

DANIELE LOPES LEAL

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO
DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2013**

DANIELE LOPES LEAL

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO
DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Políticas, instituições e serviços de saúde bucal

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2013**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Marli e Antonio, e a minha irmã, Denise que através de muito carinho e amor me ensinaram o verdadeiro sentido de SER parte de uma família. Com eles aprendi a importância de se cuidar do próximo.

Dedico também ao meu amor, Wagner, que é a minha motivação e inspiração, e que soube ser generoso e aceitar a minha ausência em função da realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte da minha vida, luz dos meus caminhos, certeza da minha existência.

Agradeço à Professora e orientadora Ana Cristina, que se mostrou extremamente acessível em todas as etapas deste trabalho. Além de todos os ensinamentos, ela me recebeu, me orientou e me motivou de uma maneira muito respeitosa e carinhosa. Soube ser paciente e com muita generosidade, dividiu comigo conhecimento e saber. Sem ela, este trabalho não teria finalizado. Muito obrigada por tudo!

Agradeço ao Professor e co-orientador Marcos, que esteve ao meu lado em vários momentos deste curso e também na minha vida profissional.

Marcos me desculpe a liberdade, mas para mim, antes de ter sido meu co-orientador, você foi um grande amigo. Obrigada pela sua franqueza, o seu apoio constante e sua postura companheira de todas as horas!

Agradeço aos colegas de mestrado, pela amizade, carinho e verdade que cultivamos. Foi muito importante estar junto de vocês durante este curso! Aprendi muito, e espero que possamos trilhar os caminhos que sonhamos trilhar!

Agradeço aos gestores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por confiarem em mim e me proporcionarem, no local de trabalho, um campo vasto de conhecimento.

Agradeço, em especial, a equipe da Diretoria de Saúde Bucal (SES/MG) pela parceria, e principalmente pela confiança que depositaram em mim em relação à validação deste instrumento de pesquisa. Vocês são minha inspiração e a razão de eu ter alcançado profissionalmente e intelectualmente, o espaço que ocupo hoje.

Agradeço aos coordenadores municipais de saúde bucal que participaram deste trabalho, contribuindo de maneira fundamental para a coleta de dados.

Agradeço as referências de saúde bucal das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde do estado de Minas Gerais pela parceria na coleta de dados para esta pesquisa.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

RESUMO

Propriedades psicométricas do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal

Diante da importância de avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal nos municípios brasileiros, o objetivo deste trabalho foi adaptar e validar um instrumento para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público dos municípios brasileiros. A amostra foi composta pelos coordenadores de saúde bucal de 154 municípios escolhidos aleatoriamente e localizados no Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil. Para tanto, o estudo foi realizado em 4 etapas: (1) Adaptação do instrumento (revisão por um comitê avaliador); (2) Pré-teste com uma sub amostra da população alvo do estudo (n=20 coordenadores municipais de saúde bucal); (3) Teste de campo (n=184 coordenadores municipais de saúde bucal); (4) Estudo das propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade e validade). Os questionários foram enviados para os coordenadores por e-mail. Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS 19.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer 55044/2012). Os pontos de discussões teórico-conceituais foram considerados satisfatórios no que diz respeito a equivalência conceitual, funcional, de itens, semântica e operacional do instrumento. Considerando-se a análise das propriedades psicométricas sobre a confiabilidade do instrumento, a consistência interna demonstrou índices adequados para o escore total (Cronbach's alpha= 0,97) e para os domínios (Cronbach's alpha= 0,77-0,94). O teste-reteste demonstrou boa estabilidade do instrumento conforme a análise do escore total (Coeficiente de Correlação Intra-classe-CCI= 0,88) e dos escores dos domínios (CCI= 0,83-0,91). Sobre a validade de constructo, a mensuração das concordâncias dos itens demonstrou valores de $r = 0,25-0,81$, variando, portanto de regular à quase perfeita. Em relação à validade discriminante, o

escore total do instrumento e os domínios “População”, “Sistemas logísticos” e “Sistema de governança da rede” se mostraram capazes de distinguir os grupos de coordenadores de acordo com o tempo de formado ($p < 0,05$). Constatou-se, portanto, uma boa equivalência conceitual, funcional, de itens, semântica e operacional entre a versão original e a versão saúde bucal do instrumento. Quanto às propriedades psicométricas, a versão saúde bucal apresentou propriedades adequadas quanto à confiabilidade (consistência interna e estabilidade teste-reteste), à validade do constructo e à validade discriminante, o que sugere a sua utilização como um parâmetro adicional nos estudos de avaliação do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal nos municípios brasileiros.

Palavras-chave: Saúde bucal. Estudos de Validação. Questionário. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Measurement properties of the instrument to diagnose the stage of development of a dental health care network

The implementation of a dental health care network is a recent process that requires evaluation. The aim of the present study was to adapt and validate an instrument to evaluate the development stage of a public dental health care network in Brazil. The original instrument, known as the Diagnostic Instrument of Stage of Development of a Health Care Network, was created by Mendes (2011). The sample comprised dental healthcare coordinators from 154 randomly chosen municipal districts in the state of Minas Gerais, in the Southeast of Brazil. The study consisted of four stages: (1) Adaptation of instrument (revised by an evaluation committee); (2) Pre-test with a sub-sample of the target population of the study (n= 20 municipal dental health care coordinators); (3) Field test (n=184 municipal dental healthcare coordinators); (4) Study of psychometric properties of instrument (reliability and validity). Questionnaires were sent to the coordinators by e-mail. The SPSS 19.0 program was used for statistical analysis. The present study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais under protocol number 55044/2012. The theoretical-conceptual discussion points were considered satisfactory with respect to the conceptual, functional, item, semantic and operational equivalence of the instrument. With respect to psychometric properties relating to the reliability of the instrument, internal consistency levels were satisfactory for both total score (Cronbach's alpha= 0.97) and domain scores (Cronbach's alpha= 0.77-0.94). Test-retest reliability revealed that the stability of the instrument was positive for both total score (Intraclass Correlation Coefficient-ICC= 0.88) and domain scores (ICC= 0.83-0.91). In relation to the validity of the instrument, concordance measurement of the items resulted in values of $r = 0.25-0.81$, which varied from normal to

almost perfect. In terms of discriminant validity, the total score of the instrument and the domains “Population”, “Logistical systems” and “Network Governance System” were capable of distinguishing between groups of coordinators according to time since graduation ($p < 0.05$). There was, therefore, positive conceptual, functional, of items, semantic and operational equivalence between the original version and the dental health care version of the instrument. With respect to psychometric properties, the dental health care version performed satisfactorily for reliability (internal consistence and test-retest stability), validity construct and discriminant validity, and therefore the use of the instrument as an additional parameter in studies to evaluate the stage of development of a dental health care network can be recommended.

Key-words: Oral health. Validation Studies. Questionnaire. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CCI	Coeficiente de Correlação Intra-Classe
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MAC	Modelo de Atenção Crônica
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
%	Percentual
<	Menor
>	Maior
=	Igual

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal	26
Tabela 2- Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais	31
Tabela 3- Confiabilidade do instrumento e dos domínios	32
Tabela 4- Validade de Constructo: correlações entre o escore total do instrumento e o escore dos domínios, e indicador global sobre as necessidades de saúde bucal e ações de atenção primária	32
Tabela 5- Validade discriminante: Escore total do instrumento e escore dos domínios de acordo com o tempo de formado em Odontologia dos participantes	33

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 ARTIGO	17
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
4 REFERÊNCIAS GERAIS	45
APÊNDICES	51
Apêndice A: Carta convite ao coordenador municipal de saúde bucal	52
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido	53
Apêndice C: Instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde	54
ANEXOS	60
Anexo A: Instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal	61
Anexo B: Autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	67
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG	68
Anexo D: Normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública	70
Anexo E: Carta de submissão ao periódico Cadernos de Saúde Pública	74

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em 2000, a partir da inclusão dos profissionais da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria/GM nº1444, iniciou-se a discussão da organização da atenção com foco na universalização do acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004a). Por meio dessa portaria instituiu-se o incentivo financeiro aos municípios para a organização das ações em saúde bucal na atenção primária à saúde.

A Portaria/GM nº 1570, do Ministério da Saúde, estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004b). Esse documento considera o princípio da integralidade da assistência à saúde, a regionalização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de garantir acesso integral às ações de saúde bucal e de identificar e habilitar uma rede assistencial consistente para produção de serviços odontológicos especializados, consoante com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004c).

Os sistemas integrados de saúde, também denominados redes de atenção à saúde, são aqueles sistemas organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde no intuito de prestar assistência contínua e integral a uma população definida (SILVA, 2011). Os sistemas de atenção à saúde devem compor respostas sociais, devidamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências da sociedade. Necessitam ser articulados por meio das necessidades de saúde da população que geralmente se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (SCHRAMM et al., 2004; MENDES, 2010; 2011).

Os atributos de uma rede de atenção à saúde podem ser resumidos em três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; 2011).

Elementos constitutivos das redes de atenção á saúde

População

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde é a população. A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, em implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e preferências (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Estrutura operacional

É considerado o segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde. Possui cinco componentes: centro de comunicação, atenção primária à saúde; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Atenção primária à saúde (APS)

Para realizar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a APS deve cumprir três papéis essenciais: resolubilidade, comunicação, responsabilização (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Segundo o autor, na concepção de redes de atenção à saúde, cabe à APS a responsabilidade de articular-se com

a população para estabelecer um processo de conhecimento e relacionamento, íntimo e contínuo.

Em relação à saúde bucal, a possibilidade de resolução da maioria dos problemas de saúde bucal pela atenção primária fica clara quando se observam as necessidades de tratamento apontadas pelo SB-Brasil 2010 (BRASIL, 2011). A maioria das condições clínicas estabelecidas em relação à cárie e doença periodontal remete a uma necessidade de tratamento ligada à atenção primária (restauração de uma superfície, extração, tratamento de mancha branca, selante, atividade de doença periodontal e cálculo).

