

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES**

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA  
ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS**

**v. 1**

**RECIFE  
2019**

MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA  
ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Nilcema Figueiredo

**Recife**

**2019**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

M357p Marques, Mônica Maria Motta dos Reis Marques  
Programa de Melhoria do Acesso e da  
Qualidade dos Centros de Especialidades  
Odontológicas: validação da concordância entre  
instrumentos avaliativos. – Recife: [s.n.], 2019.  
449 p.: il., graf., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde  
Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira;  
coorientadora: Nilcema Figueiredo.

1. Avaliação em Saúde. 2. Avaliação de  
programas e projetos de saúde. 3. Assistência à  
saúde. 4. Qualidade, acesso e avaliação da  
assistência à Saúde. 5. Qualidade da assistência  
à saúde. I. Moreira, Rafael da Silveira. II.  
Figueiredo, Nilcema. III. Título.

---

CDU 614.39

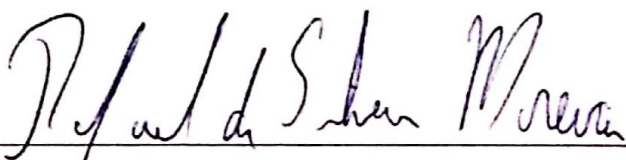
MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA  
ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública do  
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de  
mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 27 de março de 2019

BANCA EXAMINADORA



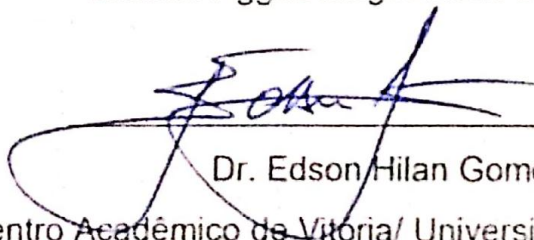
Dr. Rafael da Silveira Moreira

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Dr.ª Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena

Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco



Dedico este estudo aos meus familiares, amigos e docentes, seres essenciais à minha formação profissional e pessoal, que souberam compreender as angústias, os receios e as ausências, amparando-me nos momentos de dificuldades, vibrando com cada vitória.

## **AGRADECIMENTOS**

Especialmente a Deus, que permitiu a concretização de um grande sonho e que continua me fortalecendo ao longo desta trajetória de vida.

Ao Padre Cosmo, fiel servo de Deus, que, com sua sensibilidade, sabedoria e fé, me ensinou a entregar os problemas ao Senhor.

Ao meu esposo e aos meus filhos, razões do meu viver, pelo companheirismo, paciência, dedicação e amor.

Ao meu pai, irmã e demais familiares, por me fazerem sentir acolhida e querida.

À minha mãe que, apesar de ausente fisicamente, está sempre presente em energia, amor e espírito.

Aos amigos, seres iluminados, que me apoiaram, permitindo que essa jornada se iniciasse, prosseguisse e fosse concluída. Não posso me esquecer de Lígia Ferreira, Júlie Érika, Márcio Arruda, Luciana Pinheiro, Maria Cristina Aguiar, Maria Cristina Tavares, Lúcia Andrade, Ive Monteiro, Italene Viana e Viviane Amorim.

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, representada pelo amigo e Coordenador Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco, Dr. Paulo César, pela incessante luta em prol dos avanços do SUS e pelo apoio contínuo ao serviço e ensino, possibilitando a apresentação deste estudo no Seminário de Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Estado de Pernambuco.

À Secretaria de Saúde do Recife, em especial à Coordenação Municipal de Saúde Bucal e, ao Distrito Sanitário V, pela confiança e permissão para a realização deste Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública.

À solidariedade de todos os profissionais da Upinha Jardim São Paulo. Um agradecimento especial às maravilhosas Equipes de Saúde Bucal, onde encontro amizade, companheirismo, profissionalismo, determinação, cumplicidade, amor e fé, nas pessoas de Adriana Cavalcanti, Adriana Limeira, Fabiana Bandeira, Geórgia Patrícia, Mírian Laurentino e Suely Alves. Muita gratidão também às profissionais do NASF 5.3, companheiras e incentivadoras das batalhas diárias.

Aos casais Fabiana Bandeira e Luiz Neto; Elizabete Galindo e Carlos Santiago, sempre tão verdadeiros, solícitos e colaboradores.

Aos profissionais do Serviço Odontológico de Urgência da Policlínica Agamenon Magalhães, pelo companheirismo e apoio.

À Prof<sup>a</sup>. Núbia, do Target, pela paciência, perseverança e confiança.

Aos irmãos Rafael Bovi e Guilherme Bovi pela dedicação e apoio estatístico neste estudo.

Ao meu orientador Rafael Moreira e à coorientadora Nilcema Figueiredo por acreditarem em mim, compartilhando saberes e direcionando o caminho do estudo, com habilidade, paciência, maturidade, sabedoria e dedicação.

Ao Prof. Paulo Góes, pela sabedoria e por aceitar compor a equipe deste estudo.

Aos membros titulares e suplentes das bancas de qualificação do Projeto e da defesa desta Dissertação, pelo aceite do convite e pelas relevantes contribuições ao estudo: Profs. Edson Lucena, Sydia Rosana, Petrônio Martelli e Sidney Farias.

Um agradecimento imenso, mesmo que redundante, ao Dr. Edson Lucena, à Dra. Sydia Rosana e, à Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Reis Tavares, pelo incentivo, apoio e imensa colaboração: verdadeiros “Anjos de Luz” nesta jornada!

Ao Instituto Aggeu Magalhães, pela lisura e compromisso com o ensino e a pesquisa. Aqui, encontrei coordenadores e docentes qualificados e dispostos a contribuir para o engrandecimento da Instituição e da Ciência. Também quero agradecer ao Secretário Acadêmico, Semente Franklin, à Janaína Miranda, além de Mácia Saturnino e Mégine Cabral, pelo incentivo e presteza aos discentes.

Aos membros do Observatório de Saúde Bucal da UFPE e do GESB/FIOCRUZ-PE, pela acolhida e ensinamentos.

À minha querida turma, de mulheres, profissionais de excelência, e seres humanos maravilhosos. Juntas, compartilhamos experiências, conhecimentos, alegrias, receios e desafios, sempre perseverando em busca do alcance dos nossos objetivos. Levo vocês no coração.

A todos os Coordenadores do PMAQ-CEO que, com afinco, buscam a melhoria da qualidade e acesso dos serviços especializados em saúde bucal. Aos que puderam participar da pesquisa, mesmo diante de tantos afazeres profissionais, um agradecimento especial.

A todas as pessoas que acreditam, lutam e contribuem para a melhoria do SUS.

“A mente que se abre a uma nova ideia  
jamais voltará ao seu tamanho original”

**(Albert Einstein)**

MARQUES, M. M. M. R. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

Estudo metodológico, de abordagem quantitativa. Pretendeu validar a concordância entre instrumentos avaliativos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) do primeiro ciclo. A partir da análise documental dos 62 padrões de qualidade da ferramenta autoavaliativa AMAQ-CEO e dos 356 padrões dos formulários dos Módulos I e II da Avaliação Externa, foi construída uma Matriz de Concordância entre estes instrumentos, contendo uma Escala de Likert, com escores de um a cinco, para o registro da opinião de cada painalista, quanto a cada possibilidade de concordância aventada. O conteúdo desta Matriz foi validado, pela Técnica de Consenso de Delphi. Utilizou-se o programa estatístico R para as análises descritivas e do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Definiu-se como consenso, para cada possibilidade de concordância entre os itens, o  $IVC \geq 78\%$ , considerando-se a Proporção de itens concordantes. Os IVC foram analisados também para a Média dos itens concordantes e, para a Média de todos os itens. Para a Proporção de itens concordantes, a Dimensão com melhor IVC foi a Estrutura do CEO (100,0%) e, a pior foi Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (80,5%). Quanto às Subdimensões, os cinco maiores IVC foram para H – Infraestrutura e Equipamentos (100,0%), I – Insumos e Instrumentais (100,0%), K – Organização do Processo de Trabalho (100,0%), L – Atenção Integral à Saúde Bucal (96,3%) e C – Gestão do Trabalho (95,5%). Já, os piores IVC foram para E – Apoio Institucional (66,7%) e J – Perfil da Equipe (50,0%). Foram validados 85% dos itens da Matriz construída, comprovando que existe concordância entre os padrões de qualidade da ferramenta AMAQ-CEO e da Avaliação Externa, para o primeiro ciclo avaliativo do PMAQ-CEO. Este estudo veio contribuir para a institucionalização da avaliação nos CEO.

**Palavras-Chave:** Avaliação em Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Assistência à Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

MARQUES, M. M. M. R. *Program to Improve Access and Quality of Dental Specialties Centers: validation of agreement between evaluation instruments*. 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Institute Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## ABSTRACT

Methodological study, with a quantitative approach. It aimed to validate the agreement between evaluation instruments of the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO) of the first cycle. Based on the documentary analysis of the 62 quality standards of the AMAQ-CEO self-assessment tool and the 356 standards of the Forms of Modules I and II of the External Evaluation, a Matrix of Concordance was constructed between these instruments, containing a Likert Scale, with scores of one to five, for the record of the opinion of each panelist, as to each possibility of concurrence. The content of this Matrix was validated by the Delphi Consensus Technique. The statistical program R was used for descriptive analyzes and the Content Validity Index (IVC). A consensus was defined as, for each possibility of agreement between the items, the  $IVC \geq 78\%$ , considering the Proportion of concordant items. The IVC were also analyzed for the Mean of the concordant items, and for the Average of all items. For the Proportion of concordant items, the Dimension with the best IVC was the CEO Structure (100.0%), and the worst was Profile, Work Process and Integral Care to Oral Health (80.5%). As for the Subdimensions, the five largest IVCs were H - Infrastructure and Equipment (100.0%), I - Inputs and Instrumental (100.0%), K - Work Process Organization (100.0%), L - Comprehensive Oral Health Care (96.3%) and C - Labor Management (95.5%). Already, the worst IVC were for E - Institutional Support (66.7%) and J - Team Profile (50.0%). A total of 85% of the items in the built matrix were validated, confirming that there is agreement between the quality standards of the AMAQ-CEO tool and the External Evaluation for the first evaluation cycle of the PMAQ-CEO. This study contributed to the institutionalization of evaluation in the CEO.

**Keywords:** Health Evaluation. Evaluation of Health Programs and Projects. Health Care. Quality, Access and Evaluation of Health Care. Quality of Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Etapas da operacionalização do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	44
Figura 2 -	Distribuição da população brasileira, em 2014.....	70
Figura 3 -	Sequência de Execução da Técnica de Delphi Modificada.....	83

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, em função da Subdimensão e da Dimensão, na primeira rodada de Delphi.....	97
Gráfico 2 - Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e, a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e, para cada Dimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.....	100
Gráfico 3 - Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, na segunda rodada de Delphi, em função da Subdimensão da matriz julgada (n=17).....	104
Gráfico 4 - Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, em função da Dimensão da matriz julgada, na segunda rodada de Delphi (n=17).....	105
Gráfico 5 - Média dos IVC de itens concordantes e Proporção de itens concordantes para cada Dimensão da matriz julgada, na segunda rodada de Delphi.....	111



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Comparação entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa.....	33
Quadro 2 -	Momentos de reflexão e discussão proporcionados pela Autoavaliação, no PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	46
Quadro 3 -	Estrutura de organização dos padrões de qualidade da AMAQ-CEO.....	47
Quadro 4 -	Subdimensões do instrumento avaliativo da AMAQ-CEO, por padrões de qualidade.....	47
Quadro 5 -	Transformação de variável numérica em variável categórica ordinal nominal para a classificação da Subdimensão da AMAQ-CEO.....	48
Quadro 6 -	Distribuição dos pesos para a certificação dos CEO.....	49
Quadro 7 -	Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.....	52
Quadro 8 -	Ator social ao qual se referia cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO.....	73
Quadro 9 -	Ator social ao qual a entrevista da Avaliação Externa foi direcionada e, Ator social ao qual se referia cada padrão de qualidade dos formulários dos Módulos I e II da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	73
Quadro 10 -	Tópicos do Módulo I da Avaliação Externa e os seus respectivos padrões de qualidade, inseridos na Matriz de Concordância entre instrumentos da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	76
Quadro 11 -	Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 1 deste estudo.....	78
Quadro 12 -	Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 2 deste estudo.....	84
Quadro 13 -	Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 3 deste estudo.....	86
Quadro 14 -	Resumo sobre a validação da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do	

	PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	112
Quadro 15 -	Dimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, com o melhor e o pior resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes.....	113
Quadro 16 -	Subdimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, que apresentaram os cinco melhores resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes.....	113
Quadro 17 -	Subdimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, com os piores resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes.....	114

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa, que se repetiram na Matriz de Concordância construída.....	88
Tabela 2 -	Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Gestão Municipal/Estadual, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.....	90
Tabela 3 -	Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Gerência do CEO, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.....	93
Tabela 4 -	Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Estrutura do CEO, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.....	94
Tabela 5 -	Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.....	94
Tabela 6 -	Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Intervalo Interquartil e Amplitude dos escores de concordância dos especialistas, para cada Subdimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.....	96
Tabela 7 -	Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e para cada Dimensão da matriz	

	construída, após a primeira rodada de Delphi.....	98
Tabela 8 -	Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os IVC para cada item, em função da Dimensão e Subdimensão, para todos os especialistas que participaram da segunda rodada de Delphi, considerando apenas os itens não concordantes na primeira rodada.....	101
Tabela 9 -	Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Intervalo Interquartil e Amplitude dos escores de concordância dos especialistas, para cada Subdimensão da matriz construída, após a segunda rodada de Delphi.....	103
Tabela 10 -	Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e para cada Dimensão da matriz construída, após a segunda rodada de Delphi.....	106
Tabela 11 -	Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa que se repetiram na Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....	107
Tabela 12 -	Média dos IVC de itens concordantes e a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e para cada Dimensão da matriz julgada, na segunda rodada de Delphi.....	110

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
AMAQ-AB	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMAQ-CEO	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros Especialidades Odontológicas
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMQ-ESF	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AE	Avaliação Externa
APS	Atenção Primária à Saúde
CECOL	Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CGSB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMP	Cumprimento de Metas de Produtividade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GESB	Grupo de Estudos em Saúde Bucal da Fiocruz/PE
GM	Gabinete do Ministro
hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
Kp	Coeficiente de Kappa
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MS-DOS	Microsoft Disk Operating System
NCND	Nem Concordante Nem Discordante
NISTEP	National Institute of Science and Technology Policy
PC	Parcialmente Concordante
PD	Parcialmente Discordante
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNES	Pessoas com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TC	Totalmente Concordante
TD	Totalmente Discordante
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade Saúde da Família
W	Coeficiente de Concordância de Kendall
Web	World Wide Web

