a implantação de uma política de saúde terá uma face em cada lugar

como resultado das especificidades locais. Entre elas, as necessidades/problemas de saúde, as dificuldades para a divulgação e acesso, a organização do trabalho, os vínculos, além de outras questões como cultura, clima, distâncias, acessibilidade, recursos, condições políticas. Esses são desafios que se colocam a todo momento para gestores, trabalhadores e usuários. A PNSB não está isenta dessas contradições e desde a sua implantação tem experimentado avanços e situações que fogem à orientação da política.

No âmbito da PNSB, o perfil das ações previstas no trabalho da ESF permite uma maior aproximação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) em relação ao paciente. Da mesma forma, no que tange à organização do acesso e do cuidado⁸. Apesar disso, os profissionais continuam centrados no atendimento clínico não havendo um real redirecionamento do modelo o que impede o alcance dos atributos da Atenção Básica⁹. Quanto às ações educativas, os profissionais da ESB parecem despreparados, assumindo posturas autoritárias¹⁰. Um estudo realizado nos municípios de um Departamento Regional de Saúde de São Paulo (DRS III) revelou que ainda há resquícios do Modelo Incremental assumido nas décadas de 1950/80. As ações estão restritas a realização de palestras e aplicações tópicas de flúor nas escolas e comunidade. Nesse movimento são priorizadas as populações materno-infantil e escolar⁸.

Apesar dos princípios do SUS, da PNSB, PNAB, PNPS e ESF, o modelo de atenção em saúde bucal não mudou muito, principalmente na Atenção Básica. Quando acontecem, as mudanças se dão de forma pontual e, portanto, não ganham a generalização nem a notoriedade que se almeja¹¹. Esses limites também podem ser observados durante a formação profissional, nas interfaces entre universidade e os serviços de saúde. O grande desafio que se coloca é como avançar na mudança do modelo assistencial na direção da garantia da assistência com qualidade na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade, no trabalho em equipe e na ação intersetorial. É fundamental que a Equipe de Saúde assimile o ideário da ESF como uma

prática inovadora e reorganizada das ações de saúde, com resgate do conceito ampliado de saúde e das relações entre os membros da equipe^{12,13}. Entretanto, não basta que o profissional tenha um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário, se não são oferecidas condições de acesso aos cuidados integrais¹⁴.

A PNSB assume a integralidade como um direito a ser conquistado e para isto propõe a reorganização das ações e serviços articulando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como utilização das informações relativas à epidemiologia e ao território como forma de subsidiar os processos de planejamento e avaliação. Aponta também, para a consecução da integralidade e a construção da consciência sanitária como forma de desenvolvimento do controle social².

A integralidade se apresenta com um princípio transversal e integrador para a formulação das políticas públicas de saúde e mobilização dos atores sociais implicados com essas políticas. Desta forma, as ações e serviços de saúde devem buscar a integralidade na organização do processo de trabalho dos profissionais e suas equipes, na concepção do acesso que considere a demanda organizada, na demanda espontânea como expressões das necessidades e anseios da comunidade e nos processos de participação social. De acordo com Mattos¹⁵

[...] a integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos (p.62-63).

Buscar a integralidade implica o reconhecimento e o compromisso com o princípio constitucional do direito à saúde¹⁵.

Na área da saúde, a avaliação dos serviços permite a identificação de situações problema cujo enfrentamento deve ser assumido por toda a equipe¹⁶. A avaliação configura-se como uma etapa importante na organização das ações de saúde se consideradas as necessidades da população. Tradicionalmente, a avaliação dos serviços de saúde é orientada pelo volume de procedimentos oferecidos. Mais recentemente, observa-se a valorização de processos de

avaliação em saúde de caráter multidimensional que não se esgotam na contabilidade da oferta de serviços¹⁷.

No processo de avaliação dos serviços de saúde bucal é importante considerar a opinião dos trabalhadores, uma vez que são eles os sujeitos diretamente implicados na execução da PNSB. Esses profissionais lidam diretamente com as dificuldades e condições favoráveis na execução da política. Nesse sentido, o cirurgião dentista (CD) deve ser protagonista na avaliação das condições de trabalho, da qualidade do cuidado e do envolvimento profissional nos processos de gestão, planejamento e avaliação dos serviços. Processos avaliativos que considerem a participação do CD ainda são raros, o que pode interferir negativamente na motivação para o trabalho, compromisso, pertencimento e vontade do profissional. Essa condição pode influenciar negativamente no alcance das metas estabelecidas. A inclusão da autoavaliação na equipe de saúde favorece a identificação de problemas e a busca de soluções em benefício de um processo de trabalho mais prazeroso e com retorno para a população.

Sob o ponto de vista da avaliação em nível nacional da PNSB merecem destaque o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO) que realizaram avaliações que permitem conhecer a situação das ações e serviços de saúde bucal no SUS. Após 13 anos de implantação da PNSB, em que pese sua significativa expansão em todo o território nacional, esta política necessita de avaliação permanente. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer e compreender o processo de trabalho, a qualidade e a forma do cuidado ofertado, o acesso e a resolutividade das ações e serviços de saúde bucal, a participação dos usuários, os processos de gestão e outros aspectos inerentes à prática.

De acordo com Colluci e colaboradores¹⁸, nos processos de avaliação das políticas e dos serviços de saúde, o emprego de questionários (instrumentos de medida) se configura como parte indispensável a muitas pesquisas, uma vez que são úteis e podem conferir resultados cientificamente confiáveis, se desenvolvidos de forma apropriada e apresentarem qualidades psicométricas.

Objetivando fortalecer os processos de avaliação dos serviços de saúde bucal na ESF e na atenção básica, este estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar a validade de conteúdo de um questionário para identificar, na percepção dos cirurgiões dentistas, quais são os fatores que interferem na implementação da PNSB, na Atenção Básica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico metodológico de construção e validação de conteúdo de um questionário.

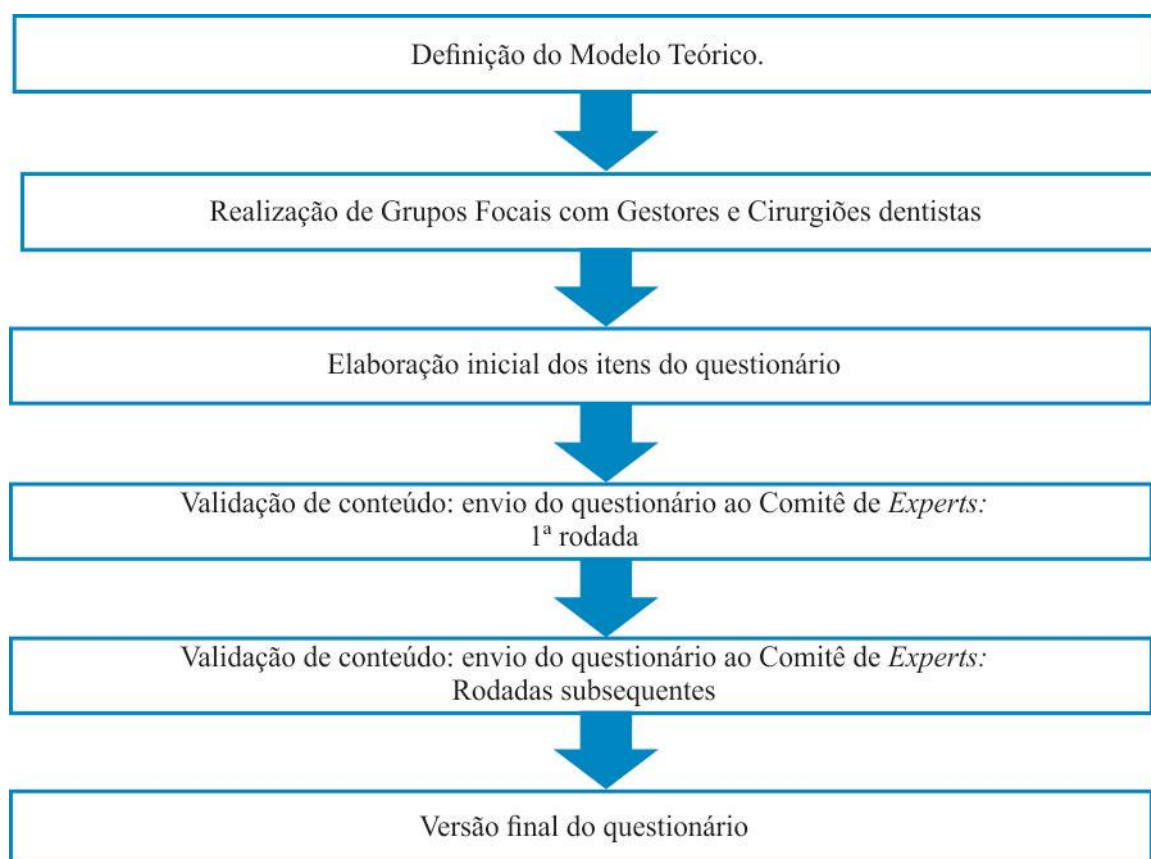
Fases da elaboração do questionário

Na elaboração de um questionário, deve-se observar como características necessárias a esse instrumento: a simplicidade, a objetividade e a sensibilidade. Além disso, o instrumento deve ser reproduzível, de baixo custo e coerente para aqueles que respondem às questões e para os responsáveis pela utilização dos dados coletados. A elaboração de um instrumento de medida deve cumprir as etapas de definição de uma base conceitual, elaboração de itens, validação de conteúdo, análise da confiabilidade do instrumento e da sua validade^{19,20}. A validação do seu conteúdo verifica se o domínio que se pretende estudar foi contemplado pelos itens, se as questões estão claras, objetivas e não carregadas de ambiguidades^{19,21}. Nessa etapa é feita uma associação entre a abordagem teórica sobre o tema a ser estudado e as informações mensuráveis a serem captadas pelo questionário. Essa é uma etapa fundamental para o

trabalho²², recomendando-se no processo a utilização de métodos qualitativos e quantitativos²³.