Os pontos de atenção secundários e terciários

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários se distribuem espacialmente de acordo com o processo de territorialização. Neste sentido, os pontos de atenção secundária, em geral, se localizam nas microrregiões de saúde e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). São considerados os nós das redes, onde se ofertam serviços especializados, e se diferenciam um de outro devido à densidade tecnológica: os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Geralmente são constituídos por unidades ambulatoriais e hospitalares.

Em relação à saúde bucal, a atenção especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar que visam a produção do cuidado na atenção secundária e terciária em saúde bucal (MINAS GERAIS, 2006). Os CEO são exemplos de estabelecimentos de saúde que prestam serviços especializados em saúde bucal.

Os Sistemas de apoio e logístico

Os sistemas de apoio referem-se aos lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação (MENDES, 2011). Em saúde bucal, um bom exemplo de sistema de apoio são os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), responsáveis pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas.

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2010; 2011). Em relação ao sistema logístico em saúde bucal, pode-se citar a importância dos prontuários clínicos, que além de sua função comunicacional, são utilizados como ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

O Sistema de governança da rede

A governança das redes de atenção à saúde é o elemento que permite a gestão de todos os componentes da rede de atenção à saúde, objetivando estabelecer a cooperação entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e adquirir resultados sanitários e econômicos para a população de referência da rede (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, que definem a organização das ações e serviços para o enfrentamento das

condições de saúde. Além disso, articulam as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da análise da situação de saúde da população (MENDES, 2011).

As condições de saúde são definidas em agudas e crônicas e, portanto, há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas (CORDEIRO, 2008). Aqueles modelos de atenção à saúde que são direcionados para a condição crônica são constituídos a partir do Modelo de Atenção Crônica (MAC) (WAGNER et al., 2001). No Brasil, Mendes (2011) propôs, com base no MAC, um modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS.

A necessidade de se avaliar os sistemas de atenção à saúde para verificar se os mesmos respondem com efetividade, eficiência e segurança as situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou a necessidade do desenvolvimento de instrumentos destinados para este fim. Daí a importância de adaptação e validação de um instrumento que avalie o estágio de desenvolvimento da rede de saúde bucal.

Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Optou-se pela apresentação da dissertação em forma de artigo científico posto que artigos publicados constituem uma forma clara e objetiva de divulgação de pesquisas junto à comunidade científica. Portanto, essa dissertação inclui um artigo relacionado aos resultados do estudo de adaptação e validação de um instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal.

2 ARTIGO

Confiabilidade e validação do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal

Título resumido: Validação de um instrumento de diagnóstico da rede de atenção à saúde bucal

Daniele Lopes Leal^a, Saul Martins Paiva^b, Marcos Azeredo Furquim Werneck^c, Ana Cristina Oliveira^c

^a Estudante de Mestrado, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil

^b Professor, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil

^c Professor, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil

Artigo submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (Qualis B1 / Fator de impacto: 0,77)

RESUMO

Confiabilidade e validação do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal

Este estudo objetivou adaptar e validar um instrumento para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal. A amostra foi composta pelos coordenadores de saúde bucal de 154 municípios de Minas Gerais, Brasil. O estudo foi realizado em quatro etapas: adaptação; pré-teste; teste de campo; estudo das propriedades psicométricas. As equivalências conceitual, funcional, de itens, semântica e operacional foram satisfatórias. A consistência interna mostrou índices bons para o escore total e dos domínios (Cronbach's alpha= 0,77-0,97). O teste-reteste mostrou boa estabilidade para o escore total e dos domínios (Coeficiente de Correlação Intra-classe-CCI= 0,83-0,91). A validade de constructo foi satisfatória, com a mensuração das concordâncias dos itens evidenciando valores de r entre 0,25 e 0,81. Quanto à validade discriminante, o escore total e os domínios "População", "Sistemas logísticos" e "Sistema de governança da rede" distinguiram os grupos de acordo com o tempo de formado ($p < 0,05$). A versão saúde bucal apresentou-se adaptada e com propriedades psicométricas adequadas.

Palavras-chave: Saúde bucal; Estudos de Validação; Questionário; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT**Reliability and validation of instrument to diagnose the stage of development of a dental health care network**

The aim of the present study was to adapt and validate an instrument to evaluate the development stage of a public dental health care network in Brazil. The sample comprised dental healthcare coordinators from 154 randomly chosen municipal districts in the Brazil. The study consisted of four stages: adaptation of instrument; pre-test; field test; study of psychometric properties. The internal consistency levels were satisfactory for both total score and domain scores (Cronbach's $\alpha = 0.77-0.97$). The stability of the instrument was positive for the total score and domain scores (Intraclass Correlation Coefficient- $ICC=0.83-0.91$). The concordance measurement of the items resulted in values of $r = 0.25-0.81$. In terms of discriminant validity, the total score of the instrument and the domains "Population", "Logistical systems" and "Network Governance System" were capable of distinguishing between groups of coordinators according to time since graduation ($p < 0.05$). The dental health care version was satisfactorily for adaptation and reliability, validity construct and discriminant.

Key-words: Oral health; Validation Studies; Questionnaire; Unified Health System.

RESUMEN

La fiabilidad y la validación de la etapa de diagnóstico del desarrollo de la red de servicios de salud bucal

Este estudio objetivo adaptó y validó un instrumento para evaluar el estado de desarrollo de la red de atención de la salud oral. La muestra estaba compuesta por los coordinadores de salud oral de 154 municipios de Brasil. Los elementos funcionales, conceptuales y semánticos operacionales fueron satisfactorios. Los índices mostraron una buena consistencia interna para la puntuación y los dominios totales (alfa de Cronbach = 0,77 a 0,97). El test-retest mostró una buena estabilidad para la puntuación total y dominios (Coeficiente de Correlación Intra-clase-CCI = 0,83 a 0,91). La validez de constructo fue satisfactoria, con la medición de la concordancia de los elementos que muestran los valores de r entre 0,25 y 0,81. En cuanto a la validez discriminante, la puntuación total y dominios "Población", "Sistemas de logística" y "Sistema de red de gobierno" grupos distinguidos de acuerdo con el tiempo transcurrido desde la graduación ($p < 0,05$). La versión presentada la salud oral se adaptó y propiedades psicométricas adecuadas.

Palabras clave: Salud Bucal; Estudios de Validación; Cuestionarios; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde devem constituir respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências da sociedade. Para tanto, é necessário que haja uma coerência entre a situação de saúde da população e a resposta social. Esta coerência é possível de ser observada através das redes de atenção à saúde ^{1,2,3}.

Os sistemas de saúde organizados em redes de atenção à saúde são capazes de adquirir maior efetividade e eficiência das ações e serviços de saúde, quando institucionalizados por políticas públicas, em um determinado espaço regional. Isso acontece por meio de um trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos ⁴.

A palavra rede refere-se a uma configuração poliárquica composta por nós e vínculos que se comunicam entre si. A sua operacionalização implica a ideia de fluxo, de circulação. Uma estrutura em rede representa um conjunto de relações, de natureza não hierárquica e interdependente, vinculando uma série de atores com interesses comuns e que articulam recursos para concretizar estes interesses, com base na cooperação ^{2,3,5}.

Em relação aos serviços e ações de saúde, a palavra rede adquire uma conotação mais complexa, exigindo uma relação fortalecida entre os responsáveis pela organização e gestão do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Além disso, é necessário que seja estabelecido o fluxo de pessoas e informações, as conexões entre os pontos de atenção e os vínculos entre os diferentes atores e pontos de atenção ^{6,7}.

A primeira descrição completa de uma rede de atenção à saúde foi apresentada pelo relatório Dawson, publicado em 1920. O objetivo era buscar formas de organizar a oferta de serviços de saúde para toda a população de uma dada região ⁸.

No Brasil, a organização das redes de atenção à saúde constituiu a premissa sobre a qual foram discutidas as propostas da reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁹. A universalização do acesso, a descentralização/ regionalização e a integração com formação das redes de atenção são imperativos constitucionais que se tornaram diretrizes fundamentais à construção do SUS, consolidadas pela Constituição Federal de 1988 ¹⁰.

Esta discussão se fortaleceu devido à capacidade das redes melhorarem a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de saúde ^{2,3,11}. Isto porque as redes de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e racionalidade sistêmica na utilização dos recursos, reduzindo os custos ¹⁰.

O Ministério da Saúde define rede de atenção à saúde como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” ¹².

Mendes ² classificou três elementos como os atributos de uma rede de atenção à saúde: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Em relação aos componentes da estrutura operacional de uma rede de atenção, os principais são os espaços territoriais e suas respectivas populações, os serviços de saúde, a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários e o sistema de governança ¹⁰.

Considerando os componentes acima descritos, deve-se enfatizar a importância primordial da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção de uma rede. O papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde tem sido enfatizado pela literatura ^{13,14}. No que se refere ao modelo de atenção que rege a organização das ações de saúde em rede, a literatura atual aponta a necessidade de se conhecer as respostas

comumente dadas pelos serviços às condições agudas e crônicas, apontando a importância de se relevar as condições crônicas como estratégia para a organização do cuidado junto às populações sob a responsabilidade de um serviço em rede ^{2,3,9}.

Diante do crescente reconhecimento de que as redes de atenção à saúde constituem respostas eficientes frente às condições crônicas ^{2,3}, verificou-se a necessidade de buscar na literatura, um instrumento de pesquisa capaz de investigar a avaliação do desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal. Observou-se a existência de um instrumento que permite a identificação do estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde: “Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde” ².

O instrumento produzido por Mendes ² foi utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) durante a realização da Oficina 1 do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). O PDAPS é uma proposta educacional desenvolvida pela SES-MG que visa à capacitação de profissionais em estratégias e ferramentas da gestão de processos de trabalho da atenção primária à saúde. O instrumento é composto por 172 questões distribuídas em sete dimensões: população, atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança da rede e modelo de atenção à saúde.