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Avaliação em Saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Avaliação da Qualidade em Saúde.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3</b>	<b>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.....</b>	<b>42</b>
<b>3.4</b>	<b>Considerações sobre Modelo Analítico de Concordância, Escala de Likert e Validação.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Modelo Analítico de Concordância.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Escala de Likert.....</b>	<b>62</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Validação.....</b>	<b>63</b>
<b>3.5</b>	<b>Técnica de Delphi.....</b>	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2</b>	<b>Período do estudo.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3</b>	<b>Instrumento de Pesquisa / Unidades de Análise.....</b>	<b>69</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta, Processamento e Análise dos Dados.....</b>	<b>71</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Construção de uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....</b>	<b>72</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Validação da Matriz de Concordância construída.....</b>	<b>79</b>
<b>4.4.2.1</b>	<i>Primeira Rodada da Técnica Delphi.....</i>	<b>80</b>
<b>4.4.2.2</b>	<i>Segunda Rodada da Técnica Delphi.....</i>	<b>81</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Análise da concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....</b>	<b>84</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>87</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>88</b>



6.1	<b>Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída..</b>	88
6.2	<b>Validação da Matriz de Concordância construída.....</b>	90
6.2.1	Resultados da Primeira Rodada de Delphi.....	90
6.2.2	Resultados da Segunda Rodada de Delphi.....	100
6.2.3	Resultados Gerais da Técnica de Delphi.....	106
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	115
8	<b>PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	126
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	127
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	129
	<b>APÊNDICE A – ESTRUTURA DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, CONSTRUÍDA.....</b>	152
	<b>APÊNDICE B – PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, EXCLUÍDOS DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA CONSTRUÍDA, POR APRESENTAREM OUTRO PADRÃO, EQUIVALENTE E SUBSEQÜENTE, QUE EXIGIA COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL.....</b>	154
	<b>APÊNDICE C – PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DA AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA.....</b>	156
	<b>APÊNDICE D – PADRÕES DE QUALIDADE DA AMAQ-CEO QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, SEGUNDO A PESQUISADORA.....</b>	160
	<b>APÊNDICE E – MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, CONSTRUÍDA.....</b>	162
	<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	252

<b>APÊNDICE G – MATRIZ VALIDADA DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.....</b>	<b>255</b>
<b>APÊNDICE H – ITENS DA MATRIZ, CONSTRUÍDA, QUE NÃO ALCANÇARAM O CONSENSO, PELA TÉCNICA DE DELPHI, PARA A CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.....</b>	<b>348</b>
<b>APÊNDICE I – INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, UTILIZANDO A TÉCNICA DE DELPHI.....</b>	<b>365</b>
<b>APÊNDICE J – RELATÓRIO TÉCNICO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DA DISSERTAÇÃO INTITULADA “PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS”...</b>	<b>367</b>
<b>ANEXO A - VALORES DO COMPONENTE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL, POR TIPO DE CEO.....</b>	<b>388</b>
<b>ANEXO B - INDICADORES DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEGUNDO A NATUREZA DO SEU USO.....</b>	<b>389</b>
<b>ANEXO C - ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DA AMAQ-CEO....</b>	<b>390</b>
<b>ANEXO D - ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE COLETA DA AVALIAÇÃO EXTERNA.....</b>	<b>391</b>
<b>ANEXO E - CATEGORIZAÇÃO DOS PADRÕES DE ACESSO E QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, POR GRAU DE PRIORIDADE.....</b>	<b>393</b>
<b>ANEXO F - ESTRUTURA DA AMAQ-CEO.....</b>	<b>394</b>
<b>ANEXO G - ESTRUTURA DOS FORMULÁRIOS DOS MÓDULOS I, II E III DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.....</b>	<b>415</b>

<b>ANEXO H - PARECERES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>445</b>
<b>ANEXO I – OFÍCIO CONVITE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PARA APRESENTAÇÃO DESTE ESTUDO, NO “SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, NO ESTADO DE PERNAMBUCO” .....</b>	<b>449</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação consiste em emitir um juízo de valor acerca de uma intervenção, podendo fornecer informações, que sejam cientificamente válidas e socialmente legítimas, sobre a mesma ou um dos seus componentes e, possibilitando que os diferentes atores, envolvidos no processo avaliativo, possam se posicionar sobre esta intervenção, construindo um julgamento individual ou coletivo, que possa se reverter em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Furtado *et al.* (2018) destacam que as atribuições da avaliação, na área da saúde, devem ir muito além de um instrumento de gestão, num esforço de se ampliar o seu escopo, de modo que ela contribua também para a reflexão acerca de iniciativas voltadas para a redução do sofrimento e, atendimento às demandas e necessidades das populações.

De um modo geral, vários fatores vêm contribuindo para tornar a avaliação cada vez mais essencial no campo da saúde: o crescimento dos gastos, requerendo maior eficiência dos sistemas de saúde; a necessidade de garantir o cuidado (KALINICHENKO; AMADO; SANTOS, 2013), inclusive diante do predomínio das condições crônicas (MELO *et al.*, 2017a); a incorporação de novas tecnologias; e, o fato da intervenção em saúde, como todo fenômeno social, ser complexa e dinâmica, requerendo respostas em contexto e em tempo oportunos (SANTOS *et al.*, 2017).

Fica evidente, portanto, a necessidade da implantação de políticas, visando a institucionalização da avaliação, no sentido da criação de uma verdadeira cultura avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Deste modo, a avaliação deve ser incorporada à rotina das organizações de saúde, podendo subsidiar as tomadas de decisões e contribuir para a mudança do modelo assistencial (BRITO; JESUS, 2009), potencializando os processos de gestão e aprimorando as ações de cuidado em saúde (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

No Brasil, o movimento de constituição de uma política de avaliação, articulada à gestão, é recente e, geralmente relacionado aos artigos 15 e 17 da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), cujas diretrizes acabaram reforçando abordagens fragmentadas e conservadoras, numa tendência inversa à adotada pelos países desenvolvidos (CRUZ, 2015).

E, embora os caminhos da descentralização tenham representado, relevantes alterações na forma de desenvolver as práticas de atenção à saúde, alimentando a perspectiva de um grande pacto federado, norteado por instrumentos normativos e, dos persistentes debates institucionais e colegiados, visando a corresponsabilização de todas as instâncias (OLIVEIRA NETO; ITANI, 2008), a sistemática da avaliação ainda não foi institucionalizada nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (FELISBERTO, 2010; SEVERO *et al.*, 2016).

Deste modo, no SUS, as iniciativas avaliativas nem sempre contribuem com o processo decisório e com a formação dos profissionais, ocorrendo de maneira pouco ordenada, geralmente restritas aos objetivos específicos e aos processos de gestão de alguns programas, sendo raramente utilizadas para o redesenho das estratégias e formas de operação dos mesmos (CARVALHO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) apontou alguns fatores responsáveis pelas limitações das iniciativas avaliativas: ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; a fragmentação e a diversidade de orientações relacionadas aos processos avaliativos; a ênfase em variáveis relacionadas a processo; e, avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (BRASIL, 2005).

Viacava *et al.* (2004) apontam como desafios, à incorporação de práticas de avaliação nos serviços de saúde, as divergências ideológicas e a subjetividade dos atores sociais; a dificuldade de se estabelecer parâmetros de qualidade em saúde; a difícil definição de quais aspectos do cuidado necessitam ser estudados, além da escolha dos métodos e fontes de dados a serem utilizados. Tanaka e Tamaki (2012) mencionam ainda a complexidade do processo saúde-doença e a multicausalidade envolvida na saúde e no adoecimento. Chaves e Tanaka (2012) acrescentam a falta de investimento; a deficiência nas formações técnica, política e humana dos profissionais e gestores; além das insuficientes parcerias intersetoriais e a reduzida participação dos usuários nos processos avaliativos.

E, como “avaliar é um ato político”, o “seu produto está marcado, igualmente, pela postura e pela expectativa política de quem participa e faz a avaliação” (GOES; FIGUEIREDO, 2012, p.164). Portanto, para que se instale uma cultura de avaliação, é necessário que a capacidade avaliativa seja construída, no contexto dos espaços de trabalho, em um movimento de aprendizado constante, a partir e sobre a

avaliação (DENIS, 2010), de modo que ela se configure como uma prática introjetada ou vivenciada pelos atores institucionais (FELISBERTO, 2006).

Diante deste contexto, é essencial fomentar uma mobilização permanente sobre a temática da avaliação, mediante atividades estruturantes que contribuam para o acultramento do uso da avaliação, como parte da gestão; apoiem o (re)direcionamento das práticas; permitam avaliar o desempenho institucional e dos profissionais; favoreçam a formação e a satisfação dos atores sociais; e, qualifiquem a atenção à saúde (FELISBERTO, 2006).

Tal questão vem ao encontro das agendas nacional e internacional e dos debates sobre a reforma dos sistemas de saúde e, da qualidade dos serviços e dos cuidados à saúde (SERAPIONI, 2009). Deste modo, aliado à globalização e à postura do consumidor, cada vez mais exigente, a qualidade foi considerada o agente de mudança corporativa mais relevante do novo milênio (JESUS *et al.*, 2014).

Deve-se ressaltar que o conceito de qualidade é relativo e complexo, relacionado ao contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, requerendo a exploração da sua dimensão subjetiva, que inclui as relações interpessoais (FRIAS *et al.*, 2010).

Na literatura, um dos autores mais conhecidos, no que diz respeito à avaliação da qualidade em saúde, é Donabedian (1988) que definiu qualidade como o grau no qual os serviços atendem às necessidades, expectativas e ao padrão de atendimento dos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, criou o Modelo Teórico Sistêmico, propondo avaliar o cuidado médico a partir de uma tríade composta por estrutura, processo e resultados.

E, considerando a importância da avaliação da qualidade da atenção à saúde, aconteceram diversas iniciativas avaliativas no SUS, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) (FONSECA; MENDONÇA, 2014b), Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) (BRASIL, 2010a) e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (MACHADO, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para incentivar os gestores do SUS e as Equipes da Atenção Básica a melhorarem a qualidade da

assistência ofertada aos cidadãos, por meio de um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2012b).

Do mesmo modo, no ano de 2013, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que avalia o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e repassa mais recursos financeiros para os serviços que cumprem os padrões de qualidade pactuados (BRASIL, 2013c).

O PMAQ-CEO é de âmbito nacional e suas bases teóricas remontam ao modelo sistêmico de Donabedian: estrutura-processo-resultado (GOES *et al.*, 2018). Com potencial para o desenvolvimento de práticas avaliativas na gestão pública dos serviços de saúde bucal, o PMAQ-CEO ainda é muito recente (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Mesmo assim, fortaleceu a avaliação dos serviços e programas de saúde como uma atividade institucional do SUS (GOES *et al.*, 2018).

Estruturalmente o primeiro ciclo do PMAQ-CEO foi subdividido em quatro etapas: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento, que compreende Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional; 3) Avaliação Externa (AE) e 4) Recontratualização (BRASIL, 2013c).

Na etapa do Desenvolvimento, a fase da Autoavaliação é considerada o ponto de partida e um dispositivo para a reorganização do serviço e da gestão, pois propicia a autoanálise, a autogestão, a identificação dos problemas e a formulação das estratégias de intervenção, em busca da melhoria dos serviços e do processo de trabalho (BRASIL, 2013c).

O MS recomenda o uso da ferramenta “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO)”, devido ao seu potencial pedagógico, de caráter problematizador e reflexivo. A mesma é composta por um conjunto de padrões de qualidade relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO (BRASIL, 2013c).

Por sua vez, a Avaliação Externa, terceira etapa do PMAQ-CEO, é realizada por avaliadores selecionados e capacitados por Instituições de Ensino Superior (IES) e/ou Pesquisa, que utilizam um instrumento composto por formulários, cujas questões correspondem aos padrões de qualidade da AMAQ-CEO. Deste modo, a AE compreende a observação da infraestrutura do serviço e a realização de entrevistas com gerente do CEO, com um cirurgião-dentista e também com usuários, além da verificação de documentação (BRASIL, 2013c).

Deve-se ressaltar que, apesar do PMAQ-CEO compreender duas tipologias avaliativas, os padrões de qualidade, presentes nos instrumentos da Avaliação Externa guardam similaridade com os da Autoavaliação, visando assegurar a coerência entre as informações observadas pelos avaliadores de qualidade e aquelas obtidas por meio da Autoavaliação (BRASIL, 2013e).

Quanto aos CEO, eles foram instituídos no Brasil, em 2004, a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente, para organizar e estruturar a Atenção Secundária (BRASIL, 2004b). São unidades de referência para a atenção básica, que ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006),

Estes serviços desempenham um relevante papel social, porque podem contribuir para diminuir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados, assim como a morbidade relacionada à saúde bucal (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015) e, são capazes de utilizar os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde, para assegurar a integralidade do atendimento, visando superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Os CEO provocaram impacto no Modelo de Atenção em Saúde Bucal, colocando-o na lógica da atenção pública e universal e, gerando transformações nas linhas de cuidado. Todavia, tais serviços ainda precisam se materializar como referência à atenção básica e, como articuladores da atenção terciária em saúde bucal, no SUS, visto que uma das funções mais estratégicas dos CEO “é a construção integrada e articulada da saúde bucal, enquanto indutora também de organização dos serviços públicos de saúde” (PUCCA, 2016, p.12).

Portanto, para garantir a qualidade dos CEO é necessário avaliá-los continuamente, a fim de identificar fragilidades e potencialidades, que subsidiem os processos de gerência/gestão, em prol da melhoria contínua dos seus desempenhos (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Tem sido observado um crescimento de publicações sobre os CEO, (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015), mas ainda são escassos os estudos que têm se dedicado às análises sobre os instrumentos ou metodologias para a avaliação dos mesmos e, há muitos obstáculos a serem superados, quer em relação ao baixo desempenho no cumprimento das metas de produção (COLUSSI; CALVO,



2012; FIGUEIREDO; GÓES, 2009; GOES *et al.*, 2012); à baixa resolutividade (ARAÚJO; MENEZES; SOUSA, 2012); à reduzida taxa de utilização, com possíveis barreiras organizacionais (CHAVES *et al.*, 2011); à pouca integração com a atenção básica e, às dificuldades no acesso (COLUSSI; CALVO, 2012; GUI SILINI *et al.*, 2015; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010), além do predomínio da realização de procedimentos da atenção básica (MEDEIROS, 2007; SOARES; PAIM, 2011; SOUZA, 2009).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da efetiva consolidação da avaliação, de forma transversal aos processos de planejamento e gestão, com potencial para monitorar a capacidade dos serviços em atender as necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas, além de retroalimentar as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades (CARVALHO *et al.*, 2012; FELISBERTO, 2006).