As etapas de elaboração dos itens do questionário e da validação de conteúdo foram apresentadas na Figura 1.

FIGURA 1: Etapas de elaboração dos itens do questionário e de validação de conteúdo.



Definição do Modelo Teórico

A elaboração dos itens do questionário foi fundamentada no princípio da integralidade em saúde que, somado à universalidade, à equidade, à participação comunitária e descentralização político-administrativa compõem o conjunto dos princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS³. Como parte do SUS, a PNSB tem como um dos seus pressupostos a integralidade na atenção à saúde².

Como condição para o alcance da integralidade, foram consideradas 5 dimensões, as quais, se atendidas no seu conjunto, comporiam um cenário favorável à consecução desse princípio: acesso/acolhimento e atendimento; infraestrutura; processo de trabalho; gestão participativa e apoio institucional; participação social. O Quadro 1 sintetiza a compreensão sobre essas dimensões considerando as políticas de saúde e a produção científica na área.

QUADRO 1: Modelo teórico do estudo - dimensões e referencial teórico.

MODELO TEÓRICO	
Dimensões para o alcance da integralidade: acesso/acolhimento e atendimento - infraestrutura - processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional - participação social	
Dimensões	Referencial teórico
Acesso/acolhimento e atendimento	Pressuposto da PNSB: “Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.” ² “A equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.” ²
Infraestrutura Participação social	“Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.” ²
Participação social	“O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.” ²
Acesso/acolhimento e atendimento Infraestrutura Gestão participativa e apoio institucional	“A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (Atenção/Cuidado).” ³⁰
Acesso/acolhimento e atendimento Infraestrutura Processo de trabalho Gestão participativa e apoio institucional Participação Social	“As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” ³¹

MODELO TEÓRICO	
Dimensões para o alcance da integralidade: acesso/acolhimento e atendimento - infraestrutura - processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional - participação social	
Dimensões	Referencial teórico
Acesso/acolhimento e atendimento Infraestrutura Processo de Trabalho Gestão participativa e apoio institucional	<p>“No que diz respeito à APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial.”³¹</p> <p>“[...] A Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”³²</p> <p>A Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”³</p> <p>“No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.”³²</p> <p>“A prática integral organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades.”³²</p>

Fonte: Metodologia do estudo

Grupos focais

Na elaboração dos itens do questionário foram utilizadas informações sobre o desenvolvimento da PNSB, na Atenção Básica, trazidas pela Coordenadora do NRS do Extremo Sul do Estado da Bahia, quatro Coordenadores de Saúde Bucal e sete CD de municípios da mesma região. Essas informações foram obtidas por meio de grupos focais. A técnica do grupo focal permite a revelação de significados sob a ótica do participante, a medida que expõe sua opinião sobre determinado assunto²⁴. A interação grupal produz dados e *insights* que dificilmente seriam adquiridos fora do grupo²⁵.

Os grupos focais foram realizados no município de Teixeira de Freitas, sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) do Extremo Sul do Estado da Bahia. O critério de definição dos participantes foi de conveniência no sentido de garantir a presença desses sujeitos. Foi levada

em consideração a distância dos municípios em relação à Teixeira de Freitas, histórico de participação em reuniões anteriores e a disponibilidade de transporte. Foram definidos previamente temas a serem apresentados e discutidos com os participantes dos grupos: organização da demanda pelo tratamento odontológico; modelo assistencial; processo de trabalho e participação social. Em função da área de atuação dos sujeitos alguns temas foram específicos para os gestores de saúde bucal e outros para os CD, em grupos realizados separadamente. Nos grupos, um roteiro favoreceu a abordagem, pelo moderador, dos temas de interesse para o estudo. O conteúdo das falas foi gravado em áudio, transcrito e as informações analisadas pelo grupo de pesquisa.

Elaboração inicial dos itens do questionário

Na elaboração inicial dos itens do questionário, o modelo teórico foi cotejado pelas informações trazidas pelos grupos focais. Foram incluídas questões para caracterizar o CD respondente e um item para registro da data em que o questionário seria preenchido. Nesse 1º bloco, as perguntas admitiam respostas abertas e/ou estruturadas. Nas questões voltadas para o objetivo do estudo (2º bloco) utilizou-se como opção de resposta uma escala ordinal do tipo Likert com 5 alternativas: *Sempre*; *Quase sempre*; *Às vezes*; *Raramente*; *Nunca*. Para algumas questões foi incluída a opção *Não se aplica* ou *Não sei*. Em um menor número de itens, *Sim*; *Não*, em substituição à escala.

Na redação dos itens, foram observados os seguintes critérios: precisão (correspondência dos termos com o que se pretende registrar como resposta e familiaridade com os mesmos, por parte dos respondentes); pertinência (itens realmente apropriados e aplicáveis àqueles que respondem ao questionário) e neutralidade (no sentido de revelar efetivamente o que o respondente faz em relação ao que lhe foi perguntado e não o que os pesquisadores desejariam que fizesse)²⁶.

Validação de conteúdo - 1ª rodada

Um comitê composto por 15 *Experts* participou da validação de conteúdo, considerando a recomendação de um mínimo de cinco sem um limite para o número máximo²⁷. Atuaram no comitê professores do ensino de graduação em Odontologia, pesquisadores com expertise na área da saúde coletiva, políticas de saúde, planejamento e avaliação em serviços de saúde e gestão pública em saúde. Além destes, gestores municipais e estaduais da área Odontológica e profissionais CD vinculados à Atenção Básica e à ESF. Também compuseram o comitê gestores e CD do NRS do Extremo Sul da Bahia. Os membros do comitê são profissionais com conhecimento e experiência em relação ao tema e objetivo do trabalho²⁸.

O questionário foi disponibilizado para o comitê de *Experts*, na forma de um instrumento de validação de conteúdo. Foi solicitado ao comitê, em todas as etapas de validação, que a análise dos itens fosse feita levando em consideração o objetivo e o marco teórico do estudo. Em todas as etapas foi disponibilizado para o comitê de *Experts* um texto explicativo, o marco teórico e o objetivo do estudo. O instrumento de validação foi disponibilizado por meio da plataforma *Survey Monkey*. A plataforma permitiu a exportação dos arquivos de dados para a análise estatística pelo *Software Stata* versão 14.

Na 1ª rodada a contribuição solicitada ao comitê de *Experts* foi de caráter qualitativo. Em relação a cada um dos itens iniciais do questionário (1º bloco) foi aberto um espaço para manifestação livre do comitê. Para o 2º bloco, após cada item e opções de resposta, foram apresentadas 2 questões em relação à clareza dos itens e uma terceira solicitando sugestões para uma redação melhor do item²⁹. Foi aberto um espaço ao final no instrumento de validação para manifestação livre do comitê de *Experts* com a seguinte orientação: “*A caixa abaixo é destinada ao registro de observações, críticas ou sugestões em relação ao questionário proposto ou sobre outros aspectos que desejar abordar*”.

Validação de conteúdo - rodadas subsequentes

Consideradas as observações do comitê de *Experts*, que levaram à retirada, manutenção ou reformulação de itens do questionário, foi solicitada ao comitê uma segunda avaliação em relação à pertinência das questões do 2º bloco. Foram apresentadas três opções sobre essa pertinência: se a questão seria *Indispensável*, *Necessária* ou *Dispensável*. Para aumentar a sensibilidade da medida foram propostos 4 graus de intensidade (1, 2, 3, 4) a ser atribuído, um deles, à opção escolhida. Nesse sentido, uma pergunta avaliada como *Indispensável* com intensidade 4, a princípio, deveria ser incluída no questionário. Se a pergunta fosse considerada *Indispensável* com intensidade 1, significaria que seria possível a sua não inclusão se, em algum momento, surgisse uma dúvida consistente em relação à sua permanência. No extremo oposto, se a pergunta fosse considerada como *Dispensável* com intensidade 4, a princípio, não restaria dúvida quanto à sua retirada do questionário. O mesmo procedimento foi aplicado às questões que poderiam ser consideradas como *Necessárias*. Para cada questão foi aberta uma caixa de comentários para receber a contribuição livre do comitê de *Experts*. Em relação ao 1º bloco de questões foi mantido o espaço de manifestação livre do comitê. Também foi mantido o espaço destinado à uma avaliação global sobre o questionário.