O instrumento em questão, no entanto, não aborda especificidades da área da saúde bucal e não foi encontrado nenhum outro instrumento direcionado à avaliação do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal. A importância de se ter na prática um instrumento específico para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal reside no fato desse tipo de instrumento identificar-se como uma ferramenta importante com condições de auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas para as especificidades de organização da saúde bucal.

Desse modo, o presente estudo objetivou adaptar e validar um instrumento para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no SUS.

MÉTODOS

Amostra

O estudo contou com uma amostra de conveniência constituída pelos coordenadores municipais de saúde bucal de aproximadamente 20,0% dos municípios do estado de Minas Gerais (n=171), região sudeste do Brasil. Minas Gerais possui, atualmente, 853 municípios ¹⁵. Os critérios de inclusão para a composição da amostra foram: ser cirurgião dentista e exercer o cargo de coordenador municipal de saúde bucal.

Após a autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), os coordenadores municipais de saúde bucal, escolhidos de forma aleatória, foram convidados a participar do estudo, por telefone e e-mail, pela pesquisadora (DLL). Os telefones e e-mails dos possíveis participantes foram obtidos com as 28 Superintendências/Gerências Regionais de Saúde da SES-MG.

Os coordenadores municipais de saúde bucal que concordaram em participar do estudo receberam (pelo correio), por intermédio da SES-MG, o termo de consentimento livre e esclarecido, um formulário sobre as características individuais do participante e o questionário versão saúde bucal. Após assinatura do termo de consentimento e do preenchimento do formulário/questionário, os participantes reenviaram todo o material (via correio e por intermédio da SES/MG) para a pesquisadora. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da não identificação nominal e do município.

O presente estudo foi realizado em quatro etapas.

1- Adaptação do instrumento

Por ter sido elaborado em uma abordagem diferente da qual vai ser aplicado, a versão adaptada para saúde bucal, construída previamente pela Diretoria de Saúde Bucal da SES/MG, foi analisada por uma equipe de três estudiosos sobre redes de atenção em saúde e saúde bucal. Esta etapa de adaptação do instrumento foi realizada por meio da equivalência conceitual, funcional, de itens, semântica, operacional e mensuração do instrumento^{16,17,18,19}. Foram discutidos os pontos teórico-conceituais sobre os dois instrumentos (original e versão saúde bucal) para verificar-se a equivalência conceitual e funcional entre eles. Esse momento permitiu avaliar se os domínios e questões do instrumento eram importantes para a população a ser estudada.

Os pontos de discussões foram considerados satisfatórios. A versão saúde bucal apresentou condições de ser compreendida pelos coordenadores municipais de saúde bucal, podendo ser aplicada em formato similar ao original. Para isso, algumas modificações foram necessárias para se conquistar a equivalência do instrumento. Alguns itens do questionário original foram removidos por não se aplicarem a rede de atenção à saúde bucal. A versão adaptada segue a mesma estrutura do instrumento original no agrupamento por domínios, com convergência das questões incluídas em cada domínio, bem como pontuação a ser atribuída. A versão adaptada apresenta 107 questões (Tabela 1), sendo 4 opções de resposta para cada item: 0- não existência do que está sendo perguntado; 1- funcionamento básico ou incipiente; 2- funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; 3- existência em operação de forma ótima.

Tabela 1-Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal

POPULAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Há uma população claramente definida sob a responsabilidade da rede de atenção em saúde bucal? 2. Há uma clara definição das necessidades de saúde bucal dessa população? 3. A estrutura operacional da rede de saúde bucal é formatada em função dessas necessidades? 4. Há um processo de territorialização da rede de saúde bucal? 5. A rede de saúde bucal segue um Plano Diretor de Regionalização? 6. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal secundários? 7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal terciários? 8. Toda a população de responsabilidade da rede de saúde bucal está cadastrada, por unidade familiar, na atenção primária? 9. As unidades familiares estão classificadas (de acordo com a vulnerabilidade social) por risco social ? 10. A população está subdividida por grupos de idade (perfil demográfico)? 11. A população está subdividida por fatores de risco biológico?
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)
<ol style="list-style-type: none"> 12. A equipe da atenção primária à saúde bucal tem claro o seu papel de co-responsabilização por sua população adscrita? 13. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem infraestrutura adequada ao seu funcionamento (sala, consultório, equipamento, instrumental, material de consumo)? 14. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem equipe modalidade I e/ou II? 15. Existe uma definição clara das ações/procedimentos a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal? 16. A atenção primária em saúde bucal realiza todas as ações/procedimentos de sua competência? 17. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas? 18. São utilizados parâmetros e metas com base na necessidade da população para programação das ações em saúde bucal? 19. Existe trabalho integrado entre os diversos profissionais da equipe de APS da Unidade? 20. Os ACS participam das ações de saúde bucal? 21. O atendimento na atenção primária é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde (CEO, atenção hospitalar)? 22. A atenção primária coordena os fluxos de referência e contra-referência em saúde bucal? 23. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família? 24. Há uma boa interação entre as equipes de atenção primária à saúde bucal e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico, sessões clínicas conjuntas)? 25. As ações de urgência e emergência de competência da APS são programadas/planejadas para serem ofertadas na unidade? 26. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS
<ol style="list-style-type: none"> 27. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para estomatologia? 28. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para a confecção de próteses unitárias? 29. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para cirurgia oral menor? 30. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para periodontia? 31. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para endodontia? 32. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para os cuidados aos usuários com necessidades especiais? 33. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para ortodontia? 34. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para implantodontia? 35. Há referências de nível terciário para tratamento de disfunção da ATM e dor orofacial? 36. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento odontológico do usuário com necessidades especiais com analgesia /sedação/ anestesia geral? 37. Há referências hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumatismos bucomaxilofaciais? 38. Há referências de nível terciário, para os cuidados às urgências e emergências odontológicas em regime de plantão 24 horas? 39. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento do câncer bucal? 40. Há referências de nível terciário para tratamento das anomalias crânio faciais? 41. Os níveis de atenção especializada em saúde bucal respeitam a atenção primária como porta de entrada e coordenadora da rede? 42. Os protocolos clínicos estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a atenção primária à saúde? 43. Existe uma definição das ações / procedimentos a ser ofertada por cada ponto de atenção especializada? 44. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?

45. Os pontos de atenção especializada em saúde bucal realizam todos os procedimentos de sua competência?

OS SISTEMAS DE APOIO

46. O sistema de assistência farmacêutica disponibiliza os medicamentos de saúde bucal previstos no protocolo clínico?
 47. Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos em odontologia?
 48. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames radiológicos em odontologia e sua interpretação (laudo)?
 49. Existe sistema de apoio para realização de exames de análise histopatológica em odontologia?
 50. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica em odontologia e sua interpretação (laudo)?
 51. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a odontologia?
 52. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em odontologia e sua interpretação?
 53. Existe um sistema de manutenção dos equipamentos odontológicos?
 54. Existe um apoio de laboratório de prótese dentária?
 55. Existe um apoio de laboratório de prótese bucomaxilofacial?
 56. Existe um apoio de laboratório para confecção de aparelhos ortodônticos?
 57. Existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?
 58. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária?
 59. Esta base de dados única estratifica em subpopulações por riscos?
 60. Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de saúde bucal no SIA/SUS e SIAB?
-

OS SISTEMAS LOGÍSTICOS

61. Há um cartão de identificação dos usuários (cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?
 62. Em relação ao prontuário clínico: inexistente 0; existente (em papel ou eletrônico) individual 1; existente (em papel) familiar 2; existente (eletrônico) familiar 3.
 63. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?
 64. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde bucal, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, de assistência farmacêutica, e os exames de análises clínicas, patológicas e de imagens?
 65. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?
 66. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar *feedbacks* relativos a situações de saúde definidas?
 67. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados ou de urgência/emergência 24 horas em odontologia?
 68. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?
 69. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente exames de análise clínica, patologia clínica ou de imagem?
 70. Há um sistema de transporte sanitário que integra a APS com outros níveis de atenção com um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas?
 71. O sistema tem um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados?
-

O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE

72. Existe um comitê gestor composto por representantes das secretarias municipais e estadual, da atenção primária, do CEO e da atenção hospitalar?
 73. Há um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação, monitoramento e avaliação?
 74. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários?
 75. Existe um sistema de acreditação da rede de atenção à saúde bucal realizado por Instituição Externa vinculado à Organização Nacional de Acreditação (ONA)?
 76. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SMS ou SES, com base em procedimentos pré-estabelecidos?
 77. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?
 78. As gerências dos pontos de atenção à saúde (da APS, do CEO, da Unidade Odontológica Hospitalar) e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede de saúde bucal?
 79. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da rede de saúde bucal?
 80. As CIB estadual e regionais são eficazes no mecanismo de gestão da rede?
 81. A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?
-

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

82. Há um modelo de atenção à saúde bucal de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários (CEO) e terciários (Unidade Odontológica Hospitalar)?
 83. A rede de atenção à saúde bucal dispõe de protocolo clínico para as condições de saúde bucal?
 84. Estes protocolos clínicos são construídos com base em evidências?
-