E, considerando que a avaliação de programas e serviços de saúde fornece subsídios aos processos decisórios de gerência/gestão, contribuindo para o redirecionamento das práticas, além do aprimoramento institucional e profissional; que a institucionalização da avaliação ainda se constitui um desafio no SUS, requerendo investimentos técnicos e políticos; que o PMAQ-CEO foi instituído como fruto dos esforços do Ministério da Saúde para a institucionalização da cultura avaliativa nos CEO, sendo um indutor de mudanças, capaz de contribuir para o aperfeiçoamento das práticas do cuidado; que os CEO são estratégicos na organização do Modelo de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção em Saúde Bucal, e por isso devem ser avaliados continuamente; e, que apesar dos inúmeros estudos sobre os CEO, são raros os que têm se dedicado à melhoria dos instrumentos e métodos de sua avaliação; esta dissertação pretendeu validar a concordância entre instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO primeiro ciclo, visando comprovar cientificamente a citação, do Ministério da Saúde, que existe similaridade entre os padrões de qualidade da Autoavaliação e da Avaliação Externa do referido ciclo avaliativo. Neste sentido, buscou-se responder à pergunta de pesquisa: “Existe concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo?”, tendo como hipótese a existência de concordância entre instrumentos da Autoavaliação (AMAQ-CEO) e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Validar a concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), do primeiro ciclo de avaliação.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a) Construir uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação (AMAQ-CEO) e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo;
- b) Validar o conteúdo da Matriz de Concordância construída;
- c) Analisar a concordância entre Instrumentos da Autoavaliação (AMAQ-CEO) e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Neste estudo, o referencial teórico-metodológico encontra-se subdividido em cinco tópicos: 3.1 Avaliação em Saúde; 3.2 Avaliação da Qualidade em Saúde; 3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas; 3.4 Considerações sobre Modelo Analítico de Concordância, Escala de Likert e Validação e 3.5 Técnica de Delphi.

#### **3.1 Avaliação em Saúde**

Ao longo da história, a avaliação passou a ser uma atividade especializada após a Segunda Guerra Mundial. Nos Estados Unidos da América (EUA), a partir dos anos 60 é que o governo se preocupou em financiar estudos avaliativos, com o intuito de verificar a efetividade dos gastos públicos. A partir desta década também é que, no Canadá, Suécia e Alemanha Ocidental, ocorreu o início das experiências de análise e avaliação, inclusive no que diz respeito às políticas e programas de saúde (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Nos anos 80, a avaliação começou a ser realizada sob a ótica do usuário (LIMA; SILVA, 2011) e passou a ser considerada uma das ferramentas mais importantes da gestão da administração pública. No âmbito da saúde, ela permite conhecer a realidade de um serviço, programa ou instituição, em busca da proposição de soluções para os problemas identificados (FONSECA; MENDONÇA, 2014a).

Mas, a partir dos anos 90 é que os atos avaliativos se difundiram pela maior parte dos países da Europa e da América Latina (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013). Nesta década, no Brasil, o Ministério da Saúde contratou consultores para realizar avaliações em saúde, passando também a conduzir esses processos no início do século XXI (FURTADO; VEIRA-DA-SILVA, 2014).

No campo da saúde, a avaliação de serviços viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDES, 1997), porque permite analisar a relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos e/ou a sustentabilidade dos mesmos (CHAVES, 2014), dentre outras coisas. Assim, o processo avaliativo passou a ser

considerado técnico, estratégico e viabilizador de uma práxis social (DESLANDES, 1997).

É preciso ressaltar que o trabalho em saúde pode constituir um potente motor de transformações, ainda que sob constante tensão, devido às relações interpessoais (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017). Logo, a produção do cuidado acontece num espaço de disputa dos projetos, dentro das instituições (PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013), permeado pelas dimensões da macropolítica (campo das objetividades; o que é mais visível e observável) e da micropolítica (campo de forças das subjetividades) (MERHY, 2006).

E, é importante ainda considerar que o trabalho em saúde apresenta características como a intersubjetividade, a imprevisibilidade e a incerteza, que, associadas às peculiaridades do processo saúde-doença (SILVA; PEDUZZI, 2011), contribuem para tornar a gestão dos serviços de saúde uma prática administrativa complexa (TANAKA; TAMAKI, 2012). Conseqüentemente, as avaliações das ações e dos serviços se configuram como um desafio permanente na saúde (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Portanto, é essencial ter a compreensão que o ato avaliativo precisa priorizar a participação e a inserção do usuário nas atividades inerentes ao próprio processo, de modo que o mesmo seja interativo e emancipador. Assim, a avaliação da satisfação do usuário deve se destacar como um instrumento potencializador das relações interpessoais, no âmbito dos serviços de saúde, além de um instrumento de controle social (COSTA *et al.*, 2008).

Neste sentido, a avaliação em saúde deve considerar também se o serviço se integra ou não aos valores culturais, ideologias, posições de classe, *status*, etnia, crenças e expectativas das pessoas envolvidas (ATKINSON, 1993). E, o ideal é que o mesmo se configure como um instrumento técnico-político fundamental para que se respeitem os direitos dos cidadãos e se oferte serviços acessíveis e de maior qualidade (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Deste modo, para que as avaliações sejam um dispositivo de mudança, inclusive do modelo assistencial (BRITO; JESUS, 2009), é preciso incorporar os principais grupos de interesse e valorizar as possibilidades de uso dos resultados, para a reformulação das práticas (PATTON, 1997). Por sua vez, Kirkhart (2000) menciona que é fundamental compreender a influência da avaliação, que consiste

na capacidade de pessoas ou coisas produzirem efeitos em outros, de forma direta ou indireta.

Assim, também pela perspectiva de gerar transformações, a avaliação é essencial aos programas e políticas de saúde. Ela pode contribuir para a identificação de pontos frágeis nos serviços instalados, mensurar a eficiência e a efetividade das ações assistenciais e verificar o impacto, advindo das ações de saúde, na condição sanitária da população (PAIM, 2005), de modo a promover a melhoria contínua da atenção à saúde (COLUSSI; CALVO, 2012).

Logo, no campo da saúde, avaliar consiste em realizar um julgamento de uma intervenção sanitária, direcionada à resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito do esforço ou valor da intervenção ou de seu produto, para aperfeiçoá-la ou modificá-la (SILVA, 2014). Entretanto, Vieira-da-Silva (2005) refere ser importante substituir a intervenção pelas práticas sociais. Deste modo, o juízo de valor a respeito de um objeto complexo não deve se basear em apenas dois ou três indicadores, e nem ser apartado do contexto político, econômico e cultural (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

E, é importante destacar que existem grandes divergências a respeito da maneira como se deve realizar uma avaliação em saúde e, em particular, sobre a sua pertinência (CONTANDRIOPULOS, 2006).

De acordo com a procedência dos avaliadores, é possível distinguir quatro tipos de avaliação (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994):

- 1) Avaliação externa: aquela em que os avaliadores não pertencem nem são vinculados à instituição executora do programa ou projeto em avaliação. Geralmente, esses avaliadores são especialistas contratados pela instituição responsável pela avaliação;
- 2) Avaliação interna: realizada com a participação de pessoas que pertencem à instituição que promove ou faz a gestão do programa ou projeto a ser avaliado, mas que não são diretamente responsáveis pela execução do mesmo;
- 3) Avaliação mista: é uma combinação das avaliações externa e interna. Segundo Cohen e Franco (2008), a avaliação mista pretende superar as dificuldades e preservar as vantagens de ambas as avaliações.
- 4) Autoavaliação: é feita pelas próprias pessoas implicadas na execução do programa ou projeto avaliado.

Por sua vez, Cohen e Franco (2008) modificam um pouco a classificação acima, considerando: avaliação externa, interna, mista e participativa. Esta última tipologia tem como objetivo reduzir a distância entre o avaliador e os usuários, de modo que os cidadãos participem do planejamento, programação, execução, operação e avaliação do projeto ou programa. Consiste, então, em um processo de negociação entre os diversos sujeitos envolvidos, sendo que o avaliador é um dos atores intrínsecos no processo avaliativo (HARTZ, 2009).

Como este estudo irá avaliar comparativamente instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, pode-se verificar, no Quadro abaixo, as vantagens e desvantagens dessas tipologias de avaliação.

**Quadro 1 – Comparação entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa.**

(continua)

ITENS DE COMPARAÇÃO	AUTOAVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO EXTERNA
<b>Procedência do avaliador</b>	Os avaliadores são os próprios atores implicados na execução do programa ou projeto (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).	Os avaliadores não são vinculados à instituição responsável pela execução do programa ou projeto em avaliação (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Os avaliadores são selecionados e capacitados por Instituição de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2013b).
<b>Vantagens</b>	Contribui para a melhoria dos processos de aprendizagem organizacional. Os avaliadores têm melhor conhecimento da organização e das relações interpessoais. Além disso, permite uma maior colaboração dos que participaram do projeto, e uma reflexão sobre o realizado; maior utilidade (COHEN; FRANCO, 2008). Potencial de induzir à mudança e ao aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013e). Os avaliadores têm maior conhecimento e familiaridade no que diz respeito ao que será avaliado (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; WHORTEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004). Importante ferramenta para que os indivíduos percebam as suas forças e suas fragilidades, utilizando-as para o seu desenvolvimento (RODRIGUES; ARAÚJO, 2008). Os avaliadores compreendem o funcionamento da organização e identificam as oportunidades existentes para que os resultados sejam colocados em prática (SILVA, 2014). Os avaliadores avaliam a própria prática, podendo transformá-la, pois os profissionais têm potencial de intervenção (FARIA <i>et al.</i> , 2015).	Os avaliadores podem ser mais independentes e estarão mais capacitados para realizarem comparações sobre a efetividade e a eficiência das diferentes alternativas. Mas, têm pouco conhecimento acerca do projeto e maior dificuldade para compreender as relações interpessoais e de poder (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Os avaliadores têm mais experiência e conhecimento acerca das atividades avaliativas, podendo realizar comparações sobre a eficácia e a eficiência de soluções para os problemas identificados (COHEN; FRANCO, 2008). Os avaliadores são mais autônomos e imparciais (SILVA, 2014).

**Quadro 1 - Comparação entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa.**

(conclusão)

ITENS DE COMPARAÇÃO	AUTOAVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO EXTERNA
<p><b>Desvantagens</b></p>	<p>Os profissionais podem encontrar dificuldades em manter um adequado distanciamento do objeto de análise (WHORTEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004; COHEN; FRANCO, 2008).</p> <p>Os avaliadores podem integrar uma estrutura de poder e não apresentar uma adequada formação para conduzir a avaliação (COHEN; FRANCO, 2008).</p> <p>As equipes avaliam seu desempenho, considerando a quantidade e os tipos de procedimentos que realizam, não tendo uma visão crítica sobre a necessidade de manutenção dos serviços ou de reorientação das suas práticas (PADILHA <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>Os avaliadores podem enfatizar os aspectos bons do programa e minimizar os aspectos negativos. Também há os riscos das subjetividades (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).</p>	<p>Tendência a se dar mais importância à metodologia do que ao contexto.</p> <p>A objetividade dos avaliadores é questionável, pois os seus contratantes podem ter preconceitos quanto ao desempenho do projeto e interesses próprios, de modo a orientar a seleção da avaliação e influenciá-los.</p> <p>As pessoas que vão ser avaliadas podem se colocar na posição defensiva, fornecendo informações parciais e contribuindo pouco para o conhecimento e o melhoramento da execução do projeto (COHEN; FRANCO, 2008).</p> <p>Visão punitiva da avaliação externa por alguns gestores (SAMPAIO <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Nem sempre é utilizada para embasar a tomada de decisão e não há retroalimentação das informações do nível central para os profissionais dos serviços, que acabam sem informações sobre seu desempenho e sobre o impacto das suas ações na saúde da população (NOVAES, 2000).</p> <p>A participação de avaliadores externos pode ser um indicativo de que essa avaliação possui um caráter esporádico, não interferindo efetivamente no processo de tomada de decisões. Impera o olhar externo (SILVER, 1992).</p> <p>De elevado custo (PATTON, 1997; SCRIVEN, 1991).</p> <p>O avaliador não toma decisões e entrega o diagnóstico ao contratante (TANAKA, 2017).</p>

Fonte: A autora, 2019.

Conforme Hartz (2012), a autoavaliação e a avaliação externa são distintas, mas complementares. Porém, de um modo geral, na política pública brasileira, as avaliações são realizadas por entidades externas (CHAVES, 2014).

Figueiró, Frias e Navarro (2010) destacam que os objetivos da avaliação é que devem nortear a escolha do tipo de avaliador (externo ou não), que, por sua vez, precisa ter clareza da sua posição no processo. Da mesma forma, a decisão sobre o melhor caminho metodológico requer flexibilidade e criatividade, em coerência com o objeto e seus propósitos (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Cabe ressaltar que a área de avaliação de programas, serviços e tecnologias na saúde vem passando por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, necessário à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e à implementação das políticas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

E, conforme Tanaka e Tamaki (2012), para estruturar um processo avaliativo, direcionado à gestão de serviços de saúde, é necessário considerar vários princípios:

- a) Utilidade: a avaliação deve contribuir para as tomadas de decisão, em busca de soluções para os problemas encontrados, visando um maior impacto positivo na saúde da população;
- b) Oportunidade: o prazo para a execução do processo avaliativo compreende o tempo decorrente entre a demanda da avaliação e o momento da tomada de decisão;
- c) Factibilidade: a avaliação deve ter viabilidade técnica, econômica e política, além de fazer escolhas sobre as quais se tenha governabilidade;
- d) Confiabilidade: para que a avaliação seja considerada válida e aceita pelos atores envolvidos na decisão e na sua execução, ela precisa ser racional, coerente e consistente;
- e) Objetividade: a avaliação deve buscar o melhor conhecimento e o maior aprofundamento possível, considerando-se o tempo e os recursos disponíveis;
- f) Direcionalidade: o processo avaliativo deve direcionar as escolhas, em busca da resolução dos problemas que deram origem ao processo avaliativo; da satisfação das necessidades dos usuários e da implementação das políticas do setor.

Segundo Contandriopoulos (2006), o grau em que os resultados de uma avaliação servirão para conduzir a tomada de decisão, varia de acordo com a sua credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.



No Brasil, o processo de institucionalização do monitoramento e avaliação da gestão, no âmbito do SUS, envolve o espaço da relação interfederativa, quer em relação à construção de agendas de cooperação intergestores, quanto no que tange ao processo de acompanhamento feito pelos órgãos de controle, às ações e pautas nos Conselhos de Saúde e; particularmente, os processos de formação organizados pelas instituições acadêmicas (CARVALHO, 2016). As avaliações ainda são incipientes, pouco incorporadas às práticas e com um caráter, muitas vezes, mais prescritivo e burocrático, que nem sempre contribui para a tomada de decisões; não fazendo parte, portanto, da cultura institucional (FELISBERTO, 2010).

Mas, apesar das dificuldades, várias iniciativas avaliativas vêm sendo desenvolvidas no SUS, de forma progressiva, nas últimas três décadas (PAIM, 2005), produto de forças advindas de três campos diferentes: burocrático, científico e econômico (AKERMAN *et al.*, 2016). Como exemplo tem-se a Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica; a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, e o próprio processo de implementação do Pacto pela Saúde. Este último instituiu mecanismos de cogestão, buscando fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde; e redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

É importante destacar que o conjunto das ações, que envolvem a prática avaliativa em âmbito governamental, se relaciona também à exigência da transparência pública. Associada ao compromisso da sociedade com o interesse coletivo, ela torna possível o reconhecimento da avaliação como essencial para induzir um processo de mudança cultural (CHAVES, 2014).

Deste modo, produzir novos padrões e novas configurações culturais para a relação entre a gestão, a ciência e a técnica é um desafio premente para se qualificar as práticas nos sistemas de saúde, requerendo a produção de movimentos e de diálogos nesse sentido (FERLA, 2016).