Após a avaliação pelo comitê foi feito o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada uma das questões do 2º bloco²⁰. Esse índice mede a porcentagem das avaliações dos *Experts* que estão em concordância sobre as questões na escala proposta (*Indispensável*, *Necessária*, *Dispensável*). As avaliações globais dos *Experts* sobre cada questão foram divididas em dois grupos. Grupo 1, itens considerados *Indispensáveis* 1, 2, 3, 4 ou *Necessários* 3, 4 e Grupo 2, considerados *Necessários* 1, 2 ou *Dispensáveis* 1, 2, 3, 4. Tendo em vista o número de *Experts* (mais de seis) foram consideradas validadas as questões com percentual de concordância igual ou superior a 80% do Grupo 1²⁷. Com base nesses resultados e na variabilidade das respostas, optou-se pela retirada, manutenção ou

reformulação das questões para a etapa seguinte. As decisões sobre as questões do 2º bloco também levaram em conta a avaliação qualitativa do comitê de *Experts*. As decisões sobre o 1º bloco foram baseadas nas observações de ordem qualitativa. Foi o conjunto das considerações e escolhas dos *Experts* que norteou as decisões sobre o conteúdo das questões e sua permanência no questionário. Esses procedimentos foram repetidos em rodadas subsequentes até que o questionário fosse considerado adequado pela maioria dos membros do comitê de *Experts*.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo parecer favorável nº 56289416.6.0000.5149 em 28/06/2016, e anuência pela gestão do NRS do Extremo Sul da Bahia em 27/04/2016. Os sujeitos do estudo (gestores e CD) foram orientados sobre o trabalho e assinaram o Temo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A validação de conteúdo do questionário foi realizada de forma suficiente em três rodadas. A utilização da Plataforma *Survey Monkey* revelou-se uma boa estratégia no processo de organização das versões do formulário, submissão e acompanhamento da contribuição do comitê.

1ª rodada de validação

Foram elaboradas 13 questões para caracterizar o CD e uma para registro da data em que o questionário seria preenchido. Esses 14 itens compuseram o 1º bloco de questões. Para o 2º bloco foram estruturados 69 itens considerando o marco teórico, o objetivo do estudo e os dados coletados nos grupos focais. Nos grupos focais, os sujeitos relataram como problemas na implantação da PNSB, a dificuldade na organização da demanda pelo tratamento odontológico, a carência de profissionais com perfil para atuar na Atenção Básica, processos

de planejamento inexistentes ou insuficientes, falta de autonomia do coordenador de saúde bucal na gestão do serviço e acesso limitado de pacientes à Atenção Secundária.

Na avaliação da 1ª versão do questionário o comitê de *Experts* apontou como limites do instrumento: o grande número de questões que poderia levar a uma baixa adesão e menor confiabilidade; formulações genéricas que deixaram dúvida quanto ao que pretendiam medir; abordagem de aspectos da organização dos serviços de saúde que muito provavelmente o CD não teria condições de responder. Além dessas observações, foram sugeridas mudanças na formulação de questões, agrupamento e desmembramento de itens e eliminação de perguntas que não contribuiriam para o alcance do objetivo do estudo. Foi solicitado pelo comitê de *Experts* que na etapa seguinte, após cada item do questionário, fossem incluídas as dimensões ou dimensão que se pretendia avaliar com a pergunta. Nessa primeira etapa, a contribuição do comitê foi de natureza qualitativa. Contribuíram nessa etapa 15 membros do comitê.

Para a 2ª rodada de validação, os itens do questionário foram reduzidos de 83 para 66, 11 itens no 1º bloco e 55 no 2º. Como solicitado, foram incluídas após cada item do 2º bloco as dimensões ou dimensão que se pretendia avaliar com a pergunta.

2ª rodada de validação

Após análise das contribuições do comitê de *Experts* o número de questões do 1º bloco foi ampliado de 11 para 13 tendo em vista a necessidade de uma maior precisão quanto à situação do CD no âmbito da pós-graduação. Foram feitas alterações na redação de parte das questões objetivando maior clareza para o respondente.

O Quadro 2 apresenta a distribuição de frequência da concordância ou Índice de Validade de Conteúdo (IVC), do juízo dos membros do comitê de *Experts* sobre as questões apresentadas no 2º bloco do questionário e as dimensões avaliadas por cada um dos itens. Grupo 1: itens

considerados *Indispensáveis 1, 2, 3, 4* ou *Necessários 3, 4* e Grupo 2, considerados *Necessários 1, 2* ou *Dispensáveis 1, 2, 3, 4*. A maioria das questões (36 questões) foram consideradas *Indispensáveis* ou *Necessárias 3, 4* por mais de 80% dos experts. Três experts avaliaram seis questões como *Necessárias 1, 2* ou *Dispensáveis 1, 2, 3* ou *4*. Esse resultado positivo na segunda rodada foi atribuído ao fato do instrumento ter sido submetido a uma rodada anterior de avaliação qualitativa. O Quadro 2 apresenta para cada item do questionário a dimensão que se pretende avaliar considerando o marco teórico do estudo.

QUADRO 2: Frequências absoluta e relativa da concordância do Comitê de Experts sobre a pertinência das questões 12 a 55 (bloco 2), da 2ª versão do questionário e dimensões avaliadas por item, considerando o objetivo do estudo e o marco teórico.

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q12	A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, se reúne com a Equipe de Saúde da Unidade onde você trabalha? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	13 (100%)	-
Q13	Na reunião com a Equipe de Saúde da Unidade são discutidos temas relativos à atenção à saúde bucal? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q14	A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, se reúne para realizar o planejamento local das ações? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	13 (100%)	-
Q15	A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, considera as informações epidemiológicas locais disponíveis? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q16	O planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, considera as informações locais sobre o território (demográficas, ambientais e de vulnerabilidade à saúde)? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	13 (100%)	-
Q17	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza no processo de planejamento das ações (planejar, implementar, avaliar) indicadores do Ministério da Saúde e/ou definidos localmente? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q18	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, organiza o atendimento considerando grupos prioritários como hipertensos, diabéticos e gestantes? Dimensões: acesso/acolhimento e atendimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q19	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para fazer o acompanhamento das ações planejadas? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q20	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para avaliar os resultados das ações realizadas? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q21	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para discutir casos clínicos? Dimensão: processo de trabalho	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q22	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para definir quais são as capacitações/atualizações que lhe são necessárias? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Q23	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, estabelece critérios para organizar a demanda pelo atendimento odontológico? Dimensões: processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q24	Todo usuário que busca atendimento com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, passa pelo acolhimento (escutar, examinar, resolver)? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	13 (100%)	-
Q25	Todo usuário que busca atendimento de urgência odontológica com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é atendido? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	13 (100%)	-
Q26	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o atendimento de urgência? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q27	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza a busca ativa como uma estratégia para organizar o acesso? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q28	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o preenchimento do prontuário clínico? Dimensão: processo de trabalho	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q29	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, no preenchimento do prontuário clínico, faz o registro dos dados demográficos e de anamnese? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q30	A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, no preenchimento do prontuário clínico, faz o registro do levantamento de necessidades para o tratamento odontológico? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho	9 (69,2%)	4 (30,8%)
Q31	A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, no preenchimento do prontuário clínico, faz o registro do planejamento do tratamento odontológico? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Q32	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, no planejamento do tratamento odontológico, prevê orientações de autocuidado? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho	10 (76,9%)	3 (23,1%)

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q33	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, no preenchimento do prontuário clínico, faz o registro do tratamento realizado? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho - infraestrutura	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q34	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, consegue atender a todas as necessidades de saúde bucal pertinentes à atenção primária, da população a ela adscrita? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q35	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para os usuários? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional - infraestrutura	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q36	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o encaminhamento dos usuários para a atenção especializada? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q37	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, realiza o acompanhamento clínico e periódico, quando necessário, do tratamento executado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)? Dimensões: acesso/atendimento e acolhimento - processo de trabalho – gestão participativa e apoio institucional	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Q38	Assinale os equipamentos que a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe em funcionamento adequado para o atendimento clínico: Cadeira Odontológica (); Equipo Odontológico (), Foco odontológico (); Compressor (); Caneta de alta rotação (); Caneta de baixa rotação (); Amalgamador (); Fotopolimerizador (); Ultrassom odontológico () Dimensões: infraestrutura – gestão participativa e apoio institucional	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Q39	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de materiais e insumos em condições de uso e quantidade necessária para o atendimento odontológico? Dimensões: infraestrutura – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q40	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe, na Farmácia da Unidade, de medicamentos de prescrição para os problemas de saúde bucal? Dimensões: infraestrutura – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q41	O espaço físico disponível para a instalação dos equipamentos odontológicos e para o trabalho da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é adequado? Dimensões: infraestrutura – gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q42	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é consultada pelo profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal, em relação à compra de materiais e insumos odontológicos? Dimensões: infraestrutura – gestão participativa e apoio institucional	8 (61,5%)	5 (38,5%)

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q43	Existe Conselho Local de Saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte? Dimensão: participação social	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q44	No Conselho Local de Saúde, na área de abrangência da Unidade de Saúde onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, são abordados assuntos referentes à saúde bucal? Dimensões: gestão participativa e apoio institucional – participação social	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q45	O Conselho Local de Saúde, na área de abrangência da Unidade de Saúde onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, participa de alguma das etapas do planejamento de ações em saúde bucal (identificação do problema, definição das ações, acompanhamento e avaliação)? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional – participação social	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q46	No Conselho Municipal de Saúde do município onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, são abordados assuntos referentes à saúde bucal? Dimensões: gestão participativa e apoio institucional – participação social	10 (76,9%)	3 (23,1)
Q47	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha se reúne com as Equipes de Saúde Bucal? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4)
Q48	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha define ou recomenda diretrizes para o funcionamento dos serviços de atenção à saúde bucal? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q49	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha planeja as ações com as Equipes de Saúde Bucal? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q50	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha acompanha, com as Equipes de Saúde Bucal, as ações que foram planejadas? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q51	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha avalia, com as Equipes de Saúde Bucal, as ações que foram realizadas? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q52	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha organiza cursos de capacitação/atualização para os Cirurgiões dentistas? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	12 (92,3%)	1 (7,7%)
Q53	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha organiza cursos de capacitação/atualização para ASB e/ou TSB? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q54	Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo município? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)
Q55	Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde? Dimensões: processo de trabalho - gestão participativa e apoio institucional	11 (84,6%)	2 (15,4%)

Nota: *I/N: Indispensável 1, 2, 3 e 4 e Necessária 4 e 5; **N/D: Necessária 3 e 4 e Dispensável 1, 2, 3 e 4.