-
85. Os profissionais de saúde conhecem os protocolos clínicos e os utilizam rotineiramente?
 86. Os protocolos clínicos estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde bucal estabelecida, e propõem intervenções coerentes com este risco?
 87. O modelo assistencial à saúde bucal é definido de acordo com as necessidades da população?
 88. O modelo assistencial à saúde bucal propõe ações no autocuidado apoiado?
 89. O modelo de atenção à saúde bucal propõe ações utilizando recursos da comunidade (igrejas, associações, movimentos sociais, creches, asilos, escolas e similares)?
 90. O modelo assistencial inclui ações de promoção à saúde bucal na APS (ações intersetoriais) para a população total adscrita?
 91. O modelo de atenção à saúde bucal inclui ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos (escovação supervisionada, alimentação, programas de controle do tabagismo, álcool, exposição ao sol)?
 92. Essas intervenções preventivas são realizadas rotineiramente na rede?
 93. O modelo assistencial à saúde bucal inclui ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos com fatores de riscos (R1, R2 e R3)?
 94. Essas intervenções clínicas e reabilitadoras são realizadas rotineiramente?
 95. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?
 96. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito conforme avaliação de risco em saúde bucal?
 97. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional da APS em conjunto com o usuário?
 98. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe multiprofissional e o usuário?
 99. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?
 100. A atenção programada é priorizada conforme o risco do usuário?
 101. Existe um programa de educação permanente com base na educação de adultos e protocolos clínicos?
 102. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e ou SES com as equipes de saúde bucal?
 103. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?
 104. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?
 105. O trabalho das equipes de saúde bucal é submetido à auditoria clínica com base nos protocolos clínicos?
 106. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?
 107. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?
-

O resultado final do instrumento é obtido por meio da soma dos escores de 0 a 3 alcançados em cada uma das questões, o qual poderá variar de 0 a 321: (0 a 80) Incapacidade para a operação das redes de atenção à saúde - sistema fragmentado; (81 a 161) Capacidade básica para operar as redes de atenção à saúde - redes de atenção à saúde incipientes; (162 a 241) Capacidade razoavelmente boa para operar as redes de atenção à saúde - redes de atenção à saúde avançadas; (242 a 321) Capacidade ótima para operar as redes de atenção à saúde - redes integradas de atenção à saúde.

A equivalência semântica foi analisada com o intuito de verificar se a versão saúde bucal apresentaria um efeito similar à versão original. A equivalência foi obtida após algumas alterações na estrutura gramatical da versão saúde bucal do instrumento, sendo consideradas as mesmas dimensões do modelo original. A equivalência operacional, de itens e a mensuração do instrumento foram realizadas durante a fase de pré-teste^{17,19,20}.

2- Pré-teste com uma sub amostra da população alvo do estudo

A versão saúde bucal foi submetida a um pré-teste, com uma amostra de conveniência, em alguns municípios mineiros. Essa etapa foi realizada por meio do envio do termo de consentimento, do formulário individual e do questionário para 28 coordenadores municipais de saúde bucal, sendo realizada por intermédio da SES-MG. Os participantes foram orientados a retornarem com o material após uma semana.

Para a avaliação de confiabilidade teste-reteste, o questionário foi aplicado, duas vezes, aos mesmos participantes. O intervalo entre as duas aplicações do instrumento deve ser no mínimo de sete dias e, no máximo, de 14 dias^{17,18,19,21}. Desse modo, o material foi enviado aos participantes em dois momentos distintos, denominados de fase I e II, com um prazo entre elas de aproximadamente duas semanas.

Foi obtido retorno de 21 municípios na fase I e de 20 municípios na fase II. O município que participou somente da fase I foi excluído da amostra. A metodologia do estudo e as propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade e validade) foram analisadas, sendo aprovadas para o estudo principal.

3- Teste de campo

Considerando-se possíveis perdas, o material necessário para a coleta de dados foi enviado para 184 coordenadores municipais de saúde bucal. Foi obtido retorno de 154 municípios na fase I e 140 municípios na fase II (teste-reteste). As perdas aconteceram porque alguns municípios não retornaram com os questionários e não justificaram o fato. Três municípios previamente selecionados foram excluídos da amostra: dois foram excluídos por não possuírem um coordenador de saúde bucal que fosse dentista e o outro

município foi excluído devido à licença médica da coordenadora de saúde bucal no momento da coleta de dados.

4-Estudo das propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade e validade)

A validação consiste do processo de análise das propriedades psicométricas de medida de um instrumento originalmente produzido para outro fim. A análise das propriedades psicométricas objetiva verificar a confiabilidade (consistência interna e estabilidade) e a validade do instrumento previamente adaptado (capacidade de mensurar efetivamente o que se propõe a medir).

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 19.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA)*. Os valores obtidos para a consistência interna do instrumento foram estimados pelo Coeficiente Alfa de Cronbach. A estabilidade avaliada pelo teste-reteste foi determinada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (CCI). A validade de constructo do instrumento foi analisada por meio da correlação de Spearman. Para isso foram calculadas correlações entre duas perguntas relacionadas à classificação global (Considerando-se o estágio de desenvolvimento da rede de saúde bucal, há uma definição clara das necessidades de saúde bucal da população e da realização das ações da atenção primária?) e o escore total e dos domínios. A validade discriminante foi avaliada pelo teste Kruskal-Wallis. Foi obtida por meio da comparação do escore total e de cada domínio do instrumento entre os grupos estudados. Foi considerado um intervalo de confiança de 95%. Durante a análise dos dados, foram considerados os critérios de Landis e Koch ²² para a interpretação da concordância: -1,0 a 0 pobre; 0,01 a 0,20 discreta; 0,21 a 0,40 regular; 0,41 a 0,60 moderada; 0,61 a 0,80 substancial; 0,81 a 1,00 quase perfeita.

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-COEP (parecer 55044/2012),

RESULTADOS

A amostra foi composta por 154 coordenadores municipais de saúde bucal, de ambos os sexos, na faixa etária de 23 a 69 anos (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais (n=154).

	Característica	N (%)			
Sexo	Masculino	55 (35,7)			
	Feminino	99 (64,3)			
Escolaridade	Sem pós-graduação	29 (18,8)			
	Especialização*	113 (73,4)			
	Mestrado acadêmico ou profissionalizante*	8 (5,2%)			
	Doutorado*	4 (2,6%)			
Vínculo empregatício	Concursado	99 (64,3)			
	Contratado	55 (35,7)			
	Média (DP***)		Mediana	Mínima	Máxima
Idade**	40,1 (9,2)		40,0	23	69
Tempo de formado**	16,4 (9,1)		16,0	1	42
Tempo de coordenação**	4,2 (3,6)		4,0	1	23

*concluído ou em andamento / **anos / ***DP: desvio padrão

Confiabilidade do instrumento

O coeficiente alpha de Cronbach foi 0,97 para o escore total, variando de 0,77 a 0,94 para os domínios. Considerando-se a estabilidade do instrumento, os resultados do teste-reteste mostraram que escore total apresentou um CCI de 0,88. Para os domínios os valores de CCI variaram de 0,83 a 0,91 (Tabela 3).

Tabela 3- Confiabilidade do instrumento e dos domínios.

Variável	Número de itens	Alfa de Cronbach (n=154)	Coefficiente de Correlação Intra-classe (IC 95%)* (n=140)
Total do instrumento	107	0,97	0,88 (0,87-0,89)
Domínios			
População	11	0,87	0,91 (0,89-0,92)
Atenção primária á saúde	15	0,88	0,87 (0,85-0,88)
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	19	0,91	0,88 (0,86-0,89)
Sistemas de apoio	15	0,77	0,86 (0,85-0,87)
Sistemas logísticos	11	0,77	0,83 (0,80-0,85)
Sistema de governança da rede	10	0,85	0,90 (0,89-0,93)
Modelo de atenção à saúde	26	0,94	0,87 (0,86-0,88)

*IC: Intervalo de confiança

Validade de constructo

A correlação de Spearman foi significativa para os indicadores globais e os escores totais ($p < 0,001$) e também para cada um dos domínios investigados (Tabela 4). A mensuração das concordâncias dos itens demonstrou valores de r entre 0,25 e 0,81.

Tabela 4- Validade de Constructo: correlações entre o escore total do instrumento e o escore dos domínios, e indicador global sobre as necessidades de saúde bucal e ações de atenção primária (n=154).

	Indicador global			
	Necessidades de saúde bucal		Ações de atenção primária	
	r*	Valor p	r*	Valor p
Total	0,70	<0,001	0,55	<0,001
Domínios				
População	0,81	<0,001	0,53	0,005
Atenção primária á saúde	0,64	<0,001	0,58	<0,001
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	0,29	<0,001	0,25	0,011
Sistemas de apoio	0,47	<0,001	0,38	0,021
Sistemas logísticos	0,37	<0,001	0,33	<0,001
Sistema de governança da rede	0,42	<0,001	0,29	<0,001
Modelo de atenção à saúde	0,59	<0,001	0,41	<0,001

*Coeficiente de correlação de Spearman

Validade discriminante

De acordo com a tabela 5 o escore total do instrumento e os domínios “População”, “Sistemas logísticos” e “Sistema de governança da rede” se mostraram capazes de distinguir os grupos de coordenadores de acordo com o tempo de formado ($p < 0,05$).

Tabela 5- Validade discriminante: Escore total do instrumento e escore dos domínios de acordo com o tempo de formado em Odontologia dos participantes (n=154).

	Grupo 1 (≤ 16 anos de formado) (n=79)		Grupo 2 (> 16 anos de formado) (n=75)		Valor p*
	Media (\pm DP**)	Mediana	Média (\pm DP**)	Mediana	
Total	143,04 (\pm 41,14)	126,00	123,31 (\pm 46,12)	122,00	0,025
Domínios					
População	19,16 (\pm 4,68)	18,00	15,17 (\pm 6,85)	14,00	< 0,001
Atenção primária á saúde	29,18 (\pm 7,32)	28,00	26,55 (\pm 8,60)	28,00	0,118
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	19,01 (\pm 11,42)	19,00	20,12 (\pm 12,39)	20,00	0,637
Sistemas de apoio	17,29 (\pm 6,40)	15,00	15,20 (\pm 6,70)	15,00	0,090
Sistemas logísticos	11,47 (\pm 4,95)	12,00	8,04 (\pm 4,99)	7,00	< 0,001
Sistema de governança da rede	12,90 (\pm 5,08)	13,00	8,53 (\pm 5,24)	8,00	< 0,001
Modelo de atenção à saúde	34,28 (\pm 15,43)	32,00	29,19 (\pm 12,75)	29,00	0,073

*Teste Mann-Whitney / **DP: Desvio Padrão

DISCUSSÃO

Novas ideias exigem novas práticas e, portanto, a (re)organização do processo de trabalho e utilização de ferramentas de organização dos serviços são fundamentais para a organização da atenção voltada para produção do cuidado e da saúde. A partir da organização da atenção primária, todo esse processo é permeado pela busca de avanços na formação da rede de atenção em saúde bucal. Essa rede deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde bucal da população e de prestar uma assistência contínua e integral aos indivíduos. Nesse sentido, considerou-se necessária a realização do processo de

adaptação e validação de um instrumento direcionado a identificação do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal.