Enfim, torna-se necessário investir na institucionalização da avaliação, de modo a contribuir decisivamente para a qualificação da atenção à saúde, a partir da construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e, abrangentes quanto às dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

### 3.2 Avaliação da Qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade da atenção à saúde está fortemente presente em nível mundial (SERAPIONI, 2009), pois é imprescindível se atender as necessidades e expectativas da população e buscar a resolução dos problemas de saúde, relacionados também às transições demográfica e epidemiológica. Além disso, o conhecimento, cada vez maior, por parte da população sobre o seu direito à saúde (FRIAS *et al.*, 2010); a globalização e o cenário político-financeiro do país vêm tensionando o setor de saúde, por novas alternativas para a gestão (PAIM; CICONELLI, 2007).

Segundo Hernandez (1993), a qualidade em saúde consiste em prover serviços acessíveis aos cidadãos, com um nível profissional ótimo, considerando-se a disponibilidade dos recursos e a equidade, para a adesão e a satisfação do usuário.

Porém, na opinião de Vuori (1991), o termo qualidade, em saúde, apresenta muitas facetas. Portanto, quando se fala em qualidade é preciso especificar por quem ela foi definida e para quem. A qualidade, entendida como eficácia técnica, relaciona-se exclusivamente às questões diagnósticas e terapêuticas. Contudo, há também o entendimento da qualidade direcionada apenas aos gastos com saúde; ou, ainda, a qualidade que se preocupa apenas com as percepções dos pacientes, excluindo da avaliação a perspectiva de análise de outros atores. Deste modo, deve-se ressaltar que a qualidade em saúde resulta de uma profícua integração e conexão entre todos esses aspectos (SERAPIONI, 2009).

Donabedian (1980), autor de referência no que diz respeito à avaliação da qualidade em saúde, adotou uma ampla perspectiva para analisar a qualidade dos cuidados em saúde, relacionando a ciência médica e a tecnologia, de modo a se otimizar os benefícios para a saúde, sem aumentar os seus riscos. Considerou também que o conceito de qualidade apresentava as dimensões técnica, interpessoal e do espaço físico.

Deve-se ressaltar que, apesar da avaliação de qualidade, durante muito tempo, ter se limitado aos aspectos técnicos da relação pontual entre um paciente e um médico, atualmente ela tem por objetivo diversas atividades, clínicas e não clínicas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Neste sentido, tais autores atribuíram ao conceito de qualidade as seguintes dimensões:

- 1) Técnica: o melhor que se pode fazer na prática, considerando-se a tecnologia e os conhecimentos científicos, inclusive em relação à segurança dos cuidados;
- 2) Interpessoal: no sistema de saúde, vincula-se às relações psicológicas e sociais entre os sujeitos, que provêm os cuidados e os serviços, e os usuários. Relaciona-se aos valores da sociedade e ao contexto em que as relações acontecem;
- 3) Organizacional: refere-se às condições em que os serviços são oferecidos (as práticas, a tecnologia, os valores morais e as expectativas individuais).

Cabe aqui compreender o cuidado como um fenômeno existencial, relacional e contextual, que se diferencia de um procedimento pela preocupação em fazer algo para ajudar o outro. Portanto, implica em respeitar, acolher e atender o ser humano no seu sofrimento (FRACOLLI; ZOBOLI, 2011).

Em 1988, considerando a qualidade da atenção em saúde como o aspecto central na avaliação em saúde, Donabedian desenvolveu o Modelo Teórico Sistêmico, pautado na tríade estrutura-processo-resultados. O autor considerou que as condições estruturais podem favorecer os dados, relativos aos processos que definem estas práticas, e as medidas que permitam a mensuração dos resultados. Portanto, na tríade sistêmica deve-se considerar:

- 1) Estrutura: inclui os recursos financeiros, humanos, físicos, materiais, organizacionais e as fontes de financiamento;
- 2) Processo: conjunto das atividades desenvolvidas na relação entre os profissionais e os usuários, como consultas, internações, cirurgias e exames;
- 3) Resultados: correspondem às consequências das atividades para a saúde dos indivíduos ou das populações, como a mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, notificações e tempo de internamento.

Contudo, em 1992, o próprio Donabedian fez críticas ao seu modelo, considerando que a sua validade estava associada à existência de uma relação causal entre a tríade estrutura-processo-resultados, que é uma probabilidade e não uma certeza. Ressaltou também que as dificuldades encontradas, para a distinção entre as três categorias do paradigma, surgem, mais frequentemente, quando se separa o mesmo do âmbito clínico para o qual ele foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação.

Outros autores também fizeram suas considerações em relação ao Modelo Sistêmico, conforme é possível se observar abaixo.

Vuori (1991) priorizou a etapa resultado e afirmou existirem falhas em todos os três elementos: na estrutura, a fragilidade está nos seus pressupostos de validade (não necessariamente uma boa estrutura implicará em um bom processo ou resultado); no processo, não se pode determinar uma relação de causa entre os procedimentos utilizados e a melhoria na saúde dos indivíduos; e, no resultado não é possível a correção das ações.

Segundo Contandriopoulos *et al.* (2002) o modelo da tríade sistêmica desconsiderou as relações entre a intervenção e o seu contexto. Além disso, o referido autor considera que a etapa processo é o melhor caminho para a qualidade. Tanaka e Melo (2004) também priorizam o processo, propondo se iniciar as avaliações pelo mesmo.

Por sua vez, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) criticaram o fato de se colocar fenômenos distintos dentro de uma mesma categoria, como os recursos humanos e materiais que compõem a estrutura; da tríade obedecer a uma ordem direcionada, quando, na verdade, isso não necessariamente ocorre; e da baixa especificidade dos termos (os resultados seriam os serviços produzidos: a satisfação do usuário ou o impacto sobre o estado de saúde da população).

Já, Marsiglia (2008) ressalta que as avaliações de serviços, particularmente quando baseadas na abordagem Donabediana, tendem a desenvolver mecanismos estruturados de avaliação, com critérios e padrões rígidos, privilegiando os desenhos quantitativos. Destaca, porém, os limites desse escopo avaliativo, que não considera a subjetividade inerente a toda avaliação.

Por fim, Frias *et al.* (2010) consideram que esse modelo Donabediano é curativista. Mas, por outro lado, têm o entendimento de que toda teoria possui limitações e é incapaz de dar conta de toda a complexidade dos serviços e sistemas de saúde. Além disso, a tríade donabediana, devido à sua utilidade e simplicidade, ainda é bem utilizada.

Posteriormente, Donabedian (1990) definiu os “Sete Pilares de Qualidade”:

- 1) eficiência: relacionada ao custo com o qual se alcança uma dada melhoria na saúde;
- 2) eficácia: o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis;

- 3) efetividade: resultado alcançado, isto é, o grau em que se alcança o nível de melhoria;
- 4) otimização: consiste na adição de benefícios, proporcional aos custos acrescidos, com justificativa da sua razão de ser;
- 5) aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de seus familiares;
- 6) legitimidade: aquiescência do cuidado, do modo como ele é visto pela comunidade ou sociedade;
- 7) equidade: princípio a partir do qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios, entre os membros de uma população.

Conforme Vuori (1991), Silver (1992), Vieira-da-Silva e Formigli (1994), os principais atributos de qualidade são a eficácia, a efetividade, a eficiência, a equidade, o acesso (remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis), a adequação/cobertura (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda), a aceitabilidade, a legitimidade, a otimização e a qualidade técnico-científica.

De acordo com Ovretveit (1996), a qualidade é a total satisfação das necessidades daqueles que mais precisam do serviço de saúde, respeitando-se as regulamentações existentes, com o menor custo para a organização. Assim, compreende os critérios de satisfação dos pacientes, a efetividade, a eficiência, e a equidade. O autor considera ainda que há três dimensões que devem ser integradas, para especificar a qualidade de um serviço:

- 1) Qualidade avaliada pelo usuário: O que os usuários (indivíduos ou grupos) esperam do serviço?
- 2) Qualidade profissional: O serviço satisfaz as necessidades dos profissionais que realizam o cuidado e, as técnicas e procedimentos são realizados adequadamente?
- 3) Qualidade gerencial: Os recursos são utilizados de maneira eficiente para atender as necessidades dos usuários, dentro dos limites e diretrizes estabelecidos?

Por sua vez, Starfield (2004) menciona que, no que se refere à qualidade da atenção à saúde, é necessário se preocupar não só com as doenças existentes, mas também com o potencial adoecimento da população. Neste sentido, define a

qualidade da atenção à saúde como o quanto os serviços estão sendo capazes de responder as necessidades de saúde da população, da melhor maneira possível, conforme os conhecimentos atuais, no que tange ao reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas de saúde.

Hartz e Silva (2014) reiteram que a avaliação da qualidade deve ter início a partir da comparação de padrões (que podem ser uma valoração, um consenso ou uma evidência científica que permitam obter maiores benefícios para um paciente ou para toda a população) com o objeto avaliativo em questão.

Porém, devido às mudanças no contexto da saúde, nos conhecimentos, nas tecnologias utilizadas e nas alterações do próprio modelo assistencial, os padrões de qualidade podem sofrer alterações. Logo, é fundamental ter a compreensão de que a qualidade é um atributo mutável e incremental, que se modifica conforme o contexto sociopolítico (ANVERSA *et al.*, 2012; ZARILI, 2015), histórico, econômico, cultural (FRIAS *et al.*, 2010) e institucional (DONABEDIAN, 1990).

Cabe destacar também que a concepção sobre qualidade depende do lugar que cada sujeito ocupa no sistema de saúde: os gestores dos serviços têm como foco o rendimento, os custos e a eficiência. Já, os profissionais se preocupam com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, a melhoria do cuidado, e a ambiência satisfatória. Por outro lado, o usuário deseja ter as suas demandas, expectativas e necessidades de saúde contempladas (CAMPOS, 2005).

Logo, a avaliação da qualidade da atenção à saúde deve ser multidimensional, envolvendo diversos atores, devido à subjetividade, tanto do cuidado em saúde, como da qualidade dos serviços (SERAPIONI, 2009). Deste modo, requer o aumento da responsabilidade e do compromisso com o 'cuidar' (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

No Brasil, ao longo dos anos, diversas iniciativas de avaliação da qualidade da atenção à saúde foram implementadas no SUS:

- a) Programa Brasileiro de Acreditação - lançado em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde, buscava avaliar normativamente a qualidade da assistência prestada, da gestão e dos serviços de saúde (estruturas físicas e tecnológicas) (BRASIL, 2002);
- b) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) - criado em 2004, pelo Ministério da Saúde, para avaliar os serviços de saúde do SUS,

quanto à estrutura, processo e resultados, correlacionando-os ao risco, acesso e satisfação dos usuários (BRASIL, 2007), em busca da resolubilidade e da qualidade (BRASIL, 2004a).

- c) Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) – instituída em 2005, pelo MS, objetivou impulsionar os processos avaliativos e a melhoria da qualidade, no âmbito municipal. (BRASIL, 2010a). Sem incentivos financeiros, utilizava como metodologia a autogestão e a autoavaliação (BRASIL, 2005; CALVO *et al.*, 2012).
- d) Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) - Estabelecido pelo governo federal, consiste em um conjunto de indicadores simples e compostos, de acesso e qualidade (BRASIL, 2011a), que avaliou os diferentes níveis de atendimento de qualidade do SUS, em relação ao acesso e a efetividade da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, entre 2008 e 2010 (MACHADO, 2014). Foi bastante criticado por utilizar um índice resultante do somatório de diferentes variáveis, para avaliar um setor tão complexo como o da saúde (VOLPATO *et al.*, 2015).
- e) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) – desenvolvido, pelo MS em 2011, com a finalidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011c). Em 2013, estendeu-se aos Centros de Especialidades Odontológicas, como PMAQ-CEO (BRASIL, 2013b) e ao NASF (BRASIL, 2013a).

### **3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)**

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) resultou da expansão, pelo governo federal, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) aos Centros de Especialidades Odontológicas. Foi instituído, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), através da Portaria nº 261, de 21 de Fevereiro de 2013, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2013b).

As bases teórica e prática do PMAQ-CEO tiveram origem da primeira fase da “Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil”, realizada por Goes *et al.* (2012), com o objetivo de avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO. Segundo Goldbaum (2014), tal programa evidencia o comprometimento e desenvolvimento do Governo Federal, com as ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

O PMAQ-CEO tem como objetivo avaliar um conjunto de padrões de qualidade, relacionados à estrutura, processo e resultados dos Centros de Especialidades Odontológicas, visando a melhoria e a expansão das ações especializadas de saúde bucal para a população brasileira. Deste modo, compreende a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e, ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2013e).

Este programa permite também realizar a comparação nacional, regional e local entre os CEO; fortalecer a referência e a contrarreferência de saúde bucal; a transparência; mobilizar e responsabilizar os gestores, profissionais dos CEO e os usuários pela gestão e qualificação desses serviços; desenvolver a cultura de negociação e contratualização; estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, em função das necessidades e da satisfação dos usuários; além da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2013c).

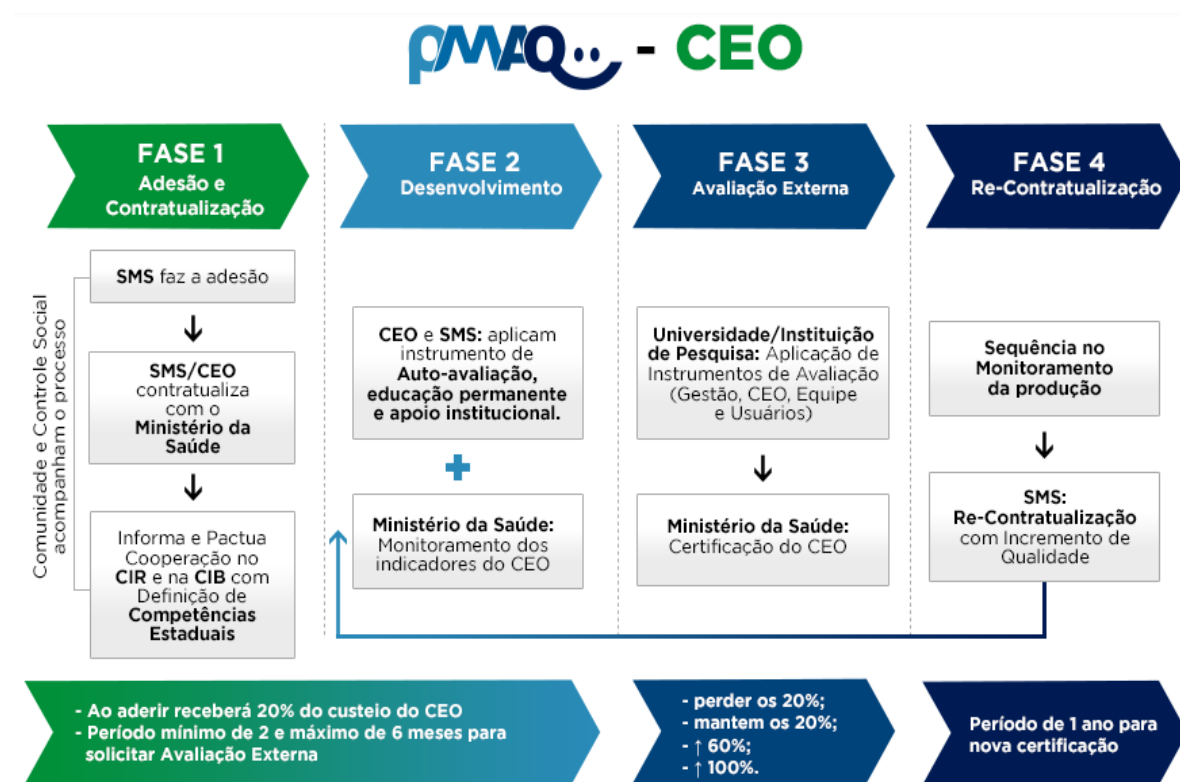
Conforme Lucena *et al.* (2016), considerando que dentre os propósitos do PMAQ-CEO está a ampliação de acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestado, cabe destacar que o conceito de acesso é complexo, variando entre autores e podendo sofrer alterações ao longo do tempo e de acordo com o contexto.