Fonte: dados gerados durante o desenvolvimento do estudo.

Algumas questões foram reformuladas, mesmo atingindo uma concordância acima de 80% entre os *Experts*, tendo em vista as observações apresentadas pelo comitê. Essas questões não foram rerepresentadas para validação uma vez que as mudanças na redação não alteraram o sentido da pergunta. São exemplos dessa condição as questões 17 e 34 (QUADRO 2). Outras com concordância menor que 80% foram mantidas com nova redação e rerepresentadas para avaliação do comitê, em função do tema abordado ser crítico para o desenvolvimento da PNSB. As perguntas 37 e 38 exemplificam essa situação (QUADRO 2).

Em quatro situações, itens que diziam respeito a diferentes aspectos de um mesmo tema foram aglutinados ou excluídos. Em relação ao preenchimento do prontuário clínico, as cinco questões apresentaram diferentes níveis de concordância (69,2% a 84,6%). Nesse caso, quatro itens (29, 30, 31, 33) foram aglutinados e o item 32 mantido com nova redação, em função da sua relevância para a PNSB. Os itens 43, 44 e 45, que abordavam questões relativas aos Conselhos Locais de Saúde foram excluídos, uma vez que essa organização não está presente na maioria das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde dos municípios brasileiros. A inclusão desses itens poderia ser interpretada pelos CD como referência aos Conselhos Municipais de Saúde. As abordagens das questões 47 a 51 sobre práticas de gestão compartilhada motivaram no comitê de *Experts* e na equipe de pesquisadores a reflexão sobre os processos de gestão, nos serviços de saúde, onde a distinção entre ações de

acompanhamento e avaliação são mais de ordem conceitual do que práticas. Assim sendo, optou-se pela elaboração de um único item que pudesse incluir de forma mais geral o conteúdo das questões inicialmente propostas. A análise das questões que abordavam separadamente a organização de cursos de capacitação para cirurgiões dentistas (52) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e/ou Técnico de Saúde Bucal (TSB) (53) trouxe a preocupação sobre o fato dessa distinção reforçar a fragmentação do processo de trabalho na equipe. As duas questões foram aglutinadas.

De forma geral o comitê de *Experts* avaliou positivamente as alterações introduzidas entre a 1ª e a 2ª versões do questionário, a redução no número de itens e a inclusão das dimensões a serem avaliadas por cada pergunta. Na 2ª rodada também foi sugerida a redução no número de questões com o objetivo de diminuir o tempo de preenchimento buscando favorecer respostas mais qualificadas pelos CD. Contribuíram nessa etapa 13 membros do comitê de *Experts*.

Para a 3ª rodada de validação, os itens do questionário foram reduzidos para 44, 13 itens no 1º bloco e 31 no 2º. Foi incluído no questionário um novo item sobre a manutenção de equipamentos odontológicos nos serviços de saúde.

3ª rodada de validação

Os itens do questionário, 13 do 1º bloco e 9 do 2º, foram submetidas ao comitê de *Experts* em condições semelhantes à rodada anterior. As 22 questões do 2º bloco validadas na 2ª rodada foram apresentadas com essa informação. Também para elas foi oferecida a oportunidade de manifestação livre do comitê.

O Quadro 3 apresenta a distribuição de frequência da concordância ou Índice de Validade de Conteúdo, do juízo dos membros do comitê de *Experts* sobre os 9 itens do questionário

avaliados na 3ª rodada. Grupo 1: itens considerados *Indispensáveis 1, 2, 3, 4* ou *Necessários 3, 4* e Grupo 2, considerados *Necessários 1, 2* ou *Dispensáveis 1, 2, 3, 4*.

QUADRO 3: Distribuição por grupos das frequências absoluta e relativa da concordância do Comitê de Experts sobre a pertinência das nove questões (bloco 2) ainda não validadas, considerando o objetivo do estudo e o marco teórico.

	Questões	(Grupo 1) *I/N	(Grupo 2) **N/D
Q29	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o preenchimento completo do prontuário clínico?	13 (92,9%)	1(7,1%)
Q30	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, no planejamento do tratamento odontológico, prevê orientações específicas de autocuidado, segundo o caso apresentado?	10(71,4%)	4(28,6%)
Q33	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, realiza o acompanhamento do paciente de acordo com o que foi preconizado pelo profissional do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?	12(85,7%)	2(14,3%)
Q34	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de equipamentos em condições de uso para o atendimento odontológico?	12(85,7%)	2(14,3%)
Q35	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de serviço de manutenção técnica para os equipamentos odontológicos?	11(78,6%)	3(21,4%)
Q39	A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, participa junto com o profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal, da padronização da lista de materiais e insumos odontológicos?	7(50%)	7(50%)
Q40	No Conselho Municipal de Saúde do município onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, são abordados assuntos referentes à saúde bucal?	12(85,7%)	2(14,3%)
Q41	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha, se reúne com as Equipes de Saúde Bucal a fim de definir diretrizes, bem como planejar, acompanhar e avaliar as ações em saúde bucal?	13(92,9%)	1(7,1%)
Q42	O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha organiza cursos de capacitação/atualização para as Equipes de Saúde Bucal?	13(92,9%)	1(7,1%)

Nota: *I/N: Indispensável 1, 2, 3 e 4 e Necessária 4 e 5; **N/D: Necessária 3 e 4 e Dispensável 1, 2, 3 e 4.

Fonte: dados gerados durante o desenvolvimento do estudo.

Dos nove itens avaliados, seis alcançaram um consenso acima de 80% no comitê de *Experts*.

Dois (30 e 39) foram excluídos porque, apesar da reformulação do texto na apresentação da pergunta, não obtiveram concordância de pelo menos 80% entre os membros do comitê. Uma questão foi mantida (35), por decisão da equipe de pesquisadores, apesar de não ter alcançado no comitê, 80% de consenso. A justificativa recai na importância da infraestrutura para o desenvolvimento da PNSB.

Os pesquisadores também alteraram a redação do item 33 que apesar de revelar um consenso entre os *Experts* (85,7%), pareceu estabelecer na sua formulação uma hierarquia entre os saberes técnicos, do especialista em relação ao clínico, na gestão do caso a ser acompanhado na Atenção Básica. A questão em tela apresenta a seguinte redação na sua formulação final: *A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o acompanhamento do paciente que retorna após o tratamento realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?*

Em relação ao 1º bloco de questões foram excluídos 3 itens considerados desnecessários. Não foram apresentadas sugestões de mudança na redação para as questões validadas na 2ª rodada. Nas considerações gerais, durante a 3ª rodada, o comitê avaliou o questionário como sintético, claro e abrangente. Participaram da 3ª rodada 14 membros do comitê de *Experts*.

Versão final do questionário

O questionário, na sua versão final, está apresentado no Quadro 4. O primeiro item, que inicialmente registraria a data de preenchimento do questionário, foi alocado como campo a ser preenchido. Dessa forma, o 1º bloco é composto por 9 questões que permitem a coleta de informações sobre o CD: campo de trabalho, pós-graduação e inserção nos serviços de saúde. As questões são estruturadas ou semiestruturadas. O 2º bloco, composto por 29 questões, apresenta como opções de respostas uma escala tipo Likert. Em algumas questões foram acrescentadas as opções *Não se aplica* e/ou *Não sei*. Em um menor número de itens as opções são *Sim* e *Não* em substituição à escala. O segundo bloco permite identificar fatores que interferem na implantação da PNSB na Atenção Básica.

O caminho metodológico buscou a elaboração de um instrumento claro, objetivo e válido para a avaliação da execução da PNSB nas dimensões definidas. A elaboração das questões, à luz do marco teórico escolhido, considerou também o conteúdo e observações de um grupo focal no qual se buscou conhecer a percepção de gestores e cirurgiões dentistas sobre a realidade

cotidiana de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária, buscando incorporar tópicos relevantes da prática dos serviços para a avaliação da política. Embora o grupo focal tenha sido conduzido em uma única região do Estado da Bahia, com especificidades locais, buscou-se eleger as temáticas gerais e que pudessem ser consideradas em outros contextos brasileiros. Essas escolhas foram feitas visando a construção de um instrumento que cobrisse as dimensões da PNSB e de abrangência nacional. Nesse sentido, as três rodadas junto aos *Experts*, professores pesquisadores e trabalhadores do serviço, contribuíram na adequação das questões ao que se pretendia avaliar, de modo que o instrumento até essa etapa metodológica foi considerado válido (validade de conteúdo). Em futuros trabalhos, o instrumento deverá ser avaliado quanto às propriedades psicométricas (consistência interna, reprodutibilidade, validade de construto), possibilitando seu uso em outros contextos nacionais, contribuindo para o avanço da avaliação da execução da PNSB, visando o alcance da integralidade do cuidado.

CONCLUSÃO

A versão final do questionário possui redação clara e objetiva e apresenta validade de conteúdo para avaliação da execução da PNSB.

QUADRO 4: Versão final do “Questionário para Avaliação do desenvolvimento da PNSB na Atenção Básica na perspectiva dos cirurgiões dentistas”, após a validação de conteúdo.