As etapas da adaptação do instrumento foram seguidas ^{16,23}. A equivalência conceitual e funcional entre a versão original e a versão saúde bucal foi obtida por meio da comprovação de um grupo de especialistas em redes de atenção à saúde e saúde bucal, que afirmaram sobre a importância dos domínios do instrumento para a população a que se aplica. Para esta adaptação, foram consideradas as mesmas dimensões do modelo original, analisando todos os aspectos da rede. Foram propostas, no entanto, modificações em alguns itens de verificação que eram específicos da área médica e que não respondiam às especificidades da saúde bucal. Alguns itens do modelo original foram excluídos por serem distintos da área temática saúde bucal. Por isso a versão saúde bucal apresentou um número total de questões inferior ao instrumento original, tornando-se mais específica para a odontologia.

A formação em odontologia dos coordenadores de saúde bucal é essencial para que alguns itens dos domínios dos questionários fossem compreendidos pelos participantes. Este critério de inclusão era de extrema importância para a avaliação dos itens dos domínios. Assim, os coordenadores de saúde bucal que não possuíam formação em saúde bucal foram excluídos da amostra. Este critério de exclusão é essencial para garantir que os itens discutidos no questionário não gerariam dúvidas nos participantes relacionadas aos conceitos específicos da área de saúde bucal.

A equivalência semântica foi alcançada por meio da verificação de que a versão saúde bucal alcançou um efeito similar à versão original. A equivalência operacional e de itens foi realizada durante a fase de pré-teste, com a participação de 20 coordenadores de saúde bucal que responderam ao questionário em dois momentos diferentes ²⁰. Observou-

se também a viabilidade de se utilizar, de modo similar ao instrumento original, as instruções e os métodos de medidas.

As propriedades psicométricas foram avaliadas de forma semelhante a outros estudos de validação^{17,18,21,24,25,26}.

A confiabilidade de consistência interna do instrumento mostra se todos os itens que o compõem se relacionam. Possibilita verificar a homogeneidade do instrumento. Analisa-se o comportamento de cada item e do total de itens. É obtida com apenas uma aplicação do instrumento^{18,21,24,25,26}. A consistência interna da versão saúde bucal foi satisfatória para todos os domínios, considerando que o coeficiente alpha de Cronbach para ser satisfatório, deve ter valor de no mínimo 0,70- 0,80 quando comparando grupos²⁷.

A estabilidade do instrumento foi verificada por meio do teste-reteste (aplicação do CCI para o escore total e para os domínios). A verificação da estabilidade é necessária para analisar se o instrumento produz, consistentemente, resultados semelhantes ao ser aplicado em um mesmo indivíduo em diferentes instantes de tempo sem que tenha havido mudança real para o respondente^{18,21,24,26}. O valor de CCI é considerado excelente se for maior que 0,74; bom se estiver de 0,60 a 0,74 e razoável se abranger de 0,40 a 0,59²⁸. Os resultados mostraram, portanto, excelente estabilidade do instrumento para o escore total e para os domínios.

A validade de construto foi obtida por meio da análise do coeficiente de correlação de Spearman entre as duas perguntas referentes à classificação global (necessidade de saúde bucal e ações de atenção primária) e o escore total e dos domínios. Para ambos os casos a correlação de Spearman foi significativa. A versão saúde bucal também apresentou associações significativas, apesar dos valores terem sido maiores para determinadas perguntas e domínios.

Considerando-se as questões globais (necessidade de saúde bucal e ações de atenção primária), a concordância do escore total do instrumento foi maior quando comparada às necessidades de saúde bucal do que quando comparada às ações de saúde bucal. Provavelmente esta situação aconteceu devido ao fato da ampla divulgação dos resultados de inquéritos epidemiológicos como o SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010^{12,29}. Os estudos em questão mensuraram as necessidades de saúde bucal da população brasileira, o que possibilita aos gestores adquirirem conhecimento do quadro epidemiológico e das necessidades da população, bem como sobre as ações e serviços necessários para enfrentar este quadro epidemiológico.

Os resultados obtidos entre o escore total do instrumento com as ações de atenção primária podem ser explicados pelo fato da discussão de redes de atenção à saúde bucal ainda ser relativamente recente. Embora os pontos de atenção da rede sejam discutidos, as competências dos mesmos ainda geram conflito de entendimentos entre os gestores. Este ponto também pode ser observado com relação ao domínio “Pontos de atenção à saúde secundários e terciários”, que apresentou os menores resultados quando analisado por meio das duas questões globais.

A validade discriminante foi obtida pela comparação dos escores total e de cada domínio do instrumento adaptado de acordo com o tempo de formado em odontologia dos participantes. Os coordenadores de saúde bucal com menos tempo de formado (< 16 anos de formado) apresentaram valores maiores no escore total do instrumento e de alguns domínios. O fato das discussões de rede ser recente pode justificar esta situação.

Além disso, nos últimos anos as faculdades de odontologia estão cada vez mais inserindo, em sua grade curricular, disciplinas voltadas para a discussão do SUS, promovendo nos alunos reflexões acerca das organizações dos serviços públicos de saúde. Assim, nos últimos anos, as instituições de ensino em odontologia têm formado

profissionais de saúde bucal cada vez mais aptos para trabalharem na clínica e na gestão dos serviços públicos de saúde. Porém, as instituições que possuem grade curricular baseada na formação flexineriana e direcionada para o atendimento clínico, tendem a formar profissionais com um perfil assistencialista ³⁰. A ausência de uma formação baseada nas premissas do SUS, aliada a uma formação acadêmica curativa, acarreta um despreparo do profissional para uma atuação adequada dentro do SUS. Essa situação compromete a incorporação de novas práticas de atenção, dificultando o entendimento dos cirurgiões dentistas em relação à rede de atenção.

A versão adaptada e validada para saúde bucal poderá auxiliar os gestores de saúde, em especial os gestores de saúde bucal, a conhecerem melhor o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal de seus municípios/estado. A partir desse conhecimento, medidas efetivas relacionadas ao planejamento de ações e serviços voltadas para a área saúde bucal poderão ser tomadas.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, no tempo, lugar e com o custo certo. A coordenação das redes é feita pela atenção primária à saúde ^{2,3}. A importância de se ter na prática um instrumento específico para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal reside no fato desse tipo de instrumento identificar-se como uma importante ferramenta que auxiliará na elaboração de políticas públicas voltadas para as especificidades da saúde bucal.

O instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal apresentou-se válido e confiável para ser utilizado entre os coordenadores de

saúde bucal dos municípios/estados brasileiros. As propriedades psicométricas encontradas foram satisfatórias.

REFERÊNCIAS

1. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9:897-908.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011. <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf> (acessado em 13/maio/2013).
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15:2297-305.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. 2008. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf (acessado em 12/maio/2013).
5. Fleury SM, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
6. Feuerwerker LCM, Costa HOG, Barbosa N, Khalil ME. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. *Divulg Saúde Debate* 2000; 22:9-17.
7. Lima JC, Rivera FX. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:323-36.

8. Organización Panamericana de La Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Mundial de La Salud; 1964. <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf#page=1&zoom=auto,0,652> (acessado em 13/maio/2013).
9. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15:2307-16.
10. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16:2753-62.
11. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27:63-80.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/download.htm> (acessado em 12/jul/2012).
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf (acessado em 13/maio/2013).
14. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22:951-63.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010.
ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religião_Deficiencia/tab1_1.pdf (acessado em 27/dez./2012).
16. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.
17. Scarpelli AC, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Varni JW, Allison PJ. Measurement properties of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) cancer module scale. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:7.
18. Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, Allison PJ. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11–14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:43.
19. Bonanato K, Pordeus IA, Compart T, Oliveira AC, Allison PJ, Paiva SM. Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian version of an instrument to assess impairments related to oral functioning of people with Down syndrome. *Health Qual Life Outcomes* 2013, 11:4.
20. Van Widenfelt BMV, Treffers PDA, Beurs E, Siebelink BM, Koudijs E. Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2005; 8:135-47.
21. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ₁₁₋₁₄) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:2.

22. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
23. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-32.
24. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring Oral Health-related Quality of Life in Eight-to Ten-year old Children. *Pediatr Dent* 2004; 26:512-8.
25. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:665-73.
26. Sardenberg F, Oliveira, AC, Paiva SM, Auad SM, Vale MP. Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire. *Eur J Orthod* 2010; 270-5.
27. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:572.
28. Wilson-Genderson M, Broder HL, Philips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:32-40.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf (acessado em 12/jul./2012).

30. Martelli PJ, Cabral AP, Pimentel FC, Macedo CL, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Cien Saude Colet* 2008; 13:1669-74.
-

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As redes de atenção à saúde podem ter impacto significativo nos níveis de saúde de uma população. A literatura apresenta evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção.

Em saúde bucal, o tema das redes de atenção à saúde ainda é pouco discutido e não há experiências em escala nem avaliações robustas. Porém, estudos de casos de redes de atenção à saúde bucal indicam que ela, à semelhança do que ocorre com as demais condições de saúde, podem impactar nas condições de saúde bucal da população.