Assis e Jesus (2012) mencionam que o acesso aos serviços de saúde envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, na busca pela universalização da atenção à saúde. Mas, em relação ao PMAQ-CEO, deve-se considerar acesso como o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm a prestação dos serviços de saúde (LUCENA *et al.*, 2016).

O PMAQ-CEO primeiro ciclo ocorreu em 2013 e 2014, e foi organizado em quatro fases que se complementam, segundo a Figura abaixo (BRASIL, 2013c; 2013d): Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e, Recontratualização.



Figura 1 – Etapas da operacionalização do PMAQ-CEO primeiro ciclo.



Fonte: Brasil (2013f).

A primeira fase, denominada Adesão e Contratualização, consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores entre a equipe do CEO e os gestores municipais, estaduais ou Distrito Federal, e desses com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).

Os CEOs, que aderem ao PMAQ-CEO, são homologados pelo Ministério da Saúde, passando a receber, mensalmente, mediante transferência fundo-a-fundo, 20% do valor integral do incentivo financeiro PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal (BRASIL, 2013c), conforme o ANEXO A.

Quanto aos indicadores contratualizados, eles podem ser observados no ANEXO B e são classificados, segundo a natureza de seu uso (BRASIL, 2013d):

- Indicadores de desempenho:** fazem referência às metas estabelecidas para cada CEO, mediante a Portaria nº1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b) e são vinculados ao processo de avaliação externa, para a classificação desses centros, quanto ao desempenho;

- b) Indicadores de monitoramento: devem ser acompanhados de forma regular, para completar as informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada CEO. Mas, não influenciam na pontuação da avaliação externa.

A segunda fase do PMAQ-CEO consiste no desenvolvimento de ações e estratégias a serem desenvolvidas pela equipe dos CEO; pelas gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde, visando induzir os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado. Ela compreende quatro etapas (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional), que deverão ocorrer de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2013c, 2013d).

A autoavaliação deve ser realizada coletivamente, abrangendo todos os atores envolvidos com o CEO, a fim de identificar as dimensões positivas e problemáticas do trabalho da gestão e dos profissionais, procurando produzir sentidos e significados, que possam induzir a mudança e o aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013e). Poderá também identificar as maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional (BRASIL, 2013c). Portanto, frente às questões colocadas, a autoavaliação pode proporcionar, aos participantes do processo avaliativo, momentos de reflexão e discussão, apresentados no Quadro 2, sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças (BRASIL, 2012d).

Para esta etapa, o MS recomenda o uso da ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas” (AMAQ-CEO), que foi construída a partir da revisão e adaptação do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) e da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO, realizada pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal - CECOL (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

**Quadro 2 - Momentos de reflexão e discussão proporcionados pela Autoavaliação, no PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

AUTOAVALIAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE REFLEXÃO E DISCUSSÃO
<b>Momento I</b>	Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos aos gestores e profissionais do CEO, destacando a relevância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento, para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho;
<b>Momento II</b>	Sensibilização dos gestores e profissionais do CEO, para escolha e utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e importância do planejamento para implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis;
<b>Momento III</b>	Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores e profissionais do CEO, comunidade, entre outros;
<b>Momento IV</b>	Elaboração da matriz de intervenção e a construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais orientadas para melhoria da organização e qualidade dos serviços;
<b>Momento V</b>	Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município/estado.

Fonte: Brasil (2013e).

A AMAQ-CEO tem como instrumentos uma matriz de intervenção com um plano de ação, além de um questionário estruturado (BRASIL, 2013e), conforme o ANEXO C. Com potencial pedagógico, de caráter reflexivo e problematizador, permite a construção de soluções para os problemas identificados (BRASIL, 2013d), propondo o preenchimento de uma matriz de intervenção, a construção de um plano de ação, o monitoramento de indicadores e o estímulo à educação permanente da equipe (BRASIL, 2013f).

Mediante o questionário da AMAQ-CEO, composto por um conjunto de padrões de qualidade, quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO, os respondentes devem avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados, por meio de uma escala numérica que varia entre zero e dez pontos, onde o zero indica o não cumprimento do padrão; o ponto dez, a total adequação e, os intervalos entre zero e dez, os graus de conformidade da situação em relação à qualidade esperada (BRASIL, 2013e).

No Quadro abaixo, apresenta-se a estrutura em que os padrões de qualidade, deste questionário da AMAQ-CEO, estão organizados (BRASIL, 2013e).

**Quadro 3 – Estrutura de organização dos padrões de qualidade da AMAQ-CEO.**

Número do padrão	Descrição do padrão de qualidade: afirmação acerca da qualidade esperada	Escala numérica: grau de adequação do padrão à situação analisada
<b>Detalhamento do padrão de qualidade: comentário explicativo/detalhamento do padrão.</b>		

Fonte: Brasil (2013e).

A nota final da Subdimensão resulta do somatório das notas dos padrões nas categorias, conforme é possível observar no Quadro que segue (BRASIL, 2013e).

**Quadro 4 – Subdimensões do instrumento avaliativo da AMAQ-CEO, por padrões de qualidade.**

Subdimensão	Nº de Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A - Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	9	0	90
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	4	0	40
C - Gestão do Trabalho	4	0	40
D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	3	0	30
E - Apoio Institucional	2	0	20
F - Educação Permanente	5	0	50
G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	5	0	50
H - Infraestrutura e Equipamentos	6	0	60
I – Insumos e Instrumentais	4	0	40
J – Perfil da Equipe	2	0	20
K - Organização do Processo de Trabalho	4	0	40
L – Atenção Integral à Saúde Bucal	11	0	110
M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	3	0	30

Fonte: Brasil (2013e).

E a classificação da Subdimensão, em relação à qualidade, é feita por meio do cálculo dos percentuais dos pontos obtidos, em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala abaixo, com cinco categorias, conforme o Quadro a seguir (BRASIL, 2013e).

**Quadro 5 – Transformação de variável numérica em variável categórica ordinal nominal para a classificação da Subdimensão da AMAQ-CEO.**

<b>1 - Muito insatisfatório</b>	<b>2 – Insatisfatório</b>	<b>3 – Regular</b>	<b>4 – Satisfatório</b>	<b>5 - Muito satisfatório</b>
0 - 19,99 (%)	20 - 39,99 (%)	40 - 59,99 (%)	60 - 79,99 (%)	80 - 100 (%)

Fonte: Brasil (2013e).

Já, a classificação da Dimensão consiste na média ponderada das avaliações de suas Subdimensões, resultando em pontuação que varia entre um a cinco, sendo considerado um ponto: Muito Insatisfatório, dois pontos: Insatisfatório, três pontos: Regular, quatro pontos: Satisfatório e, cinco pontos: Muito Satisfatório (BRASIL, 2013e).

Ainda na fase do desenvolvimento, tem-se o monitoramento dos indicadores, com o intuito de orientar o processo de negociação e contratualização do PMAQ-CEO; subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade do CEO; promover o aprendizado institucional, a democratização e a transparência da gestão desses serviços, além do fortalecimento da participação do usuário; e consolidar a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, motivando as equipes e gestores locais a enfrentarem os desafios (BRASIL, 2013c).

Por sua vez, a educação permanente, compreendida como um processo pedagógico e estratégia fundamental de gestão, apresenta um grande potencial indutor de mudanças no cotidiano dos serviços, a partir da vivência da prática de trabalho dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2013c).

Já, o apoio institucional desenvolve ações gerenciais, pedagógicas e matriciais, buscando reformular o modo de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde; e, sendo capaz de disparar processos, que apoiem e fortaleçam o movimento de mudança deflagrado (BRASIL, 2013c).

Na terceira fase do PMAQ-CEO, para a realização da Avaliação Externa (AE), o Ministério da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa, selecionou e capacitou avaliadores de qualidade, que aplicaram instrumentos para a verificação dos padrões de acesso e qualidade, alcançados pelos profissionais e pela gestão (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Com este fim, a Avaliação Externa utiliza um instrumento avaliativo, composto por formulários e organizado em três módulos, 44 subdimensões e 411 padrões de qualidade, conforme ANEXO D (BRASIL, 2013d).

- a) Módulo I – Consiste na observação do CEO, por meio de formulário que apresenta 15 subdimensões e 220 padrões de qualidade. Objetiva avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento;
- b) Módulo II – Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista. Seu formulário compreende 20 subdimensões e 136 padrões de qualidade. Almeja obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários;
- c) Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: o formulário, com 9 Subdimensões e 55 padrões de qualidade, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal, no que tange ao acesso e utilização.

Ainda na Avaliação Externa, os indicadores de desempenho são utilizados para a certificação dos CEO, pelo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. E, a fim de permitir a comparação de desempenho entre os serviços especializados, a nota final de cada CEO dependerá da distribuição dos pesos, conforme apresentado no Quadro abaixo (BRASIL, 2013c).

**Quadro 6- Distribuição dos pesos para a certificação dos CEO.**

<b>Dimensão</b>	<b>Percentual da Nota Final da Certificação</b>
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	30%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade, por meio da Avaliação Externa	60%

Fonte: Brasil (2013c).

É importante ressaltar que, no Instrumento de Coleta da Avaliação Externa também existem padrões de qualidade, que serão utilizados para o levantamento de informações essenciais ao aprimoramento de estratégias e, que visam à qualificação da Atenção à Saúde Bucal (BRASIL, 2013c), conforme pode ser observado no ANEXO E.

Deste modo, a partir da Avaliação Externa, os CEO poderão ser classificados em quatro categorias. Cada CEO contratualizado receberá do MS os percentuais do incentivo PMAQ-CEO, conforme é possível verificar abaixo (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d):

- a) Desempenho INSATISFATÓRIO: quando o CEO não cumpre com os compromissos contratualizados. O serviço será desclassificado; será suspenso o repasse dos 20% do incentivo PMAQ-CEO; e deverá ser celebrado um termo de ajuste;
- b) Desempenho MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: serão mantidos os 20% do incentivo PMAQ-CEO;
- c) Desempenho ACIMA DA MÉDIA: o incentivo PMAQ-CEO será ampliado de 20% para 60% e haverá a Recontratualização;
- d) Desempenho MUITO ACIMA DA MÉDIA: o incentivo PMAQ-CEO será ampliado de 20% para 100% e haverá a Recontratualização.

Logo após a certificação dos serviços especializados em saúde bucal, ocorre a fase de Recontratualização do PMAQ-CEO, que consiste em uma nova pactuação de compromissos, entre os CEO e os gestores, com o acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2013c).

Enfim, ao ser incluída no PMAQ, a saúde bucal se fortalece, visto se tratar do maior processo avaliativo do SUS (GOLDBAUM, 2014). E, o PMAQ-CEO poderá impulsionar importantes movimentos de superação e aperfeiçoamento do que hoje vem sendo realizado nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Segundo Machado, Silva e Ferreira (2015), a avaliação é um processo contínuo, que precisa responder às atuais necessidades da gerência, dos profissionais de saúde e da população, que se encontram em constante processo de mudança. Assim, se faz necessário dar continuidade às pesquisas acerca dos CEO.

Os CEO foram criados a partir da PNSB, mediante a Portaria GM/MS nº 1.570 de 29 de julho de 2004, prestando serviços de média complexidade em saúde

bucal e devendo garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Básica (BRASIL, 2004b).

Tais centros devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento aos portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006). Porém, também podem ser disponibilizados a reabilitação protética, o tratamento ortodôntico e os implantes dentários, conforme as demandas assistenciais da população (BRASIL, 2010b).

Os CEO foram classificados em três tipos, quanto ao critério físico-estrutural, sendo que cada um deles recebe do MS um valor financeiro para implantação, além do incentivo para o custeio mensal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012c):

- a) CEO Tipo I: com 3 cadeiras odontológicas, recebe R\$60.000,00 para implantação e R\$ 8.250,00 para custeio mensal;
- b) CEO Tipo II: tem de 4 a 6 cadeiras odontológicas, e recebe R\$75.000,00 para implantação e R\$11.000,00 para custeio mensal;
- c) CEO Tipo III: com 7 ou mais cadeiras odontológicas, recebe R\$120.000,00 para implantação e R\$19.250,00 para custeio mensal.

Tais serviços devem funcionar 40 horas semanais e realizar uma produção mínima mensal, por especialidade, que se encontra definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. É importante ressaltar que o repasse mensal de custeio, pelo MS, poderá ser suspenso, integralmente, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for alcançada por dois meses consecutivos ou por três meses alternados, no período de um ano (BRASIL, 2011b).

Os CEO também podem aderir à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites) e receberão um valor adicional de incentivo de custeio mensal, da seguinte forma (BRASIL, 2012c):

- a) R\$ 1.650,00 para cada CEO Tipo I;
- b) R\$ 2.200,00 para cada CEO Tipo II;
- c) R\$ 3.850,00 para cada CEO Tipo III.

Neste sentido, os CEO constituem uma estratégia relevante, com vistas à integralidade (CHAVES *et al.*, 2010), pressupondo a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde bucal (LAVRAS, 2011) e a reversão do caráter mutilador predominante (GUERRA, 2009).

Mas, estudos científicos apontam que persistem muitos desafios nos CEO, (CELESTE *et al.*, 2014), conforme pode ser visualizado no Quadro a seguir.



Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.