ITENS DO QUESTIONÁRIO	
Data de início de resposta ao questionário. dd/mm/aaaa (Registre o dia, mês e ano em que você preenche o questionário)	
Bloco1: Caracterização do profissional	
Q1	Seu gênero. a) Masculino - b) Feminino - c) Outro.
Q2	Qual o seu tempo de formado (em anos)? a) Menos de 1 ano - b) Registre o número de anos: XX
Q3	Qual a sua idade (em anos)? Registre em anos: XX
Q4	Você atua no setor privado como cirurgião dentista? a) Sim - b) Não
Q5	Você possui pós-graduação concluída em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família? a) Sim - b) Não

ITENS DO QUESTIONÁRIO

**Data de início de resposta ao questionário. dd/mm/aaaa
(Registre o dia, mês e ano em que você preenche o questionário)**

- Q6 Você atualmente está frequentando curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?
a) Sim - b) Não
- Q7 O seu vínculo empregatício com o serviço de saúde é por meio de concurso público?
a) Sim - b) Não
- Q8 Qual o seu tempo de atuação na atenção básica no serviço público de saúde (em anos)?
a) Menos de 1 ano - b) Registre o número de anos: XX
- Q9 Qual a sua jornada de trabalho contratada na atenção básica?
a) 20 horas - b) 40 horas - c) Outra: registre a carga horária com a qual é contratado(a): XX
-

Bloco2: Desenvolvimento da PNSB na Atenção Básica

- Q10 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne com a Equipe de Saúde da Unidade onde você trabalha? Se a opção escolhida for "Nunca" registrar "Não se aplica" na questão 11.
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q11 Na reunião com a Equipe de Saúde da Unidade são discutidos temas relativos à atenção à saúde bucal?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica.
- Q12 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para realizar o planejamento local das ações? Se a opção escolhida for "Nunca" registrar a opção "Não se aplica" nas questões 13, 14 e 15.
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q13 O planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte considera as informações epidemiológicas locais disponíveis?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica
- Q14 O planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, considera as informações locais sobre o território (demográficas, ambientais e de vulnerabilidade à saúde)?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica.
- Q15 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza indicadores do Ministério da Saúde e/ou definidos localmente no processo de planejamento das ações (planejar, implementar, avaliar)?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica.
- Q16 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, organiza o atendimento considerando grupos prioritários como hipertensos, diabéticos e gestantes?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q17 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o acompanhamento das ações planejadas?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q18 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz a avaliação dos resultados das ações realizadas?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q19 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, estabelece critérios para organizar a demanda pelo atendimento odontológico?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q20 Todo usuário que busca atendimento com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, passa pelo acolhimento (escutar, examinar, resolver)?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q21 Todo usuário que busca atendimento de urgência odontológica com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é atendido?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q22 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o atendimento de urgência?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
-

ITENS DO QUESTIONÁRIO

**Data de início de resposta ao questionário. dd/mm/aaaa
(Registre o dia, mês e ano em que você preenche o questionário)**

- Q23 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza a busca ativa como uma estratégia para organizar o acesso?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q24 A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte consegue atender à demanda em atenção básica (ações clínico-preventivas) da população a ela adscrita?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q25 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o preenchimento completo do prontuário clínico?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q26 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para os usuários? Se a opção escolhida for "Não" registrar "Não se aplica" nas questões 27 e 28.
a) Sim - b) Não.
- Q27 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o encaminhamento dos usuários para a atenção especializada?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica.
- Q28 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o acompanhamento do paciente que retorna após o tratamento realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não se aplica.
- Q29 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de equipamentos em condições de uso para o atendimento odontológico?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q30 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de serviço de manutenção técnica para os equipamentos odontológicos?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q31 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de materiais e insumos em condições de uso e quantidade necessária para o atendimento odontológico?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q32 A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe, na Farmácia da Unidade, de medicamentos de prescrição para os problemas de saúde bucal?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q33 O espaço físico disponível para a instalação dos equipamentos odontológicos e para o trabalho da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é adequado?
a) Sim - b) Não
- Q34 No Conselho Municipal de Saúde do município onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, são abordados assuntos referentes à saúde bucal?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca - f) Não sei.
- Q35 O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha, se reúne com as Equipes de Saúde Bucal a fim de definir diretrizes, bem como planejar, acompanhar e avaliar as ações em saúde bucal?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q36 O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha organiza cursos de capacitação/atualização para as Equipes de Saúde Bucal?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q37 Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo município?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
- Q38 Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde?
a) Sempre - b) Quase sempre - c) Às vezes - d) Raramente - e) Nunca.
-

Fonte: informações geradas durante a realização do estudo.

Colaboradores

BRT participou da coleta de dados, elaboração dos itens do questionário, análise estatística, interpretação dos resultados e redação do artigo; RCF, da análise estatística, interpretação dos resultados e revisão do artigo; MAFW, elaboração dos itens do questionário, da análise estatística, interpretação dos resultados e revisão do artigo; JHLA, da supervisão da coleta de dados, elaboração dos itens do questionário, análise estatística, interpretação dos resultados, redação e revisão do artigo.

Agradecimentos

Ao comitê de *Experts* pelas contribuições na etapa de validação de conteúdo

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. *SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em: 20 dez. 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.1
3. Brasil. Lei n. 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* 20 set 1990 [acesso em 28 jan 2008]. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/3arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.
4. Moysés SJ. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: Giovanella L et al. organizador. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2012. 1097p. p. 609-633.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário*

- Oficial da União* 29 mar. 2006 [acesso em 28 dez 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 2011.
 8. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Cien Saude Colet*. 2015;20(1):239-48.
 9. Macinko J, Almeida C, Santos-Oliveira E, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(4):303-17.
 10. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):123-130.
 11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1411-1416.
 12. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.
 13. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Cien Saude Colet*. 2002;7(3):523-35.
 14. Oliveira AC, Czeresnia D, Paiva SM, Campos MR, Ferreira EF. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):693-9.
 15. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
 16. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):705-711.
 17. Silva, RB, Contandriopoulos AP, Pinealt R, Tousignant P. A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures. *Healthcare Policy*, 2011; 6(4): 106-117.
 18. Colluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saude Colet*, 2015; 20(3):925-936.

19. Leão AT, Oliveira BH. Questionário na pesquisa odontológica. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 273-90.
20. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8.
21. Fitzner K. Reliability and validity: a quick review. *Diabetes Educ*. 2007;33(5):775-80.
22. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*. 2003;25(5):508-18.
23. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess*. 1995;7(3):238-47.
24. Ressel L, Beck CLC, Gualda DMR et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):779-86.
25. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicol Rev*. 2004;10(15):124-38.
26. Blais A, Durand C. Le sondage. In: Gauthier B organizador. *Recherche Sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec; 2004. p. 387-430.
27. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
28. Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of Experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194-7.
29. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content Experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3):269-74.
30. Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS; 2009 (Anexo II).
31. Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):867-74.
32. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2010;12(2):109-14.

5.2 *Produto técnico*

Fatores que Interferem no cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

Na função de Cirurgião dentista, que atua na Equipe de Saúde Bucal, vinculada ou não à Estratégia de Saúde da Família, você está recebendo um questionário a ser respondido levando em conta a sua experiência profissional e a sua percepção em relação aos temas abordados. Você é totalmente livre para responder ou não a esse questionário. Se decidir pela participação nesse levantamento, solicitamos que não deixe nenhuma questão sem resposta. Cada pergunta admite uma única resposta.

O objetivo desse levantamento é identificar, na percepção do Cirurgião dentista, quais são os fatores que interferem na implantação da PNSB, no campo da Atenção Básica. As informações coletadas serão utilizadas em processos de planejamento de ações no âmbito da PNSB nesse município.

O questionário é composto por dois blocos de questões. O primeiro solicita o registro de alguns dados com o objetivo de caracterizar o profissional que participa desse levantamento. O segundo trata de questões relacionadas ao seu trabalho na Unidade Básica de Saúde nos serviços de saúde.

O questionário não pede a sua identificação e nem deverá ser assinado.

Você terá uma semana de prazo para responder às questões, assim sendo, o questionário será recolhido no dia __/__/__ por pessoa autorizada por esta coordenação. Após o preenchimento, o questionário deverá ser colocado no mesmo envelope onde está acondicionado. O envelope deverá ser lacrado e não poderá ser identificado.