Mensurar o impacto do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde na vida da população é uma tarefa delicada, considerando que se trabalha com critérios subjetivos. Superar estas dificuldades requer a institucionalização de instrumentos para este fim, que possam avaliar a rede de saúde e, com seus resultados, produzir elementos que subsidiem políticas públicas voltadas para superar os obstáculos de fragmentação de um sistema de saúde que deve cada vez mais se estruturar em redes de atenção.

Para viabilizar este trabalho, um instrumento foi desenvolvido. No entanto, esse instrumento não trata das especificidades da área temática saúde bucal. Com o intuito de se aplicar o referido instrumento dentro da realidade da área saúde bucal, torna-se de fundamental importância que se faça sua adaptação. As especificidades de saúde bucal, assim como os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde podem variar muito entre condições de saúde diferentes.

A versão adaptada para a saúde bucal, com suas devidas adaptações e propriedades psicométricas comprovadas, será de fundamental importância em estudos de avaliação de serviço. Associada a outros dados, como estudos epidemiológicos em saúde bucal, poderá

facilitar a escolha e planejamento de políticas de saúde, objetivando sempre a equidade, integralidade e universalização do acesso às ações e serviços de saúde.

4 REFERÊNCIAS GERAIS

1. BLAND JM, ALTMAN DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:572.
2. BONANATO K, PORDEUS IA, COMPART T, OLIVEIRA AC, ALLISON PJ, PAIVA SM. Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian version of an instrument to assess impairments related to oral functioning of people with Down syndrome. *Health Qual Life Outcomes* 2013, 11:4.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/download.htm>>. Acesso: 12 jul. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf>. Acesso: 12 jul. 2012.
5. BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30/12/2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso: 29 nov. 2011.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. 2008.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf>. Acesso: 12 maio 2013.
7. BRASIL. Portaria nº 1.444/GM de 14/07/2004 (2004a). Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1444.htm>>

Acesso: 29 nov. 2011.
8. BRASIL. Portaria nº 1570/GM de 29/07/2004 (2004b). Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>>

Acesso: 29 nov. 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso: 12 jul. 2012.
10. CORDEIRO W. A gestão de riscos na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
11. FEUERWERKER LCM, COSTA HOG, BARBOSA N, KHALIL ME. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. Divulg Saúde Debate 2000; 22:9-17.
12. FLEURY SM, OUVENEY AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.

13. GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22:951-63.
14. GOURSAND D, PAIVA SM, ZARZAR PM, RAMOS-JORGE ML, CORNACCHIA GM, PORDEUS IA, ALISSON PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ₁₁₋₁₄) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:2.
15. GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-32.
16. HERDMAN M, FOX-RUSHBY J, BADIA X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_1.pdf. Acesso: 27 dez. 2012.
18. JOKOVIC A, LOCKER D, TOMPSON B, GUYATT G. Questionnaire for measuring Oral Health-related Quality of Life in Eight-to Ten-year old Children. *Pediatr Dent* 2004; 26:512-18.
19. KUSCHNIR R, CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15:2307-16.
20. LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.

21. LIMA JC, RIVERA FX. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:323-36.
22. MARTELLI PJ, CABRAL AP, PIMENTEL FC, MACEDO CL, MONTEIRO IS, SILVA SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Cien Saude Colet* 2008; 13:1669-74.
23. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011. Disponível em:
<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso: 13 maio 2013.
24. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15:2297-305.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte: SES/MG, 2006. p.135-49. Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linhaguia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeBucal.zip>>. Acesso: 27 nov. 2011.
26. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington: Organizacion Mundial de La Salud; 1964. Disponível em:
<<http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf#page=1&zoom=auto,0,652>>. Acesso: 13 maio 2013.
27. REICHENHEIM ME, MORAES CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:665-73.

28. SARDENBERG F, OLIVEIRA, AC, PAIVA SM, AUAD SM, VALE MP. Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire. *Eur J Orthod* 2010; 270-5.
29. SCARPELLI AC, PAIVA SM, PORDEUS IA, RAMOS-JORGE ML, VARNI JW, ALLISON PJ. Measurement properties of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) cancer module scale. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:7.
30. SCHRAMM JMA, OLIVEIRA AF, LEITE IC, VALENTE JG, GADELHA AMJ, PORTELA MC, CAMPOS MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9:897-908.
31. SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16:2753-62.
32. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso: 13 maio 2013.
33. TORRES CS, PAIVA SM, VALE MP, PORDEUS IA, RAMOS-JORGE ML, OLIVEIRA AC, ALLISON PJ. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11–14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:43.
34. VAN WIDENFELT BMV, TREFFERS PDA, BEURS E, SIEBELINK BM, KOUDIJS E. Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clin*

Child Fam Psychol Rev 2005; 8:135-47.

35. WAGNER EH, GLASGOW RE, DAVIS C, BONOMI AE, PROVOST L, MCCULLOCH D, CARVER P, SIXTA C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27:63-80.
36. WILSON-GENDERSON M, BRODER HL, PHILIPS C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:32-40.

APÊNDICES

APENDICE A

Carta convite ao coordenador municipal de saúde bucal

Prezado Coordenador Municipal de Saúde Bucal,

Gostaria de convidá-lo para participar de uma pesquisa que tem como título “**Validação de um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público**”.

Esta pesquisa justifica-se devido à importância de se ter na prática um questionário específico para avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal e, conseqüentemente, auxiliara na elaboração de políticas públicas voltadas para as especificidades de organização dos municípios.

Caso você concorde em participar, será necessário que você responda o Questionário e assine o Termo de consentimento que segue em anexo.

Contando com sua participação, agradeço a sua colaboração.

Daniele Lopes Leal (Pesquisadora responsável)

APENDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Coordenador Municipal de Saúde Bucal,

Vamos realizar uma pesquisa que tem como título “**Validação de um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público**”. A pesquisa objetiva adaptar e validar um questionário para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público dos municípios brasileiros. Para a realização da pesquisa será necessário que você responda o questionário anexo.

Esclareço que:

1. Nos resultados da pesquisa ninguém saberá o seu nome.
2. Você pode se recusar a responder a qualquer pergunta caso lhe traga algum tipo de constrangimento.
3. Você pode, a qualquer momento, desistir de fazer parte dessa pesquisa.
4. Caso não queira participar da pesquisa, você ou seu trabalho sofrerão nenhum tipo de prejuízo.
5. As informações coletadas são específicas para esta pesquisa, sendo que os resultados serão divulgados através de artigos científicos e apresentações orais e escritas em congressos de saúde.
6. Essa pesquisa está autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais.

Contando com sua participação, agradeço a colaboração.

Daniele Lopes Leal (pesquisadora responsável)

Eu, _____, após ler e entender o objetivo da pesquisa descrita, concordo em responder o questionário.

Assinatura

Aluna de mestrado: Daniele Lopes Leal (31- 9827-2807)

Orientadores: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira (Tel: 31-3409-2442/2448)

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck (Tel: 31-3409-2442/2448)

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

End.: Av. Antônio Carlos, 6.627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha,

CEP: 31270-901 - Belo Horizonte - MG, telefax: 31-3409-4592

APENDICE C

Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal:

Instruções para o uso do instrumento:

1-Para cada questão responda com um valor que varie de 0 a 3, sendo:

- 0 -não existência do que está sendo perguntado;
- 1 - funcionamento básico ou incipiente;
- 2 - funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 - existência em operação de forma ótima.

PARTE I - Identificação

No de identificação: _____

1) Qual a sua idade? _____anos.

2) Você é do sexo: () Masculino () Feminino

3) Tempo de formado em Odontologia: _____anos.

4) Escolaridade

- () Sem pós-graduação
- () Com curso de especialização em andamento
- () Com curso de especialização concluído
- () Com curso de mestrado profissionalizante em andamento
- () Com curso de mestrado profissionalizante concluído
- () Com curso de mestrado acadêmico em andamento
- () Com curso de mestrado acadêmico concluído
- () Com curso de Doutorado em andamento
- () Com curso de Doutorado concluído

5) Há quanto tempo você é coordenador municipal de saúde bucal? _____

6) Vínculo empregatício: () Concursado () Contratado

Questionário de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal

QUESTÕES AVALIATIVAS DO ESTAGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE SAÚDE BUCAL	Escore (0 a 3)
POPULAÇÃO	
1. Há uma população claramente definida sob a responsabilidade da rede de atenção em saúde bucal?	
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde bucal dessa população?	
3. A estrutura operacional da rede de saúde bucal é formatada em função dessas necessidades?	
4. Há um processo de territorialização da rede de saúde bucal?	
5. A rede de saúde bucal segue um Plano Diretor de Regionalização?	
6. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal secundários?	
7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde bucal terciários?	
8. Toda a população de responsabilidade da rede de saúde bucal está cadastrada, por unidade familiar, na atenção primária?	
9. As unidades familiares estão classificadas (de acordo com a vulnerabilidade social) por risco social ?	
10. A população está subdividida por grupos de idade (perfil demográfico)?	
11. A população está subdividida por fatores de risco biológico?	
TOTAL	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	
12. A equipe da atenção primária à saúde bucal tem claro o seu papel de co-responsabilização por sua população adscrita?	
13. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem infra-estrutura adequada ao seu funcionamento (sala, consultório, equipamento, instrumental, material de consumo)?	
14. As unidades de atenção primária em saúde bucal possuem equipe modalidade I e/ou II?	
15. Existe uma definição clara das ações/procedimentos a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal?	
16. A atenção primária em saúde bucal realiza todas as ações/procedimentos de sua competência?	
17. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
18. São utilizados parâmetros e metas com base na necessidade da população para programação das ações em saúde bucal?	
19. Existe trabalho integrado entre os diversos profissionais da equipe de APS da Unidade?	
20. Os ACS participam das ações de saúde bucal?	
21. O atendimento na atenção primária é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde (CEO, atenção hospitalar)?	
22. A atenção primária coordena os fluxos de referência e contra-referência em saúde bucal?	
23. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
24. Há uma boa interação entre as equipes de atenção primária à saúde bucal e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico, sessões clínicas conjuntas)?	