(continua)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Barroso <i>et al.</i> (2019)	Minas Gerais/ (2010-2015)	Parâmetros de cobertura foram calculados, a partir das necessidades normativas identificadas no levantamento epidemiológico de saúde bucal em Minas Gerais. Parâmetros de produção per capita foram calculados, a partir das necessidades normativas, dos dados de produção do SIA/SUS e da capacidade instalada nos serviços. Tanto a capacidade potencial de produção dos serviços especializados, quanto a produção média registrada no SIA/SUS são muito inferiores às necessidades normativas globais da população. A endodontia apresentou cobertura populacional e média de procedimentos maiores do que a periodontia. Os parâmetros de cobertura populacional podem ser utilizados para a organização dos serviços.
Cavalcanti; Cardoso; Padilha (2018)	Região Nordeste/ 2014	Estudo, a partir de entrevista com 8.897 usuários, no Módulo III da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, em 2014, identificou que 46,1% dos CEO da região nordeste foram avaliados como “bom” e, 49,2% como “muito bom”. A avaliação positiva dos CEO foi associada à boa avaliação dos profissionais envolvidos e à ausência de interrupção do tratamento por falta de material. Os tratamentos oferecidos foram resolutivos. Mas, as ferramentas de controle social precisam ser melhores conhecidas pelos usuários: 68,4% não conheciam a ouvidoria do SUS.
Fernandes; Goes; Figueiredo (2018)	Brasil/ 2008-2012	Análise das correlações entre a produção de prótese dentária especializada no Brasil e os fatores relacionados aos serviços e ao contexto da Estados brasileiros: a relação entre a média de procedimentos especializados com o total de procedimentos odontológicos foi em torno de 4,9%. Observou-se uma correlação significativa e inversa entre o número médio de procedimentos especializados e a cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família, sugerindo que a não organização da rede de atenção à saúde pode aumentar o desempenho de procedimentos especializados, resultantes da demanda, devido à má cobertura de atenção básica.
Goes <i>et al.</i> (2018)	Brasil/ 2013-2015	A avaliação externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo possibilitou obter dados sobre os serviços dos CEO do Brasil. Para a sua realização foi criada uma rede colaborativa, como uma referência científica para discussão, implementação e execução deste estudo, contando com representantes do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde - Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e Coordenação Geral de Saúde Bucal / Departamento de Atenção Básica (CGSB/DAB), além das diversas Instituições de Ensino e Pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com gestores, dentistas e usuários. Os pesquisadores utilizaram também um modelo de observação para verificar a infraestrutura dos CEO, além de um formulário para registrar padrões de qualidade previamente discutidos.

Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.

(continuação)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Herkrath <i>et al.</i> (2018)	Brasil/ 2014	Estudo, com dados secundários da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, em 932 CEO, permitiu identificar que a disponibilidade de CEO no país ainda é baixa e não equitativamente distribuída entre estados e regiões. Os 932 CEO avaliados encontravam-se localizados em 780 dos 5.570 municípios do país, sendo a maioria no nordeste (38,3%) e sudeste (36,2%). As regiões norte e centro-oeste foram as que apresentavam o menor número absoluto de unidades.
Gonçalves <i>et al.</i> (2018)	Paraná/ 2014	Estudo, buscando avaliar o cumprimento das metas de desempenho dos CEO da Segunda Regional de Saúde do Paraná, identificou que apenas o CEO do município de Colombo apresentou desempenho ruim (nenhuma meta foi cumprida), enquanto que os CEO dos demais municípios tiveram desempenho ótimo (cumprimento das três metas). O desempenho dos CEO sofre influência das características contextuais da região onde estão inseridos. Sugere-se repensar os métodos de avaliação, de modo que seus instrumentos ponderem a singularidade de cada região.
Nunes <i>et al.</i> (2018)	Brasil/ 2018	A Avaliação Externa dos CEO do Brasil trouxe informações importantes para o processo de qualificação dos serviços de saúde: 85,4% das equipes fizeram o acompanhamento das metas para cada especialidade; 73,1% realizaram autoavaliação nos últimos seis meses, tendo a maioria das equipes (647-69,6%) utilizado a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ). Das 680 equipes que realizaram a autoavaliação, 612 (65,8%) consideraram os resultados da mesma para a organização do trabalho em equipe.
Santos <i>et al.</i> (2018)	Pernambuco/ 2014	A avaliação da qualidade de 38 CEO de PE, utilizando ferramenta eletrônica baseada na Web, permitiu classificar tais serviços como satisfatórios, para os módulos gerenciais e os profissionais, sugerindo que foi possível obter as condições mínimas necessárias para a prestação de serviço de qualidade. Houve maior concentração de escores insatisfatórios relacionados ao processo de trabalho, particularmente aos componentes de qualidade da Gestão de Pessoal; Controle Social e Financiamento; além de Critérios Organizacionais. Por gerar avaliações instantaneamente, recomendar mudanças, apresentar facilidade de manuseio e carecer de recursos tecnológicos mínimos (computador com acesso à rede de Internet), o Portal CEO tornou-se uma ferramenta de gerenciamento de informações que permite a tomada de decisão imediata, podendo fazer contribuições importantes para o suporte de planejamento / gerenciamento; identificar aspectos do serviço, que prejudicam a qualidade; além do potencial de servir como apoio ao PMAQ-CEO.

**Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.**

(continuação)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Sobrinho <i>et al.</i> (2018)	Brasil/ 2018	De acordo com o PMAQ-CEO primeiro ciclo, 170 (18,3%) CEO do Brasil estão em modelo de gestão alternativa (pelo menos um dentista tem relação trabalhista não estatutária), especialmente no sudeste (37,6%) e nordeste (34,7%). Em 78,6% dos CEO, o vínculo trabalhista dos dentistas ocorre exclusivamente por meio da administração pública direta; 10,1% estão em administração pública direta com novos arranjos legais e, apenas 8,2% apresentam modelos alternativos de gestão.
Frichembruder; Hugo; Hilgert (2017)	Rio Grande do Sul/ 2010	Estudo em 17 CEO do RS: identificou um equilíbrio entre o número de profissionais segundo o sexo, com predomínio da etnia branca, sendo a faixa etária de 30 a 39 anos (34,6%) a de maior representação. As reuniões de equipe ocorriam em 86,7% dos serviços, com frequência mensal (53,8%) e, a maioria dos CEO (80,0%) participava de reuniões com a Atenção Primária à Saúde (APS). Na capital, o vínculo empregatício foi exclusivamente do tipo estatutário e CLT; já, no interior do Estado, este tipo de vinculação caiu para 56,8%. Os elementos estruturais e relacionais no ambiente de trabalho do CEO foram avaliados pela maioria dos profissionais como bons. Mas, para tamanho da equipe de pessoal auxiliar e salário, a soma dos resultados: “regular” e “ruim e, muito ruim” representou 55,3% e 58,5%, das respostas. O grau de satisfação com o trabalho no CEO foi elevado (68,3%).
Freitas <i>et al.</i> (2016)	Paraíba/ 2007-2010	Estudo com dados secundários da produção de CEO da Paraíba permitiu identificar que a cobertura de eSF, de eSB e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios não influenciaram no desempenho dos CEO. A endodontia apresentou o pior desempenho entre as especialidades analisadas, nos anos de 2008, 2009 e 2010. Apenas 10,5% dos CEO, neste período, conseguiram cumprir a meta anual preconizada para a endodontia. No geral, o desempenho dos CEO tipo I foi ruim ou regular. Mas, o CEO tipo III exibiu um desempenho bom, em 2007, e ótimo nos anos seguintes.
Kitamura <i>et al.</i> (2016)	Minas Gerais/ 2013	Estudo de avaliação da satisfação dos usuários assistidos nos CEO da macrorregião sudeste de Minas Gerais, em 2013, apontou que existem diferenças na satisfação entre usuários dos diferentes CEO. Em município de maior porte, mais populoso e polo da macrorregião observou-se maior dificuldade dos usuários obterem vaga para tratamento especializado. Nos municípios menos populosos, com menor IDH e menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, o tempo de espera no dia do atendimento especializado foi maior, assim como a insatisfação dos usuários com o CEO.

Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.

(continuação)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Lima Júnior (2016)	Rio de Janeiro/ 2014	Estudo de caso, sobre a organização da rede de atenção à saúde bucal no Rio de Janeiro, identificou lacunas de comunicação entre a atenção primária e secundária; elevado absenteísmo às consultas especializadas e barreiras sócio-organizacionais à acessibilidade ao CEO (rigidez dos protocolos de encaminhamento, inexistência de reabilitação protética odontológica na rede municipal e, falha na comunicação ao usuário referente ao agendamento na Atenção Especializada).
Lucena (2016)	Brasil/ 2014	Estudo, utilizando dados de 930 CEO coletados, <i>in loco</i> , durante a etapa de Avaliação Externa do PMAQ-CEO, identificou que a maioria dos CEO com alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, estava na Região centro-oeste (88,7%) e sul (82,1%) do Brasil, e nos municípios com menor cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e menor IDH. Os CEO com gerente há mais de dois anos e com formação complementar, na área de gestão pública ou de saúde coletiva, tendem a realizar atividades de planejamento. Observou-se uma diversidade e uma incompletude na implantação de ferramentas de planejamento pelos CEO do Brasil.
Martins <i>et al.</i> (2016)	Brasil/ 2012	Estudo transversal, utilizando dados do PMAQ-AB, avaliou a relação entre a atenção primária e secundária em saúde bucal, no Brasil. As regiões sul e sudeste apresentaram a melhor relação entre a atenção primária e a secundária. As especialidades mais referenciadas foram Endodontia (68,4%), Cirurgia oral menor (65,8%) e Periodontia (63,0%). Em todos os percentis, o menor tempo de espera entre a obtenção do encaminhamento para o CEO e a primeira consulta especializada foi para Radiologia, seguido da Estomatologia. Os resultados sugerem que existem problemas no acesso aos CEO, para algumas especialidades.
Thomaz <i>et al.</i> (2016)	Maranhão/ 2011	Estudo que avaliou o Cumprimento das Metas de Produtividade (CMP) em CEO, no Maranhão, com base em dados secundários do SIA/SUS, permitiu identificar a pequena oferta de CEO no Estado, com distribuição desigual e pouco vinculada à estratégia estadual de regionalização. A maioria dos CEO se encontrava em localidades com taxa de urbanização superior a 50%, renda <i>per capita</i> domiciliar maior que um salário mínimo e esperança de vida ao nascer acima de 60 anos. Havia mais CEO nos municípios com mais de 80% de cobertura populacional pelas eSF.
Pires <i>et al.</i> (2015)	Rio Grande do Sul/ 2013-2015	Estudo com o objetivo de descrever a produção odontológica especializada nos municípios do RS, utilizando dados do SIA/SUS possibilitou observar que os procedimentos de Periodontia foram os predominantes (46,2%), seguidos de Cirurgia Oral Menor (41,3%) e Endodontia (12,5%). Quanto ao cumprimento das metas, Pelotas foi o município com melhor desempenho (91%), seguido de Caxias do Sul (90%) e Canoas (86%). Treze municípios atingiram apenas 25% ou menos das metas estabelecidas. Verificou-se uma vasta diferença no cumprimento ou registro dos procedimentos odontológicos especializados, entre os municípios com CEO do RS.

Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.

(continuação)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Silva <i>et al.</i> (2015)	Rio Grande do Norte/ 1999-2013	Estudo, utilizando dados secundários do DAB, DATASUS CNES, da Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN e do IBGE, permitiu observar que, no período de 2005 a 2013, houve evolução no número de CEO (totalizando 24 distribuídos nas oito regiões de saúde do Estado) e de procedimentos em atenção secundária no RN. Apesar de todas as suas regiões terem CEO, o percentual médio de cobertura municipal foi de 12,6%, variando de 8% a 80% por região, indicando a necessidade de se rever o planejamento das ações e serviços da rede de saúde bucal, levando em conta a possibilidade de implantação do GraduaCEO.
Ramos (2014)	Florianópolis/ 2013	Estudo avaliativo indicou que os CEO apresentavam problemas no sistema de referência e contrarreferência, com o atendimento de alguns usuários não referenciados, além da falta de contrarreferência do usuário para as UBS. O tempo de espera pela consulta foi o item menos favorável aos usuários, sendo de quatro a 11 meses para Endodontia, e mais de um ano nos casos de Prótese. A maioria dos CEO apresentavam locais satisfatórios e adequados ao atendimento, embora dois deles funcionassem em prédios velhos, requerendo reparos e, apresentassem equipamentos antigos.
Lino <i>et al.</i> (2014)	Minas Gerais/ 2010	Estudo, com dados secundários dos CEO de Minas Gerais (MG), identificou que foram realizados, em 2010, 707.559 procedimentos (55% de Cirurgia, 28% da Periodontia e 17% da Endodontia), em 2.547 unidades de saúde, distribuídas em 693 (81%) municípios. Os CEO eram predominante públicos, sob administração municipal, sendo que 52,5% possuíam alguma equipe de saúde bucal (eSB) e 96,9% não tinham habilitação como CEO. Os CEO mostraram-se mais eficientes que as demais unidades de saúde ( $p < 0,001$ ), mas havia importante percentual que não cumpria as metas mínimas do Ministério da Saúde. Os municípios com CEO possuíam maior população, mais eSB, menor cobertura potencial por estas, além de melhores IDH. Um significativo número de procedimentos especializados foi realizado, especialmente em estabelecimentos de atenção básica.
Vazquez <i>et al.</i> (2014)	Campinas/ 2008 - 2010	Estudo sobre o encaminhamento da demanda de atenção especializada em saúde bucal, em Campinas, possibilitou constatar que a maioria dos usuários considerou bom o atendimento especializado e esperou menos de um mês para o agendamento. Identificou-se também um elevado percentual de faltas às consultas especializadas, relacionado a problemas na organização da demanda e falhas na comunicação com os usuários.

Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.

(continuação)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Borghi <i>et al.</i> (2013)	Piracicaba/ 2011	Estudo para análise de fluxo, qualidade de atendimento e acesso dos encaminhamentos para a atenção secundária de 12 USF e 20 UBS com equipes de saúde bucal, em Piracicaba, permitiu observar que, em relação ao acesso dos pacientes aos procedimentos especializados, o tempo de espera pela consulta especializada era de uma semana a um mês. Dos referenciados, 15% apontaram entraves passíveis de solução, mediante ações administrativas de gestão e de comunicação entre as unidades e os usuários, como: melhor sinalização da unidade de referência, descentralização dos serviços secundários para bairros mais distantes e melhor informação dos usuários, pelas unidades básicas, sobre a localização da unidade de referência. Embora 95% dos usuários entrevistados não tenham se queixado do atendimento no CEO, 66,66% dos pacientes atendidos não retornaram para a atenção básica.
Herkrath <i>et al.</i> (2013)	Amazonas/ 2009	Estudo que avaliou o cumprimento das metas de desempenho de 13 CEO do Amazonas, utilizando dados secundários do SIA-SUS, permitiu apontar que o desempenho dos CEO parece estar relacionado às características sociodemográficas dos municípios. Sugere ainda que não há relação entre o desempenho avaliado e a cobertura das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, número de Cirurgiões-Dentistas e proporção de auxiliar de saúde bucal/Cirurgiões-Dentistas no CEO.
Saliba <i>et al.</i> (2013)	São Paulo/ 2010	Estudo, utilizando dados secundários de prontuários de pacientes atendidos no CEO de um município de São Paulo (SP), possibilitou verificar que apenas 62,67% dos tratamentos especializados foram concluídos, sendo na Cirurgia Oral Menor o maior percentual de casos finalizados (74,49%). A desistência do tratamento foi mais elevada na Periodontia (43,23%). O maior tempo de espera para atendimento foi de 29 dias para Cirurgia Oral Menor.
Silva; Padilha; Baldani (2013)	Paraná/ 2003-2010	Estudo visando descrever a evolução na provisão de serviços odontológicos especializados, nos municípios médios não metropolitanos do Paraná, após a implantação dos CEO, permitiu identificar um aumento na oferta de serviços especializados, sem ampliação dos tratamentos conservadores. A melhor razão entre estrutura disponível nos CEO/habitante ocorreu em Ponta Grossa e Maringá; houve redução no número de exodontias nos municípios estudados, exceto em Ponta Grossa, onde também se verificou queda no número de Endodontias; o único município que apresentou tendência inversa entre a provisão de exodontias (reduziu) e endodontias (ampliou) após a implantação do CEO foi Cascavel.
Araújo; Menezes; Sousa (2012)	Ceará/ 2000-2010	Estudo, a partir dos dados secundários dos CEO do Ceará, num período de dez anos, permitiu constatar que houve um aumento expressivo do número de CEO implantados e, conseqüentemente, um aumento do registro dos procedimentos especializados em Odontologia, a partir de 2004, evidenciando uma maior oferta desses serviços para a população. Porém, a resolutividade dos CEO ainda é um desafio para os gestores e profissionais, podendo comprometer os sistemas de referência e contrarreferência.