Agradecemos a sua cooperação

Coordenação de Saúde Bucal do Município de _____

Fatores que interferem na implementação da PNSB, no campo da Atenção Básica

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Data de início de resposta ao questionário (dd/mm/aaaa): ___/___/___
2. Seu gênero:
() Masculino () Feminino () Outro
3. Qual o seu tempo de formado (em anos)?
() Menos de 1 ano Registre o número de anos: _____
4. Qual a sua idade (em anos)? Registre em anos: _____
5. Você atua no setor privado como Cirurgião dentista?
() Sim () Não
6. Você possui pós-graduação concluída em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?
() Sim () Não
7. Você atualmente está frequentando curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?
() Sim () Não
8. O seu vínculo empregatício com o serviço de saúde é por meio de concurso público?
() Sim () Não
9. Qual o seu tempo de atuação na atenção básica no serviço público de saúde (em anos)?
() Menos de 1 ano Registre o número de anos: _____
10. Qual a sua jornada de trabalho contratada na atenção básica?
() 20 horas () 40 horas () Outra: _____ [registre a carga horária com a qual é contratado(a)]

PRÁTICA PROFISSIONAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

11. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne com a Equipe de Saúde da Unidade onde você trabalha? *Se a opção escolhida for "Nunca" registrar "Não se aplica" na questão 12.*
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
12. Na reunião com a Equipe de Saúde da Unidade são discutidos temas relativos à atenção à saúde bucal?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica
13. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, se reúne para realizar o planejamento local das ações? *Se a opção escolhida for "Nunca" registrar a opção "Não se aplica" nas questões 14, 15 e 16.*
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
14. O planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte considera as informações epidemiológicas locais disponíveis?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica
15. O planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, considera as informações locais sobre o território (demográficas, ambientais e de vulnerabilidade à saúde)?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica

-
16. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza indicadores do Ministério da Saúde e/ou definidos localmente no processo de planejamento das ações (planejar, implementar, avaliar)?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica
17. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, organiza o atendimento considerando grupos prioritários como hipertensos, diabéticos e gestantes?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
18. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o acompanhamento das ações planejadas?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
19. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz a avaliação dos resultados das ações realizadas?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
20. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, estabelece critérios para organizar a demanda pelo atendimento odontológico?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
21. Todo usuário que busca atendimento com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, passa pelo acolhimento (escutar, examinar, resolver)?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
22. Todo usuário que busca atendimento de urgência odontológica com a Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é atendido?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
23. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o atendimento de urgência?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
24. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, utiliza a busca ativa como uma estratégia para organizar o acesso?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
25. A Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte consegue atender à demanda em atenção básica (ações clínico-preventivas) da população a ela adscrita?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
26. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o preenchimento completo do prontuário clínico?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
27. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para os usuários? *Se a opção escolhida for "Não" registrar "Não se aplica" nas questões 28 e 29.*
() Sim () Não
28. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz uso de protocolo para o encaminhamento dos usuários para a atenção especializada?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica
29. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, faz o acompanhamento do paciente que retorna após o tratamento realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não se aplica
30. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de equipamentos em condições de uso para o atendimento odontológico?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
-

-
31. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de serviço de manutenção técnica para os equipamentos odontológicos?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
32. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe de materiais e insumos em condições de uso e quantidade necessária para o atendimento odontológico?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
33. A Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, dispõe, na Farmácia da Unidade, de medicamentos de prescrição para os problemas de saúde bucal?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
34. O espaço físico disponível para a instalação dos equipamentos odontológicos e para o trabalho da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, é adequado?
() Sim () Não
35. No Conselho Municipal de Saúde do município onde está localizada a Equipe de Saúde Bucal da qual você faz parte, são abordados assuntos referentes à saúde bucal?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca () Não sei
36. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha, se reúne com as Equipes de Saúde Bucal a fim de definir diretrizes, bem como planejar, acompanhar e avaliar as ações em saúde bucal?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
37. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal do município onde você trabalha organiza cursos de capacitação/atualização para as Equipes de Saúde Bucal?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
38. Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo município?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
39. Na avaliação das ações da Equipe de Saúde Bucal, da qual você faz parte, são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde?
() Sempre () Quase sempre () Às vezes () Raramente () Nunca
-

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do interesse em construir um instrumento que identificasse quais são os fatores que interferem no cumprimento da PNSB, no campo da atenção básica, na percepção dos Cirurgiões dentistas. Embora seja uma política de saúde instituída desde 2004, observam-se ainda, ações que não refletem o atendimento da população com integralidade. Muitas vezes, a Equipe de Saúde Bucal centraliza o atendimento no tratamento da doença do indivíduo, desconsiderando os determinantes sociais; há dificuldades na organização da demanda; o acesso à atenção especializada é limitado; os profissionais revelam-se inabilitados para atuar segundo as orientações propostas pela Estratégia de Saúde da Família e as ações educativas, quando ofertadas, limitam-se a adesão de programas verticais. O grande desafio é como avançar na mudança do modelo assistencial na direção da garantia da assistência segundo as necessidades da população.

A fim de identificar as razões pelas quais a PNSB tem avançado timidamente, foram consultados os profissionais que estão diretamente envolvidos na execução da política, os Gestores das ações de saúde bucal e os Cirurgiões dentistas. A partir da realização de grupos focais com estes profissionais foram identificados elementos que contribuíram na elaboração de um questionário. Muitos sujeitos estiveram envolvidos na organização deste trabalho e a motivação ficou evidente pelo desejo em partilhar ideias, informações, opiniões, além da disponibilidade e dedicação para contribuir com este estudo. Os sujeitos que participaram dos grupos focais consideraram a experiência enriquecedora e “confortante”, dada ao modo de como puderam compartilhar um pouco de suas vivências profissionais e perceber que outros colegas enfrentam também muitas dificuldades, senão as mesmas. As experiências exitosas serviram de exemplo e incentivo para muitos. As contribuições do Comitê de Experts foram decisivas. Ao final o Comitê avaliou o questionário como adequado aos domínios propostos no contexto do princípio da Integralidade e objetivo do estudo.

Desenvolver um instrumento para identificar fatores que interferem no cumprimento da PNSB na Atenção Básica foi, desde o início, um desafio. Primeiro, devido à escassez de estudos na área, depois, pela necessidade de envolver vários sujeitos

e, finalmente explorar uma metodologia com aspectos quantitativos e qualitativos. Em futuros trabalhos, o instrumento deverá ser avaliado quanto às propriedades psicométricas (consistência interna, reprodutibilidade, validade de construto), possibilitando seu uso em outros contextos nacionais, contribuindo para o avanço da avaliação da execução da PNSB, visando o alcance da integralidade do cuidado. A versão final do questionário possui redação clara e objetiva e apresenta validade de conteúdo para avaliação da execução da PNSB.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p. 3061-3068, jul. 2011.

ALMEIDA, T. M. et al. Reorganização socioeconômica no extremo sul da Bahia decorrente da introdução da cultura do eucalipto. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 5-18, dez. 2008.

ALZAGA, B. H. Grupos de discusión: de la investigación social a la investigación reflexiva. In: GALINDO, J. (Coord.). **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunidad**. México: Addison Wesley Longman, 1998. p. 75-116.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, mar. 2006.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015.

BAHIA. Lei n. 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.secom.ba.gov.br/arquivos/File/LEI13204.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Comunicado da SESAB aos servidores**. Portal do Governo do Estado da Bahia, 17 jan. 2015. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8925:comunicado-da-sesab-aos-servidores&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Diretorias Regionais de Saúde (Dires): 5 Pontos para Compreensão. **Governo do Estado da Bahia**, 19 jan. 2015. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8930:diretorias-regionais-de-saude-dires-5-pontos-para-compreensao&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BLAIS, A.; DURAND, C. Le sondage. In: GAUTHIER, B. (Org.) **Recherche Sociale: de la problématique à la collecte des données**. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 2004. p. 387-430.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006a, p. 71,

col. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 28 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 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**, 20 set. 1990a. p. 18055, col. 1. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2008.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990b, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Número de cirurgiões dentistas nos municípios do extremo sul da Bahia**, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02ba.def>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010** - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_d_e_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidade Odontológica** - AMAQ CEO. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 75 p. (Série B - Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da**

atenção básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B - Textos básicos de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CANALES, M.; PEINADO, A. Grupos de discusión. In: DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Suintens, 1995.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 681-7177.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS- Abrasco, 2001. p. 113-26.

CERQUEIRA NETO, S. P. G. O extremo sul da Bahia que não pertence a Bahia: da fragmentação estadual à busca de uma identidade regional. **Caminhos de Geografia**, v. 13, n. 41, p. 307-319, mar. 2012.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC**. Brasília: ABEN. 1999. p. 306-324. (Série didática: Enfermagem no SUS).

COHEN, E.; FRANCO, R. **Evaluacion de proyectos sociales**. Buenos Aires: GEL, 1988. 319p.

- CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.
- COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- DAVIS, L. L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992.
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, jun. 2010.
- FITZNER, K. Reliability and validity. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 5, p. 775-780, 2007. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0145721707308172>>. Acesso em: 30 dez. 2016.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 712-713, 2009.
- GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.
- HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 325-340.
- HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.
- KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, Supl., p. s9-s19, 2012.

- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011.
- LEÃO, A. T.; OLIVEIRA, B. H. Questionário na pesquisa odontológica. In: LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 273-290.
- LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.
- MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.
- MATTOS, R. A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004a.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. 178p. p. 39-64.
- MATTOS, R. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, p. 91-92, maio/ago. 2004b.
- MENDES, E. V. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).
- MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. London: Sage Publications, 1997.
- MOYSÉS, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, 2012. 1097p. p. 609-633.
- NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.
- NERY, S. O. **Grupo focal**. (Extraído do Projeto Itajubá - Tecnópolis). 1997. Mimeografado.
- OLIVEIRA, A. C. et al. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 693-699, ago. 2008.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção Saúde à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012. 1097p. p. 459-491.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010.

RESSEL, L. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, dec. 2008.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à Integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar. 2006.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2015.

SENNA, M. C. M.; COEHN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-35, 2002.