25. As ações de urgência e emergência de competência da APS são programadas/planejadas para serem ofertadas na unidade?	
26. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
TOTAL	
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	
27. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para estomatologia?	
28. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para a confecção de próteses unitárias?	
29. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para cirurgia oral menor?	
30. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para periodontia?	
31. Há referências ambulatoriais especializados, de nível secundário, para endodontia?	
32. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para os cuidados aos usuários com necessidades especiais?	
33. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para ortodontia?	
34. Há referências ambulatoriais especializadas, de nível secundário, para implantodontia?	
35. Há referências de nível terciário para tratamento de disfunção da ATM e dor orofacial?	
36. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento odontológico do usuário com necessidades especiais com analgesia /sedação/ anestesia geral?	
37. Há referências hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumatismos buco-maxilo-faciais?	
38. Há referências de nível terciário, para os cuidados às urgências e emergências odontológicas em regime de plantão 24 horas?	
39. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento do câncer bucal?	
40. Há referências de nível terciário para tratamento das anomalias crânio faciais?	
41. Os níveis de atenção especializada em saúde bucal respeitam a atenção primária como porta de entrada e coordenadora da rede?	
42. Os protocolos clínicos estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a atenção primária à saúde?	
43. Existe uma definição das ações / procedimentos a ser ofertada por cada ponto de atenção especializada?	
44. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
45. Os pontos de atenção especializada em saúde bucal realizam todos os procedimentos de sua competência?	
TOTAL	
OS SISTEMAS DE APOIO	
46. O sistema de assistência farmacêutica disponibiliza os medicamentos de saúde bucal previstos no protocolo clínico?	
47. Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos em odontologia?	
48. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames radiológicos em odontologia e sua interpretação (laudo)?	
49. Existe sistema de apoio para realização de exames de análise histopatológica em odontologia?	

50. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica em odontologia e sua interpretação (laudo)?	
51. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a odontologia?	
52. Há protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em odontologia e sua interpretação?	
53. Existe um sistema de manutenção dos equipamentos odontológicos?	
54. Existe um apoio de laboratório de prótese dentária?	
55. Existe um apoio de laboratório de prótese buco maxilo facial?	
56. Existe um apoio de laboratório para confecção de aparelhos ortodônticos?	
57. Existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
58. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária?	
59. Esta base de dados única estratifica em subpopulações por riscos?	
60. Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de saúde bucal no SIA/SUS e SIAB?	
TOTAL	
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	
61. Há um cartão de identificação dos usuários (cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
62. Em relação ao prontuário clínico: inexistente 0; existente (em papel ou eletrônico) individual 1; existente (em papel) familiar 2; existente (eletrônico) familiar 3.	
63. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
64. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde bucal, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, de assistência farmacêutica, e os exames de análises clínicas, patológicas e de imagens?	
65. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
66. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	
67. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados ou de urgência/emergência 24 horas em odontologia?	
68. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
69. A equipe de atenção primária à saúde bucal agenda diretamente exames de análise clínica, patologia clínica ou de imagem?	
70. Há um sistema de transporte sanitário que integra a APS com outros níveis de atenção com um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas?	
71. O sistema tem um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos de saúde bucal prestado com veículos adequados?	
TOTAL	
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	

72. Existe um comitê gestor composto por representantes das secretarias municipais e estadual, da atenção primária, do CEO e da atenção hospitalar?	
73. Há um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação, monitoramento e avaliação?	
74. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários?	
75. Existe um sistema de acreditação da rede de atenção à saúde bucal realizado por Instituição Externa vinculado à Organização Nacional de Acreditação (ONA)?	
76. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SMS ou SES, com base em procedimentos pré-estabelecidos?	
77. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
78. As gerências dos pontos de atenção à saúde (da APS, do CEO, da Unidade Odontológica Hospitalar) e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede de saúde bucal?	
79. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da rede de saúde bucal?	
80. As CIB estadual e regionais são eficazes no mecanismo de gestão da rede?	
81. A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?	
TOTAL	
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	
82. Há um modelo de atenção à saúde bucal de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários (CEO) e terciários (Unidade Odontológica Hospitalar)?	
83. A rede de atenção à saúde bucal dispõe de protocolo clínico para as condições de saúde bucal?	
84. Estes protocolos clínicos são construídos com base em evidências?	
85. Os profissionais de saúde conhecem os protocolos clínicos e os utilizam rotineiramente?	
86. Os protocolos clínicos estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde bucal estabelecida, e propõem intervenções coerentes com este risco?	
87. O modelo assistencial à saúde bucal é definido de acordo com as necessidades da população?	
88. O modelo assistencial à saúde bucal propõe ações no autocuidado apoiado?	
89. O modelo de atenção à saúde bucal propõe ações utilizando recursos da comunidade (igrejas, associações, movimentos sociais, creches, asilos, escolas e similares)?	
90. O modelo assistencial inclui ações de promoção à saúde bucal na APS (ações intersetoriais) para a população total adscrita?	
91. O modelo de atenção à saúde bucal inclui ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos (escovação supervisionada, alimentação, programas de controle do tabagismo, álcool, exposição ao sol)?	
92. Essas intervenções preventivas são realizadas rotineiramente na rede?	
93. O modelo assistencial à saúde bucal inclui ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos com fatores de riscos (R1, R2 e R3)?	
94. Essas intervenções clínicas e reabilitadoras são realizadas rotineiramente?	
95. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?	
96. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito conforme avaliação de risco em saúde bucal?	

97. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional da APS em conjunto com o usuário?	
98. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe multiprofissional e o usuário?	
99. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
100. A atenção programada é priorizada conforme o risco do usuário?	
101. Existe um programa de educação permanente com base na educação de adultos (andragogia) e protocolos clínicos?	
102. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e ou SES com as equipes de saúde bucal?	
103. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
104. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
105. O trabalho das equipes de saúde bucal é submetido à auditoria clínica com base nos protocolos clínicos?	
106. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
107. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
TOTAL	

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde:

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	Score (0 a 3)
POPULAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da rede? 2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população? 3. A estrutura operacional da rede é formatada em função dessas necessidades? 4. Há um processo de territorialização da rede? 5. A rede dispõe de um Plano Diretor de Regionalização? 6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, economia de escopo, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso? 7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários? 8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários? 9. A população de responsabilidade da rede está toda adscrita a uma unidade ou a uma equipe de atenção primária à saúde? 10. A população está cadastrada na atenção primária à saúde por unidade familiar? 11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais? 12. A população está subdividida por perfil demográfico? 13. A população está subdividida por fatores de riscos? 14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas? 	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> 15. A equipe da atenção primária à saúde tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita? 16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na atenção primária à saúde? 17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde? 18. O atendimento na atenção primária é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde? 19. Há incentivos para os usuários adotarem a atenção primária à saúde como porta de entrada da rede? 20. As relações entre a atenção primária à saúde e os demais níveis de atenção da rede estão claramente definidas? 21. A atenção primária à saúde opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais? 22. Há uma boa interação entre as equipes de atenção primária à saúde e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)? 23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de atenção primária à saúde e os usuários e suas famílias? 24. A atenção primária à saúde está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação riscos das urgências e emergências e os protocolos clínicos? 25. A atenção primária à saúde está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia? 26. A atenção primária à saúde está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia? 27. A atenção primária à saúde está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/AIDS, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, 	

	<p>segundo as linhas-guia?</p> <p>28. A atenção primária à saúde está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?</p> <p>29. O prontuário utilizado na atenção primária à saúde está estruturado por família?</p> <p>30. As equipes de atenção primária à saúde utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?</p> <p>31. As equipes de atenção primária à saúde articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?</p> <p>32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de atenção primária à saúde e as organizações comunitárias?</p> <p>33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da atenção primária à saúde?</p>	
<p>OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS</p>	<p>34. No desenho das redes há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?</p> <p>35. No desenho das redes considera-se uma escala mínima os capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?</p> <p>36. No desenho das redes considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?</p> <p>37. No desenho das redes há uma preocupação com a expansão e diferenciação dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?</p> <p>38. No desenho das redes há um movimento de substituição hospitalar?</p> <p>39. Há a oferta de hospitais/dia?</p> <p>40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?</p> <p>41. Há a oferta de internações domiciliares?</p> <p>42. Há a oferta de leitos de longa permanência?</p> <p>43. Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?</p> <p>44. Há a oferta de cuidados paliativos?</p> <p>45. No desenho da rede há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da atenção primária à saúde?</p> <p>46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?</p> <p>47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?</p> <p>48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>47. Há casa da gestante articulada com a maternidade de alto risco?</p> <p>48. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidado às crianças? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>49. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama?</p> <p>50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>52. Há serviços hospitalares e ambulatoriais de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>54. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>55. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>56. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e</p>	

	<p>unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças? Ele operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>57. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde.</p> <p>58. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Ele opera de forma integrada atenção primária à saúde?</p> <p>59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>60. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>61. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de atenção primária à saúde?</p> <p>63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/AIDS? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>66. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>67. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</p> <p>68. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com atenção primária à saúde?</p> <p>69. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a atenção primária à saúde?</p> <p>70. Há instrumentos operacionais eficazes de contra-referência para a atenção primária à saúde?</p> <p>71. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?</p> <p>72. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?</p> <p>73. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?</p> <p>74. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?</p>	
OS SISTEMAS DE APOIO	<p>75. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?</p> <p>76. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à rede?</p> <p>77. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos aquisição dos insumos farmacêuticos?</p> <p>78. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?</p> <p>79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?</p> <p>80. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmaco-economia?</p>	