**Quadro 7 – Estudos da literatura sobre os Centros de Especialidades Odontológicas.**

(conclusão)

AUTORES	LOCAL E ANO DO ESTUDO	RESULTADOS
Goes <i>et al.</i> (2012)	Brasil/ 2007	Estudo avaliativo normativo, utilizando dados secundários da produção ambulatorial do ano de 2007 dos CEO implantados no Brasil, possibilitou verificar que a maior proporção de CEO estava no nordeste (36,9%) e sudeste (36,7%), sendo que 58,2% dos CEO eram Tipo II. O maior percentual dos CEO (42%) encontrava-se nas cidades com mais de 100 mil habitantes e, 69,5% dos CEO estavam em municípios com IDH > 0,7. Segundo o indicador Cumprimento Global das Metas (CGM), na maioria das regiões o desempenho dos CEO foi ruim, com exceção do centro-oeste (30,6%) e sudeste (26,2%). Observou-se maior cumprimento do indicador nos CEO tipo III.
Chaves <i>et al.</i> (2011)	Bahia/ 2007-2008	Estudo avaliativo de abordagem mista, em quatro CEO da Bahia, revelou que as taxas de utilização variaram conforme o padrão utilizado, com valores acima de 100%, no caso do padrão proposto pelas portarias específicas de habilitação dos CEO e, muito baixas segundo o padrão proposto pela Portaria GM nº. 1.101/2002 do MS. Em três CEO analisados não eram realizados tratamentos endodônticos em molares permanentes. Na Periodontia, mais de 95% dos procedimentos realizados eram típicos da atenção primária.
Lima; Cabral; Vasconcelos (2010)	Recife/ 2008	Estudo nos CEO do Recife apontou dificuldades do usuário para obter vaga para o atendimento especializado. Dados do SIA/SUS revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos realizados correspondiam aos serviços odontológicos especializados. A maior parte dos usuários avaliou positivamente as seguintes dimensões: relações humanas/cirurgião-dentista e auxiliar; eficácia/incômodo após o tratamento; qualidade técnico-científica/tecnologia do equipamento; e, aceitabilidade/explicação do tratamento pelo profissional.
Figueiredo e Góes (2009)	Pernambuco/ 2006	Estudo com dados secundários, a partir da série histórica da produção de procedimentos odontológicos, realizado em 22 CEO de Pernambuco, revelou que 54,5% dos CEO estavam localizados nas cidades com mais de 100 mil habitantes, sendo que 40,9% dos 22 CEO apresentaram desempenho bom e, 31,8% obtiveram desempenho ruim. Quanto menor o município e menor o IDH, pior era o desempenho do CEO.
Souza (2009)	Natal/ 2009	A avaliação de desempenho de quatro CEO da Grande Natal permitiu identificar: uma fragilidade no sistema de referência e contrarreferência entre UBS e CEO; a satisfação com o serviço, por parte dos 90,9% dos usuários entrevistados, embora a demora para o atendimento tenha sido uma queixa; que os CEO eram resolutivos; e, que havia necessidade de melhorar a estrutura dos CEO.
Figueiredo (2008)	Brasil/ 2007	Estudo avaliativo, utilizando dados secundários da produção ambulatorial de 170 CEO do Brasil, possibilitou identificar que o melhor Cumprimento Global de Metas (CGM) ocorreu nos CEO do centro-oeste (52,5%) e sudeste (50,8%). Quanto à tipologia, os CEO que apresentaram o melhor desempenho foram do tipo III (64,5%). Quanto maior o porte populacional do município, melhor o desempenho do CEO; quanto menor a Cobertura de eSB/PSF, melhor o desempenho do CEO; e, quanto maior o IDH, melhor o desempenho do CEO.

Fonte: A autora, 2019.

### **3.4 Considerações sobre Modelo Analítico de Concordância, Escala de Likert e Validação**

Este tópico se divide em três subtópicos: 3.4.1 Modelo Analítico de Concordância, 3.4.2 Escala de Likert e 3.4.3 Validação.

#### **3.4.1 Modelo Analítico de Concordância**

A concordância de opinião é um construto frequentemente utilizado por pesquisadores das áreas sociais (ENOKI *et al.*, 2005). E, os construtos são conceitos estabelecidos, de modo intencional, com um propósito científico definido (KERLINGER, 1973).

Segundo Hirata e Camey (2009), Miot (2016) e Oliveira (2016), a concordância consiste na correspondência por equivalência. E é neste sentido, que Miot (2016) considera possível avaliar a concordância entre ferramentas de mensuração.

Matos (2014) menciona que também é viável avaliar a concordância entre juízes, definida como o grau em que dois ou mais avaliadores, utilizando a mesma escala de avaliação, fornecem igual classificação para uma mesma situação observável. Se dois ou mais juízes discordam muito em uma avaliação, isso pode indicar uma falta de confiabilidade nos resultados.

Segundo Enoki *et al.* (2005), o grau de concordância corresponde a um valor que se pode atribuir à correspondência entre a preferência de sujeitos diferentes, acerca do nível de significância de um conjunto predeterminado de características. Portanto, é uma medida da consistência entre o valor absoluto das classificações dos avaliadores (GRAHAM; MILANOWSKI; MILLER, 2012).

E, a análise de concordância consiste na capacidade de aferir resultados idênticos (mesma unidade de medida), referentes ao mesmo sujeito/fenômeno, utilizando-se instrumentos diversos ou o mesmo instrumento, em tempos diferentes, por avaliadores distintos, ou por alguma combinação dessas situações (BLAND; ALTMAN, 1986; KOTTENER *et al.*, 2011).

Miot (2016) considera importante se definir precocemente um modelo analítico a ser utilizado, em um projeto de pesquisa que irá trabalhar a concordância, visando a construção de um desenho que favoreça a coleta, a análise e a



interpretação de dados. E, ressalta que a análise de concordância pode depender unicamente de uma definição predeterminada do pesquisador, em que as aferições obedecem a uma variação percentual máxima em comparação a uma medida-padrão. Vale ressaltar que o desenho do Modelo Analítico de Concordância deste estudo será apresentado no Método.

Miot (2016) acrescenta ainda que, para se investigar a concordância, é preciso dispor de uma criteriosa descrição metodológica do processo de seleção dos sujeitos e avaliadores, da coleta dos dados e das técnicas analíticas utilizadas. Além disso, os resultados devem ser expressos em percentuais de concordância, juntamente com os valores dos estimadores de concordância.

Dentre os métodos para calcular a concordância entre juízes, a porcentagem de concordância absoluta é a técnica mais simples utilizada, e consiste em calcular o número de vezes em que os avaliadores concordam e dividir pelo número total de avaliações (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; MATOS, 2014). De acordo com Stemler (2004), o mínimo de concordância aceitável é 75%.

Nesta Dissertação utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por permitir verificar o nível de concordância dos juízes, quanto à opinião sobre certos aspectos e itens do instrumento em estudo, possibilitando analisar cada item individualmente e, posteriormente, o instrumento como um todo, a partir de uma escala tipo Likert, apropriada para se trabalhar com diferenciais semânticos.

O IVC é calculado por meio da proporção dos itens que receberam as duas maiores pontuações pelos especialistas. Porém, para avaliar o instrumento como um todo, existem três possibilidades de análise: a média das proporções dos itens julgados relevantes; a média dos valores de cada item calculado separadamente (resultante da divisão do resultado da soma de todos os IVC calculados separadamente pelo número de itens avaliados) e, o resultado da divisão entre o número total de itens considerados relevantes pelo número total de itens avaliados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Deve-se destacar que as tentativas para melhor estimar a concordância entre juízes começaram com o desenvolvimento do Coeficiente kappa de Cohen – K (COHEN, 1960), que é um procedimento estatístico, que considera no seu cálculo a probabilidade de concordância ao acaso (CROCKER; ALGINA, 2009). Está Indicado para mensurar o grau de concordância entre dois examinadores ou dois métodos (SILVA; PAES, 2012), para variáveis qualitativas nominais (SCHUSTER, 2004).

Permite o cálculo do erro padrão, possibilitando estimar sua significância estatística, para o intervalo de confiança de 95%, apesar do valor do seu resultado não poder ser interpretado como a intensidade de discordância (BALTAR; OKANO, 2018). Não foi utilizado neste estudo porque requer atribuição de notas distintas, para os diferentes instrumentos que se quer estudar.

Para as variáveis qualitativas ordinais (SCHUSTER, 2004), entre três e 10 categorias (CICCHETTI, FEINSTEIN, 1990), pode-se utilizar o Coeficiente de Kappa ponderado ( $k_p$ ), que permite medir a concordância entre dois ou mais avaliadores (FONSECA *et al.*, 2015), atribuindo pesos distintos para cada tipo de discordância/concordância (SILVA; PAES, 2012), indicando o grau de desacordo entre as diferentes categorias (FONSECA; SILVA; SILVA, 2007).

Já, o coeficiente kappa de Fleiss permite avaliar a concordância intra e interobservador, quando há múltiplos examinadores ou avaliações e, a escala utilizada apresenta várias categorias (UTINO *et al.*, 2015). Foi criado pelo francês Bonnardel e utiliza um cálculo específico, que funciona no sistema operacional MS-DOS, permitindo calcular o coeficiente até um máximo de vinte e cinco codificadores e, de dois a vinte e cinco códigos (GORDILLO; RODRÍGUEZ, 2009).

Quando as variáveis são ordinais (BORBA, 2009), também é possível utilizar o Coeficiente de concordância de Kendall ( $W$ ), para avaliar a concordância entre os juízes, quanto à pertinência e à clareza (se os itens foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e expresse adequadamente o que se espera medir).

Por sua vez, a Análise de concordância entre Métodos de Bland-Altman é indicada para avaliar a concordância entre duas variáveis quantitativas, com a representação gráfica em um Diagrama de Dispersão entre a diferença de duas variáveis ( $X - Y$ ) e a média das duas  $(X + Y)/2$  (BORBA, 2015). Permite também avaliar as tendências de piora da concordância, embora não seja um bom estimador da dimensão da concordância (MIOT, 2016).

Destaca-se que, frequentemente, demandas de análise de concordância são avaliadas, erroneamente, por técnicas estatísticas de correlação (LEE *et al.*, 2012; ZAKI *et al.*, 2012), que avaliam a associação entre variáveis (BLAND; ALTMAN, 1983), como é o caso do Coeficiente de Pearson, presumindo apenas que a variação dos valores de uma variável acompanhe a variação dos valores de outra. Porém, para a análise de concordância, deve existir também a coincidência entre esses valores (LEE *et al.*, 2012; ZAKI *et al.*, 2012).

### 3.4.2 Escala de Likert

A medição de opiniões requer um processo especial, pois exige a quantificação de elementos que têm característica nitidamente subjetiva. Neste caso recorre-se à escala, que é “um instrumento científico de observação e mensuração de fenômenos sociais” (ENOKI *et al.*, 2005, p.354). Nas ciências sociais e comportamentais têm sido utilizadas escalas específicas, para mensurar as variáveis de muitos construtos de natureza abstrata (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014).

Dentre as diversas escalas existentes na literatura, a de Likert e a de Thurstone estão entre as mais utilizadas (BERMUDES *et al.*, 2016). Nas do tipo Thurstone, o entrevistado deve externar o seu acordo ou desacordo frente a um conjunto determinado de afirmativas, sem exprimir o grau de concordância quanto à resposta (CUNHA, 2007).

Já, a Escala de Likert, criada pelo educador e psicólogo Rensis Likert, em 1932 (BERMUDES *et al.*, 2016), é utilizada para medir a concordância de pessoas a determinadas afirmações, relacionadas a construtos como atitudes, percepções e interesses (COSTA, 2011). Os sujeitos pesquisados devem escolher entre diversas opções, marcando a que mais se aproxima da sua atitude ou opinião (Enoki *et al.*, 2005). Conforme Lima *et al.* (2012), tem sido a escala mais utilizada em questionários e pesquisas de opinião.

E, é importante compreender que a atitude é “uma posição mental consistente e manifesta, sobre algo ou alguém” (ANDER-EGG, 1978, p.14), como, por exemplo, o entendimento que as pessoas têm sobre um problema (ALTMAN, 1981). Ela também tem o potencial de explicar e prever o comportamento das pessoas (BAGOZZI, 1981), sendo um componente das habilidades afetivas, que pode ser influenciado pelos elementos cognitivos, motivacionais e emocionais (RODRIGUES, 2002).

Bermudes *et al.* (2016), Silva Júnior e Costa (2014), além de Appolinário (2011) relatam que a Escala de Likert possibilita que os entrevistados indiquem o seu grau de concordância ou discordância em relação a um objeto; ou seja, a intensidade da atitude, através de um mesmo instrumento (SANCHES; MEIRELES; SORDI, 2011). Trojan e Sipraki (2015) informam que também é viável identificar a direção da atitude do respondente para cada afirmação, quer seja ela positiva ou negativa.

Brandalise e Bertolini (2013) destacam como vantagem a simplicidade de construção da Escala de Likert, embora apresente como desvantagem o fato da mesma, por ser ordinal, não permitir dizer o quanto um respondente é mais favorável que outro, nem aferir o quanto de mudança ocorre na atitude, após a exposição dos respondentes a determinados eventos.

Deve-se ressaltar que, para a elaboração destas escalas de mensuração, é necessário construir um instrumento, que compreenda a associação de conceitos qualitativos com as métricas quantitativas (POOJA; SAGAR, 2012). Neste estudo o instrumento construído foi uma Matriz de Concordância entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, apresentada no Método.

Apesar da Escala de Likert, no seu formato original, apresentar cinco categorias de resposta, com um ponto neutro no meio da escala, Cummins e Gullone (2000) além de Dalmoro e Vieira (2013) mencionam que outras formas de escalas do tipo Likert têm sido utilizadas, provocando a distorção entre os instrumentos de mensuração e seus respectivos construtos. Por essa razão, neste estudo, optou-se por utilizar a Escala de Likert, com as cinco categorias de resposta.