SILVA R. et al. A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures. **Healthcare Policy**, v. 6, n. 4, p. 106-117, 2011.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 8., Salvador, 2011. **Texto de apoio elaborado para subsidiar os debates**. Salvador: Conferes, jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

WALLERSTEIN, N. **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006 (Health Evidence Network report). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

WYND, C. A.; SCHIMIDS, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

APÊNDICE A - Anuência do Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul da Bahia

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Vivian Ferreira Viana Glória

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada DESENVOLVIMENTO E REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAR AS FACILIDADES E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR GESTORES E CIRURGIÕES DENTISTAS NO CUMPRIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA, a ser realizada na microrregião do Extremo Sul da Bahia pelo mestrando Bruno Rafael Teixeira, sob orientação do Prof. Dr. João Henrique Lara Amaral e Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): desenvolver um questionário para identificar as facilidades e as dificuldades enfrentadas por gestores de saúde e cirurgiões dentistas na Política Nacional de Saúde Bucal, na atenção básica e identificar na percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal do Extremo Sul da Bahia e cirurgiões dentistas os problemas, desafios e dificuldades que encontram para realizar a gestão dos serviços de saúde bucal, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos através de entrevistas com os coordenadores de saúde bucal dos municípios da microrregião e cirurgiões dentistas. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Teixeira de Freitas, BA 27 de Abril de 2016.

Teixeira

Bruno Rafael Teixeira

Pesquisador Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Vivian Glória

Vivian Ferreira Viana Glória

Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde

Vivian Ferreira Viana Glória
Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde
Extremo Sul da Bahia
CPF: 195780913

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Grupo Focal

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Bruno Rafael Teixeira, sob a orientação dos professores João Henrique Lara do Amaral e Marcos Azeredo Furquim Werneck.

O objetivo do estudo é desenvolver um questionário para identificar as facilidades e as dificuldades enfrentadas por gestores de saúde e cirurgiões dentistas na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, na atenção básica. As questões que serão feitas a você dizem respeito a sua vida profissional e sua percepção sobre a Política Nacional de Saúde Bucal.

A sua participação acontece em uma reunião no Núcleo Regional de Saúde do Extremo Sul da Bahia, no município de Teixeira de Freitas (BA). Esta reunião é um Grupo Focal, como previsto na metodologia da pesquisa, composto por 6 a 10 profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde da regional. A duração do Grupo Focal será de 90 minutos e os depoimentos serão gravados, transcritos e armazenados nos arquivos de pesquisa do orientador, pelo período de 5 anos. As gravações em áudio serão destruídas logo após a defesa da dissertação.

Nesta pesquisa podem acontecer situações de desconforto e constrangimento entre os participantes e nas discussões das questões apresentadas durante o Grupo Focal. Nesse sentido, existe da parte dos pesquisadores: a garantia de que todas as informações serão utilizadas exclusivamente na pesquisa, o compromisso dos pesquisadores em sanar todas as dúvidas em relação à pesquisa e que cuidados especiais foram observados para que o Grupo Focal aconteça em local protegido.

Esta pesquisa resultará em benefício para os participantes e para a comunidade, uma vez que terá como resultado um questionário que visa o diagnóstico sobre as facilidades e as dificuldades enfrentadas por gestores e cirurgiões dentistas para o cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica. Com esse diagnóstico, esses profissionais poderão organizar melhor os serviços de saúde bucal em benefício da população.

Afirmamos que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação e os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa.

A sua participação é muito importante, no entanto, é inteiramente voluntária e você está livre para recusar a participar a qualquer momento, mesmo durante o desenvolvimento da pesquisa.

Toda pesquisa realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais é avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Portanto, no caso de dúvida, você poderá obter informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa no COEP/UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: (31) 34094592.

Também, colocamo-nos à disposição pelo número (73) 988737613 ou ainda pelos e-mails brunorafatx@gmail.com e jhamaral1@gmail.com

Eu, _____, considerando as explicações acima, como cirurgião dentista da Estratégia Saúde da Família ou gestor de saúde bucal do município/Núcleo, declaro livre e voluntariamente, que fui devidamente informado(a) sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que irei fornecer. Tenho a perfeita clareza de que posso, a qualquer momento, suspender meu consentimento. Concordo voluntariamente em cooperar com esta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Declaro ainda ter conservado comigo cópia deste Termo de Consentimento.

_____, ____ de _____ de 2016

Assinatura Pesquisador

Assinatura Cirurgião Dentista / Gestor

APÊNDICE C - Primeira Versão do Questionário

Nota: Uma caixa de texto apresentava-se abaixo de cada questão para comentários, dúvidas e/ou sugestões para uma nova redação, caso considerassem necessários.

1. Data:

Nesse item o Cirurgião dentista respondente registrará o dia em que preenche o questionário.

2. Município:

Nesse item o respondente registrará o município onde trabalha.

3. Nome da Unidade de Saúde:

Nesse item o respondente registrará a unidade de saúde onde trabalha.

4. Qual a modalidade de equipe de saúde bucal você faz parte?

Opções: Modalidade 1 (com auxiliar de saúde bucal) - Modalidade 2 (com auxiliar e técnico de saúde bucal).

5. Seu gênero:

Opções: Masculino - Feminino - Outro

6. Qual o seu tempo de formado (em anos)?

Opções: Menos de 1 ano - De 1 a 5 anos - De 6 a 10 anos - 11 ou mais

7. Qual a sua idade (em anos)?

Opções: 20 a 29 - 30 a 39 - 40 a 49 - 50 a 59 - 60 a 69

8. Qual o tipo de instituição em que você se graduou?

Opções: Pública - Privada - Filantrópica

9. Você atua no setor privado como dentista?

Opções: Sim - Não

10. Você possui pós-graduação?

Opções: Sim - Não

11. O seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?
Opções: Sim - Não
12. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?
Opções: Sim - Não
13. Qual o seu tempo de atuação na atenção primária no serviço público (em anos)?
Opções: Menos de 1 ano - De 1 a 5 anos - De 6 a 10 anos - 11 ou mais
14. Qual a sua jornada de trabalho contratada na Atenção Primária?
Opções: 20 horas - 40 horas - Outra. Qual? _____
15. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) se reúne com a Equipe de Saúde da Unidade onde trabalha?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
16. Na reunião com a Equipe de Saúde da Unidade são discutidos temas relativos à atenção a saúde bucal?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
17. A ESB se reúne para realizar o planejamento das ações?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
18. No planejamento das ações a ESB leva em consideração as informações sobre o território e os dados epidemiológicos locais?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
19. A ESB utiliza os indicadores da atenção à saúde bucal para fazer o planejamento das metas, implementação e avaliação das ações?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
20. No planejamento das ações a ESB organiza o atendimento segundo as condições de vida para gestantes?
Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

21. No planejamento das ações a ESB organiza o atendimento segundo as condições de vida para diabéticos?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

22. No planejamento das ações a ESB organiza o atendimento segundo as condições de vida para hipertensos?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

23. A ESB se reúne para o acompanhamento das ações planejadas?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

24. A ESB se reúne para avaliar os resultados das ações planejadas?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

25. A ESB se reúne para discutir casos clínicos?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

26. A ESB se reúne para realizar capacitação / atualização?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

27. A ESB organiza a demanda pelo atendimento odontológico antes que ela se apresente espontaneamente na Unidade de Saúde?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

28. Todo usuário que demanda atendimento de urgência odontológica é atendido?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

29. Todo usuário que busca atendimento odontológico, não caracterizado como urgência, é atendido?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

30. A ESB faz uso de algum protocolo para o atendimento de urgência?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

31. A ESB realiza acolhimento para a demanda espontânea?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

32. O acolhimento é realizado pelo cirurgião dentista?

- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
33. O acolhimento é realizado pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
34. O acolhimento é realizado pelo Técnico de Saúde Bucal (TSB)?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
35. O acolhimento é realizado por outro(s) trabalhador(es) da Equipe de Saúde?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
36. A ESB organiza lembretes aos usuários agendados?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
37. A ESB realiza a busca ativa para o tratamento odontológico de pacientes que se enquadram em grupos prioritários segundo as condições de vida?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
38. A ESB realiza busca ativa de usuários que tem faltado às consultas?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
39. No atendimento odontológico é feito o preenchimento de prontuário clínico?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
40. No preenchimento do prontuário clínico são registrados os dados demográficos?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
41. No preenchimento do prontuário clínico são registrados os dados da anamnese?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
42. No preenchimento do prontuário clínico é registrado o levantamento de necessidades?
- Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca
43. No preenchimento do prontuário clínico é registrado o planejamento do tratamento odontológico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

44. No planejamento do tratamento odontológico são previstas orientações de auto cuidado?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

45. No planejamento do tratamento odontológico é previsto um plano preventivo terapêutico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

46. No preenchimento do prontuário clínico é registrado o tratamento realizado?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

47. Ao término do tratamento (alta) é definida uma data para retorno?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

48. Ao término do tratamento (alta) o usuário é alertado sobre a necessidade de retorno?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

49. Excetuando-se as urgências, a ESB faz uso de algum protocolo para subsidiar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da oferta do cuidado?

Opções de respostas: Sim ou Não.

Obs.: Se a opção for “não” marcar “não se aplica” na questão 50

50. Excetuando-se as urgências, especifique em quais situações a ESB faz uso de protocolo(s)?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

51. Existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para a Unidade de Saúde onde você trabalha?

Opções de respostas: Sim ou Não.