	<p>81. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os mementos terapêuticos?</p> <p>82. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?</p> <p>83. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?</p> <p>84. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?</p> <p>85. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?</p> <p>86. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?</p> <p>87. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?</p> <p>88. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da rede, da coleta das amostras?</p> <p>89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?</p>	
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	<p>90. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?</p> <p>91. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?</p> <p>92. Há um cartão de identificação dos usuários com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?</p> <p>93. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?</p> <p>94. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?</p> <p>95. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?</p> <p>96. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?</p> <p>97. A equipe de atenção primária à saúde agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?</p> <p>98. A equipe de atenção primária à saúde agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?</p> <p>99. A equipe de atenção primária à saúde agenda diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens?</p> <p>100. Há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente?</p> <p>101. Há um sistema de transporte sanitário integrado na rede, com rotas pré-definidas e comunicação em tempo real?</p> <p>102. Esse sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?</p> <p>103. Esse sistema tem um módulo de transporte de usuários para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?</p> <p>104. Esse sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?</p> <p>105. Esse sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?</p>	
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	<p>106. Existe uma estrutura organizacional de governança da rede?</p> <p>107. Esse sistema e governança dispõe de um desenho organizacional?</p> <p>108. A rede tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo?</p> <p>109. A missão, a visão e os valores da rede são claramente estabelecidos e conhecidos e compartilhados por todos os participantes?</p> <p>110. Há um sistema de monitoramento e avaliação da rede?</p> <p>111. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários?</p> <p>112. Há um sistema de acreditação da rede de atenção à saúde?</p> <p>113. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios</p>	

	<p>(contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?</p> <p>114. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?</p> <p>115. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede?</p> <p>116. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?</p> <p>117. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da rede?</p> <p>118. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3)?</p> <p>119. A rede conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?</p>	
<p>O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</p>	<p>120. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários e terciários?</p> <p>121. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?</p> <p>122. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?</p> <p>123. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao redesenho do sistema de atenção à saúde?</p> <p>124. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?</p> <p>125. Há um registro de informações por cada condição de saúde?</p> <p>126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?</p> <p>127. O modelo de atenção à saúde propõe ações no autocuidado apoiado?</p> <p>128. As ações de autocuidado são apoiadas por educadores em saúde capacitados?</p> <p>129. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar os usuários da rede?</p> <p>130. As ações de autocuidado apoiado estão definidas em instrumentos operacionais eficazes?</p> <p>131. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?</p> <p>132. As redes de atenção à saúde dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?</p> <p>133. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?</p> <p>134. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?</p> <p>135. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?</p> <p>136. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contra-fluxos das pessoas na atenção primária à saúde, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?</p> <p>137. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?</p> <p>138. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?</p> <p>139. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?</p> <p>140. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?</p> <p>141. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?</p> <p>142. Essas ações de promoção da saúde estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na rede?</p> <p>143. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções inter-setoriais sobre os determinantes sociais da saúde?</p> <p>144. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das doenças para as</p>	

	<p>diferentes subpopulações com fatores de riscos?</p> <p>145. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na rede?</p> <p>146. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?</p> <p>147. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de saúde?</p> <p>148. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito de uma condição de saúde?</p> <p>149. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o sujeito da condição de saúde?</p> <p>150. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o sujeito da condição de saúde?</p> <p>151. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?</p> <p>152. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?</p> <p>153. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?</p> <p>154. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?</p> <p>155. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?</p> <p>156. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde dos usuários das redes com base nas linhas-guia?</p> <p>157. Esse processo de educação em saúde é realizado por educadores capacitados?</p> <p>158. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?</p> <p>159. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na atenção primária à saúde, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?</p> <p>160. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?</p> <p>161. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?</p> <p>162. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?</p> <p>163. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?</p> <p>164. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?</p> <p>165. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?</p> <p>166. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?</p> <p>167. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?</p> <p>168. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?</p> <p>169. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?</p> <p>170. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?</p> <p>171. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?</p> <p>172. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pelo usuário e sua família periodicamente?</p>	
--	---	--

ANEXO B**Autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL

Belo Horizonte, 06 de março de 2012.

Parecer Técnico SRAS/DSB nº. 014/2012

Informo que a servidora Daniele Lopes Leal está autorizada, como pesquisadora do Mestrado em saúde Coletiva da UFMG, a entrar em contato com alguns municípios de Minas Gerais para realizar a sua coleta de dados, visto que as análises geradas no mestrado da servidora serão de fundamental importância para a aplicação do conhecimento da realidade no planejamento e gestão das políticas de saúde bucal da SES-MG.

Atenciosamente,

Marcilio Dias Magalhães

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Marcilio Dias Magalhães
Superintendente de Redes de Atenção à Saúde
SRAS/SES/SUB-MG - Março 27/05/12

ANEXO C

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais

PROJETO DE PESQUISA

Título: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Área Temática:

Pesquisador: Ana Cristina Borges de Oliveira

Versão: 1

Instituição: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

CAAE: 03264712.0.0000.5149

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 55044

Data da Relatoria: 27/06/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de adaptação e validação de um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público. O instrumento será direcionado aos coordenadores municipais de saúde bucal de Minas Gerais, sendo adaptado de um questionário publicado por Mendes (2009). A coleta de dados acontecerá nos municípios de Minas Gerais e o estudo contará com uma amostra de conveniência composta pelos coordenadores de saúde bucal de 20% dos municípios de Minas Gerais. Participarão, desse modo, 172 coordenadores municipais de saúde bucal, com formação de cirurgião dentista. Após a autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SEG/MG) e aprovação do COEP, os possíveis participantes serão contatados pela pesquisadora, por telefone e e-mail, e convidados a participar do estudo. Os telefones e e-mails dos participantes serão obtidos por meio das referências técnicas (RT) das Superintendências/Gerências Regionais de Saúde da SEG/MG (SRS/GRS - SEG/MG). Aqueles coordenadores municipais de saúde bucal que concordarem em participar do estudo receberão (via correio) por intermédio das RT das SRS/GRS - SEG/MG o termo de consentimento livre e esclarecido, um formulário que se destinará ao conhecimento da idade, formação escolar e vínculo empregatício dos mesmos e o questionário. Após assinarem o termo de consentimento e responderem o formulário e o questionário, os participantes reenviarão (via correio), por intermédio das RT das SRS/GRS - SEG/MG, todo o material para a pesquisadora. O instrumento de coleta de dados original foi desenvolvido para avaliação do estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde. Foi utilizado pela SEG/MG na Oficina 1 do Plano Diretor de Atenção primária à Saúde (PDAPS). O PDAPS é uma proposta educacional desenvolvida pela SEG/MG visando a capacitação de profissionais em estratégias e ferramentas da gestão de processos de trabalho da APS. O questionário original é composto por sete dimensões: população, atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança da rede e modelo de atenção à saúde. A adaptação do instrumento original será desenvolvida para que se possa avaliar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Para esta adaptação, serão consideradas as mesmas dimensões do modelo original, analisando todos os aspectos da rede. A adaptação do instrumento será realizada por meio da etapa de equivalência funcional. Refere-se ao efeito combinado de avaliar item, conceito, semântica e mensuração do instrumento. Contará com a participação de um grupo de especialistas composto por docentes pesquisadores das áreas de saúde pública e odontologia. A validação consiste do processo de análise das propriedades psicométricas de medida de um instrumento originalmente produzido para outro fim. A análise das propriedades psicométricas objetiva verificar a confiabilidade e a validade do instrumento previamente adaptado. O questionário será aplicado, duas vezes, aos mesmos participantes. O intervalo entre as duas aplicações do instrumento deverá ser no mínimo de sete dias e, no máximo, de 14 dias. Os dados serão analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 18.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os valores obtidos para a consistência interna do instrumento serão estimados pelo Coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade testa/re-teste será determinada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (CCI). Será considerado um intervalo de confiança de 95%. Para a análise dos dados, serão considerados os critérios de Landis e Koch (1977) para a interpretação da concordância: -1,0 a 0,0 pobre; 0,0 a 0,20 discreta; 0,20 a 0,40 regular; 0,40 a 0,60 moderada; 0,60 a 0,80 substancial; 0,80 a 1,00 quase perfeita. Pelo exposto a metodologia é bem clara e fundamentada.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Adaptar e validar um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público dos municípios brasileiros.

Objetivo Secundário:

Realizar a análise psicométrica de um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público dos municípios brasileiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é claro quanto aos riscos e benefícios para os sujeitos. O compromisso da autora quanto à destinação do material e/ou dados coletados está bem explicitado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa basicamente validar um instrumento para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal no sistema público dos municípios mineiros. O projeto está bem descrito e tem relevância para o avanço do conhecimento em saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA CORRETAMENTE: Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CONEP; Protocolo de Pesquisa; Parecer consubstanciado do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de odontologia da UFMG, Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.

TCLE: O TCLE está adequado à resolução 196 do CNS.

Recomendações:

SMJ, somos pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme documentação em anexo, não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Na data de emissão desse parecer estavam pendentes os pareceres de algumas co-participantes. As mesmas deverão ser apresentadas antes do início do projeto.

BELO HORIZONTE, 12 de Julho de 2012

Assinado por:

Maria Teresa Marques Amaral

ANEXO D

Normas para publicação do periódico *Cadernos de Saúde Pública*

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 - Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3**- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do **ICMJE**, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *(Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos)*.

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

ANEXO E


Carta de submissão ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Novo artigo (CSP_1060/13) Seg, 27 Mai 2013 às 0:14


De Cadernos de Saude Publica

Para anacboliveira@yahoo.com.br

1 Anexo | 18,6 KB | Apresentação de slides | Salvar em



Salvar



Prezado(a) Dr(a). Ana Cristina Borges de Oliveira:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Confiabilidade e validação do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal" (CSP_1060/13) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^ª. Marília Sá Carvalho