Obs.: Se a opção for “não” marcar “não se aplica” nas questões 52, 53, 54, 55, 56

52. A ESB faz uso de protocolo clínico-terapêutico para o encaminhamento dos usuários para a atenção especializada?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

53. O CEO consegue atender a todos os usuários encaminhados?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

54. Com base nas especialidades ofertadas pelo CEO todos os tratamentos iniciados são concluídos?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

55. A ESB faz o acolhimento e o exame dos usuários após o tratamento realizado no CEO?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

56. A ESB faz a preservação do tratamento realizado no CEO?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

57. A ESB dispõe de equipamentos (cadeira odontológica, equipo, compressor, caneta de alta e baixa rotação) adequados para o atendimento clínico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

58. A ESB dispõe de equipamentos periféricos (amalgamador, fotopolimerizador, ultrassom odontológico para profilaxia) adequados para o atendimento clínico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

59. A ESB dispõe de materiais e insumos adequados para o atendimento odontológico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

60. A ESB dispõe de materiais e insumos em volume suficiente para o atendimento odontológico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

61. O Cirurgião dentista dispõe, na Farmácia da Unidade de Saúde, de medicamentos necessários ao serviço odontológico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

62. O Cirurgião dentista dispõe, na Farmácia da Unidade de Saúde, de medicamentos em número suficiente, necessários ao serviço odontológico?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

63. O número de Cirurgiões dentistas da Unidade de Saúde é suficiente para atender à demanda em saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

64. O número de ASB da Unidade de Saúde é suficiente para atender à demanda em saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

65. O número de TSB da Unidade de Saúde é suficiente para atender à demanda em saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

66. O espaço físico disponível para a instalação dos equipamentos odontológicos e para o trabalho da ESB é suficiente?

Opções de resposta: Sim ou Não

67. Na compra dos materiais e insumos odontológicos, no que tange à sua adequação e volume, a gestão faz consulta à ESB?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

68. Na área de abrangência da ESB existe Conselho Local de Saúde?

Opções de respostas: Sim ou Não.

Obs: Se a opção for “não” marcar “não se aplica” na questão 69

69. Nas reuniões do Conselho Local de Saúde são abordados assuntos referentes à saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca - não se aplica

70. Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde são abordados assuntos referentes à saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

71. A comunidade por meio do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde ou de outra forma participa do planejamento das ações da Equipe de Saúde Bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

72. A comunidade por meio do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde ou de outra forma participa do acompanhamento das ações da Equipe de Saúde Bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

73. A comunidade por meio do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde ou de outra forma participa da avaliação das ações Equipe de Saúde Bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

74. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal se reúne com as ESB?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

75. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal define ou recomenda diretrizes para o funcionamento dos serviços de atenção à saúde bucal?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

76. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal planeja as ações com a equipe de ESB ou com parte desta equipe?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

77. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal acompanha, com a equipe de ESB ou com parte desta, as ações que foram planejadas?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

78. O profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal avalia, com a equipe de ESB ou com parte desta, as ações que foram realizadas?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

79. Na avaliação das ações da ESB são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo município?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

80. Na avaliação das ações da ESB são utilizados instrumentos de avaliação desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde, para este fim?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

81. O gestor municipal do Sistema Único de Saúde e/ou o profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal organiza cursos de capacitação/atualização para os Cirurgiões dentistas?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

82. O gestor municipal do Sistema Único de Saúde e/ou o profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal organiza cursos de capacitação/atualização para os ASB e/ou TSB?

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

83. O gestor municipal do Sistema Único de Saúde e/ou o profissional responsável pela gestão do setor de saúde bucal apoia as iniciativas da comunidade com relação aos serviços prestados pela ESB? Nessa questão incluir o item “a comunidade não apresenta sugestões em relação aos serviços prestados pela ESB”.

Opções: sempre - quase sempre - às vezes - raramente - nunca

APÊNDICE D - Texto Explicativo para o Comitê de *Experts* (Segunda Rodada)

Validação de itens de um questionário-2

1. Orientações de ordem geral

Prezada colaboradora

Prezado colaborador

Bom dia / Boa tarde / Boa noite.

Começa agora a segunda rodada de validação de conteúdo de um questionário como produto do trabalho: "*Desenvolvimento de questionário para identificar, na percepção dos cirurgiões dentistas, os fatores que interferem na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, no campo da atenção básica*". Esse trabalho é desenvolvido pelo aluno Bruno Rafael Teixeira do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Foi realizada uma análise das suas contribuições e de outros colaboradores em relação à primeira versão do questionário. Muitas sugestões foram acatadas, questões eliminadas, outras aglutinadas, algumas reformuladas e novas questões foram inseridas. Nessa primeira etapa o número de questões foi reduzido de 83 para 55 itens.

Continuamos contando com você para participar da 2ª rodada de validação de conteúdo do questionário. Nesta etapa, você poderá opinar sobre cada questão assinalando apenas uma alternativa entre 12 possibilidades. Se desejar, é possível fazer comentários a respeito das questões em espaço reservado para esse fim.

Lembramos mais uma vez que temos uma limitação de tempo para realizar essa atividade o que restringe em muito o número de dias para o envio das suas contribuições.

Para essa rodada você terá até o dia 08 de dezembro para enviar a sua contribuição.

Validação de itens de um questionário-2

2. Orientações de ordem geral (continuação)

Nesse instrumento de validação as perguntas estão colocadas como serão apresentadas aos Cirurgiões dentistas, ou seja, a pergunta e as opções de respostas.

Após cada pergunta e as opções de respostas emitálico, foram incluídos 12 itens. Você poderá avaliar se a questão é indispensável, necessária ou dispensável considerando os objetivos do questionário e o marco teórico do trabalho. Para aumentar a sensibilidade da medida em relação à pertinência ou importância da pergunta são propostos quatro (1 a 4) graus de intensidade que você atribui à sua primeira escolha.

Se uma pergunta é avaliada por você como indispensável com intensidade 4, significa que ela deve ser incluída no questionário. Se a pergunta é indispensável com intensidade 1, significa que é possível a sua não inclusão se, em algum momento, surgir uma dúvida consistente em relação à sua manutenção no questionário. As alternativas de intensidade (1 a 4) devem ser também atribuídas se a pergunta for considerada necessária ou dispensável.

No extremo oposto, se a pergunta for considerada por você como dispensável com intensidade 4 não restará dúvida quanto à sua retirada do questionário.

Você poderá, em todos os casos, escolher entre as intensidades 1, 2, 3 e 4.

É o conjunto das considerações e escolhas dos colaboradores que norteará as decisões sobre o conteúdo das questões e a sua permanência no questionário.

Nessa etapa de validação, após cada item do questionário, foram incluídas, em caixa alta, as dimensões avaliadas por cada um dos itens segundo o Modelo Teórico.

As primeiras 11 questões são destinadas à caracterização dos respondentes. Se desejar você poderá fazer comentários sobre essas 11 questões.

A partir do item 12 as questões estão distribuídas de 10 em 10 em páginas do instrumento permitindo que você interrompa o trabalho retomando em outro momento. Para que as informações de cada página sejam gravadas é necessário sempre clicar em "Próx."

Agradecemos a sua participação.

Belo Horizonte, 03 de dezembro de 2016.

Atenciosamente.

Mestrando Bruno Rafael Teixeira

Prof. João Henrique Lara do Amaral (orientador)

Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck (coorientador)

Profª. Raquel Conceição Ferreira (colaboradora)

APÊNDICE E - Modelo Teórico

MODELO TEÓRICO Dimensões da Integralidade: Acesso / Acolhimento e Atendimento ¹ - Infraestrutura ² - Processo de Trabalho ³ - Gestão Participativa e Apoio Institucional ⁴ - Participação Social ⁵ <i>(Cada citação abaixo recebe ao final referência(s) (1 a 5) que corresponde a uma dimensão ou dimensões da(s) qual(is) mais se aproxima)</i>			
Referência	Texto	Referência	Texto
Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) Integralidade; Participação; Infraestrutura	<p>“Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.”⁽¹⁾</p> <p>Integralidade da Atenção: “a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.”⁽¹⁾</p> <p>“Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.”⁽²⁻⁵⁾</p> <p>“O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.”⁽⁵⁾</p>	PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. B.S. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.	<p>“Integralidade: a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Já a Lei nº 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾</p> <p>“No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.”⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾</p> <p>“A prática integral organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades.”⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾</p>
Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil (2011). Camen Lavras Atenção/ Cuidado; Infraestrutura/ Gestão	<p>“A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (Atenção/Cuidado).”⁽¹⁻²⁻⁴⁾</p> <p>“As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁾</p> <p>“No que diz respeito à APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial.”⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾</p>		

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 56289416.6.0000.5149

Interessado(a): **Prof. João Henrique Lara do Amaral**
Departamento de Odontologia Social e
Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de junho de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**Desenvolvimento e Reprodutibilidade de Questionário para Identificar as Facilidades e as Dificuldades Enfrentadas por Gestores e Cirurgiões Dentistas no Cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal, no Campo da Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz

Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo

14/01/2017

Gmail - Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-0094



João Henrique Lara Amaral <jhamaral1@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-0094

1 mensagem

Ciência & Saúde Coletiva

14 de janeiro de 2017

<onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.com>

12:14

Responder a: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: jhamaral1@gmail.com

Cc: brunorafatx@gmail.com, jhamaral1@gmail.com, mfurquim52@gmail.com, raquelconceicaoferreira@gmail.com

14-Jan-2017

Dear Prof. Amaral:

Your manuscript entitled "Desenvolvimento de questionário para identificar os fatores que interferem na Política Nacional de Saúde Bucal" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2017-0094.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

ANEXO C - Normas de publicação da revista *Ciência e Saúde Coletiva*

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.

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

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word 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 palavras-chave/key words), 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 no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

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 biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. 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

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, 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 mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf. 6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que

prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

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...

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 (<http://www.nlm.nih.gov/>).
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)

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

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

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

2. Instituição como autor

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

3. Sem indicação de autoria

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

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 n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

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

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

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

17. Monografia em formato eletrônico

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

18. Programa de computador

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