### 3.4.3 Validação

Medeiros *et al.* (2015) reforçam a importância da validação, para o reconhecimento da qualidade dos instrumentos e, conseqüentemente, para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa. De acordo com Lima, Gallani e Freitas (2012), a validação de um instrumento consiste em um procedimento metodológico, que permite avaliar a capacidade de um instrumento medir com precisão, o que ele se propõe a mensurar.

Segundo Pasquali (2009, 2005), os psicometristas, que são especialistas na teoria e na técnica de medida dos processos mentais, referem que, para viabilizar a demonstração da validade dos instrumentos, pode-se utilizar o modelo trinitário, baseado na validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério.

A validade de construto ou de conceito “se refere ao grau em que um instrumento de medidas se relacione consistentemente com outras medições assemelhadas, derivadas da mesma teoria e conceitos que estão sendo medidos” (MARTINS, 2006, p.7).

A validade de critério consiste em testar a validade de uma medida, comparando-se os resultados da mesma com um padrão ou critério pré-estabelecido (ROACH, 2006). Neste sentido, o construto é considerado válido quando seus escores correspondem aos do padrão ou do critério definido (POLIT; BECK, 2011).

Por sua vez, a validade de conteúdo verifica a capacidade dos itens do instrumento de representar, adequadamente, todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no mesmo. Ou seja, indica em que medida o instrumento compreende um conjunto de itens capaz de medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio de conteúdo (POLIT; BECK, 2011).

Pode-se dizer que a validação de conteúdo é uma avaliação subjetiva, com o intuito de verificar se a abordagem do instrumento utilizado é capaz de representar um comportamento da amostra que será avaliada, determinando se a escolha dos seus componentes é adequada (RODRIGUES, 2008). Tal validação compreende duas etapas (RUBIO *et al.*, 2003): o desenvolvimento do instrumento; e, a análise e julgamento pelos especialistas, sobre a representatividade e clareza de cada item do instrumento; ou seja, se o conteúdo está correto e ajustado ao que se propõe (MOURA *et al.*, 2008).

### **3.5 Técnica de Delphi**

A técnica de Delphi foi desenvolvida na década de 1950 (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002), nos Estados Unidos, por Helmer e Dalkey (SILVA; TANAKA, 1999), mediante a criação da *Rand Corporation*. Tal organização de pesquisas tinha como intenção reunir opiniões de especialistas, para prever tendências relacionadas com o potencial militar do futuro da ciência e da tecnologia, além dos seus efeitos sobre questões políticas (GEIST, 2010; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000; LINSTONE; TURROF, 1975).

O nome desta técnica deriva do Oráculo dos Delfos, lugar procurado pelos gregos antigos para obtenção de conselhos e respostas sobre o futuro (GEIST, 2010; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000). Assim, o método Delphi, conhecido também como Método Delfos, consiste em uma ferramenta metodológica, aplicável em situações decisórias e diagnósticas. Tem sido muito utilizado em processos de avaliação da realidade contextual e na construção de consenso para planejamento

estratégico, nas áreas das ciências da saúde, ciências humanas, educação (ANTUNES, 2014), defesa, agricultura, turismo e negócios (VALDÉS; MARÍN, 2013).

De acordo com Spínola (1984), consiste em uma técnica de processo grupal, com a finalidade de obter, comparar e direcionar o julgamento de especialistas, para um consenso, sobre as questões em estudo, promovendo a convergência de opiniões. Para Scarparo *et al.* (2012), é um método sistematizado de julgamento de informações, destinado ao alcance do consenso de opiniões sobre um determinado assunto, de conhecimento de um grupo de *experts*, por meio de validações articuladas em rodadas de questionários.

A Técnica de Delphi foi inicialmente desenvolvida com o objetivo de usar a experiência para prever como um fenômeno se comportaria no futuro. Mas, posteriormente foi aplicada também nos estudos transversais (VALDÉS; MARÍN, 2013). Segundo Hasson, Keeney e McKenna (2011), a Técnica de Delphi mostrou-se confiável para estudos que requeiram o consenso de um grupo de especialistas sobre um problema complexo.

Para Martini e Massaroli (2016), o método Delphi admite a possibilidade de articulação das abordagens qualitativas e quantitativas. E, de acordo com Rozados (2015), a referida técnica possui uma terminologia própria, que define cada uma de suas atividades e de suas etapas, bem como os sujeitos envolvidos:

- a) rodada: é cada um dos sucessivos questionários apresentados ao grupo;
- b) questionário é o instrumento que se envia aos especialistas para consulta;
- c) painel é o conjunto de especialistas que farão parte do Delphi;
- d) moderador é o responsável por recolher as respostas do painel e preparar os questionários.

É importante destacar que as concordâncias de opiniões do painel, sobre um assunto, ocorrem sobre quatro pilares fundamentais (SÁFADI, 2001):

- a) o anonimato dos participantes da pesquisa;
- b) a consulta aos especialistas para a coleta de dados;
- c) a aplicação de rodadas interativas com o *feedback*, de modo a permitir que os participantes possam rever as suas opiniões e refletir sobre elas;
- d) a busca por consenso.

Os procedimentos utilizados na técnica Delphi incluem a seleção dos especialistas e a consulta de um amplo grupo de sujeitos através da aplicação de questionários. Assim, pretende obter uma convergência das respostas dos sujeitos

participantes, visando alcançar um consenso que possa representar a consolidação do julgamento do grupo (GONTIJO, 2007).

Pereira e Alvim (2015) reforçam ainda que por meio da técnica Delphi os especialistas podem trazer contribuições para o grupo. Além disso, ela também é flexível, permitindo modificações, quando aplicada em alguns estudos e pesquisas, principalmente naquelas em que o fator tempo precisa ser controlado (SILVA; TANAKA, 1999).

Na modalidade tradicional, os questionários são postados aos especialistas por meio de correio físico. Já, na modalidade eletrônica, os mesmos são enviados por correio eletrônico ou disponibilizados por meio de uma plataforma on-line, de acesso seguro e exclusivo aos pesquisadores, por meio da internet (SALLES; SILVA, 2011). Neste estudo, ao invés dos questionários, foi utilizada uma matriz, construída pela pesquisadora, a partir da Técnica de Delphi modificada.

O anonimato possibilita uma participação mais ativa dos *experts* (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000), estimulando a expressão de opiniões sinceras, não influenciadas por pressão do grupo ou outros fatores extrínsecos. Logo, permite o consenso de opinião dos *experts* sem o viés, que pode ocorrer nas técnicas grupais, em que os membros podem ser intimidados. Além disso, também possibilita diminuir a exclusão de posições minoritárias no grupo (WITT, 2005).

Preferencialmente, o grupo de especialistas deve ser diversificado, com origens bem distintas na forma de abordar e tratar a temática em questão, visto que a capacidade crítico-reflexiva dos *experts* selecionados é uma questão crucial. Deste modo, a seleção criteriosa dos participantes, além da elaboração pelo pesquisador, dos questionamentos a serem respondidos, devem estar, impreterivelmente, de acordo com os objetivos estabelecidos para a investigação (WITT; ALMEIDA, 2008).

Na literatura, existem três critérios que são de consenso geral, em relação à escolha dos painelistas: experiência, ou seja, o tempo em que o profissional se dedica ao tema como pesquisador, docente ou em funções públicas ou privadas; número e importância dos trabalhos publicados em relação ao tema pesquisado; e participação em eventos nacionais e internacionais, que tenham relação com o assunto do estudo Delphi (ROZADOS, 2015).

Outra questão que merece ser abordada, em relação à técnica Delphi, é a quantidade de participantes num grupo. De acordo com Vergara (2008) e Chiavegatto (2010), não há consenso na literatura a esse respeito. Assim, o

tamanho do grupo vai depender do escopo e contexto da pesquisa (VERGARA, 2008), além da disponibilidade dos especialistas (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013). Geralmente não são formados grupos numerosos e, o mais importante é assegurar a qualidade da amostra, pois a técnica é altamente sensível à motivação dos participantes e ao conhecimento dos mesmos sobre o assunto pesquisado (CHIAVEGATTO, 2010).

Além dos fatores citados, o método Delphi permite que os especialistas tenham tempo para refletir tranquilamente sobre a questão em estudo; elimina a possibilidade de ocorrerem problemas de relacionamento interpessoal (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005); pode ser realizado por correio ou meio eletrônico, possibilitando maior adesão dos especialistas, inclusive de locais geograficamente distantes (SCARPARO *et al.*, 2012) e reduz os custos (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Possibilita também a redefinição dos julgamentos pelos painelistas, baseado na visão coletiva do grupo (LINSTONE; TUROFF, 2002).

Por outro lado, tal técnica apresenta algumas desvantagens: não permite a discussão e a interação entre os participantes; a duração do processo pode ser longa (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005); há o risco de criar consensos forçados ou artificiais, dependendo da forma como são apresentados os resultados e o *feedback* aos participantes (CASTRO; REZENDE, 2009), além da eventual desistência de participantes (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Munaretto, Corrêa e Cunha (2013) descrevem a operacionalização da Técnica de Delphi da seguinte forma: definido o problema que é o objeto da pesquisa, serão selecionados os especialistas na área do assunto de interesse. Após convite para colaboração com o estudo, aqueles que, voluntariamente, desejam participar receberão o questionário, previamente formulado pelo pesquisador, para dar o seu parecer. A partir do retorno desses instrumentos preenchidos, são analisadas as respostas, buscando-se consenso da maior parte dos especialistas em relação ao assunto. A partir desse momento, pode haver duas situações:

- a) Existir o consenso entre os especialistas, mediante a compilação de respostas e apresentação dos resultados finais do estudo;
- b) Ocorrer divergência entre as respostas dos especialistas. Nesse caso, prepara-se o próximo questionário com os pontos divergentes (segundo *round*). Este questionário será encaminhado aos painelistas, juntamente com



o *feedback* da rodada anterior, para novo julgamento. Assim acontecerão as rodadas até o consenso de todas as questões do questionário.

Cardoso *et al.* (2005) enfatizam a relevância do bom tratamento estatístico dos dados a cada rodada, de modo a permitir que cada participante se perceba em relação à opinião global dos painelistas e, construa seus argumentos, enriquecendo seu entendimento e contribuindo para a geração de conhecimento coletivo. Muzzi (2014) reforça ainda que o consolidado estatístico, apresentado de forma clara, consistente e confiável influencia positivamente no grau de envolvimento dos participantes e sua disposição para continuar participando da pesquisa.

Segundo Giovinazzo e Fischmann (2001), o Delphi Eletrônico reduz consideravelmente os custos e o tempo necessários para a realização da pesquisa; permite que os questionários sejam respondidos diretamente em um formulário da internet; possibilita um *feedback* muito mais rápido aos respondentes, contribuindo para se evitar a perda do interesse por parte dos participantes. Também possibilita o uso de recursos visuais, sonoros e ferramentas que tornam o preenchimento do questionário mais agradável e eficiente.

Portanto, a técnica Delphi é uma ferramenta de pesquisa versátil, que pode ser utilizada pelos pesquisadores, em diferentes etapas do estudo, conforme os objetivos que se deseja alcançar. Quando aplicada com rigor, pode produzir pesquisas com resultados relevantes tanto para teoria quanto para prática profissional, em diversas áreas (VEIGA; COUTINHO; TAKAYANAGUI, 2013).

## **4 MÉTODO**

Neste estudo, o método foi dividido em quatro tópicos: 4.1 Desenho do estudo, 4.2 Período do Estudo, 4.3 Instrumento de pesquisa/Unidades de análise e 4.4 Coleta, Processamento e Análise dos Dados.

### **4.1 Desenho do estudo**

Consiste em um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, visando a validação da concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa (AE) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) primeiro ciclo.

Segundo Lima (2011, p.13), os estudos do tipo metodológico “tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa”.

O estudo quantitativo utiliza recursos e técnicas estatísticas, para traduzir em números as opiniões e informações, com o objetivo de classificá-las e analisá-las (SILVA; MENEZES, 2005).

### **4.2 Período do estudo**

O estudo aconteceu no período entre fevereiro de 2018 e fevereiro de 2019 e, foi referente aos instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO do primeiro ciclo (ocorrido em 2013 e 2014). Apesar do segundo ciclo do PMAQ-CEO ter sido instituído desde 2015, optou-se por direcionar o estudo ao primeiro ciclo, porque o mesmo foi totalmente finalizado, inclusive com banco de dados disponível e público, possibilitando a construção de todo o ideário de um estudo maior, do qual este constitui uma fase.

### **4.3 Instrumento de pesquisa / Unidades de análise**

O PMAQ-CEO foi instituído pelo MS, em 2013, e seu primeiro ciclo ocorreu em 932 CEO implantados no Brasil, sendo 60 (6,44%) deles localizados na Região norte, 357 (38,30%) no nordeste, 337 (36,16%) no sudeste, 116 (12,45%) no sul e

62 (6,65%) no centro-oeste. Deste total, 349 (37,45%) eram do tipo I, 474 (50,86%) do tipo II e 109 (11,69%) do tipo III (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

No ano de 2014, o país apresentava 27 Unidades da Federação e 5.570 municípios, com uma população de 202,7 milhões de habitantes (IBGE, 2014).

**Figura 2 – Distribuição da população brasileira, em 2014.**



Fonte: IBGE (2014).

Como os instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO foram considerados o objeto do estudo, as unidades de análise corresponderam aos 62 padrões de qualidade do questionário estruturado da Ferramenta AMAQ-CEO, utilizada na Autoavaliação; e, os 356 padrões de qualidade que compõem os formulários dos Módulos I e II da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

Coube aqui considerar padrão “a declaração da qualidade esperada” (BRASIL, 2013e, p.16). No PMAQ-CEO primeiro ciclo, os padrões de qualidade da AMAQ-CEO refletem o foco da atenção especializada em saúde bucal no usuário; a busca pela transparência dos processos de gestão; a participação e controle social;

além da responsabilidade dos profissionais e gestores com a satisfação dos usuários e a melhoria da saúde da população (BRASIL, 2013e).

Os instrumentos avaliativos que fizeram parte desse estudo foram:

- a) o questionário estruturado da AMAQ-CEO;
- b) os formulários dos Módulos I e II da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

Foram excluídos desta pesquisa:

- a) qualquer outro instrumento avaliativo dos CEO;
- b) a Matriz de Intervenção da AMAQ-CEO com o plano de ação, por não contemplar a relação dos padrões de qualidade da ferramenta AMAQ;
- c) o Módulo III da Avaliação Externa, por ser referente à entrevista com os usuários, visto que a AMAQ-CEO não apresenta padrões de qualidade referentes à opinião deste público. Todavia, deve-se ressaltar o entendimento da equipe deste estudo acerca da relevância da percepção e satisfação dos mesmos, em um processo avaliativo;
- d) a etapa de análise documental do CEO, por não ser objeto do estudo.

#### **4.4 Coleta, Processamento e Análise dos Dados**

Com o propósito de se alcançar o objetivo geral deste estudo (Validar a concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, do primeiro ciclo), foram seguidas as recomendações de Miot (2016), no sentido de se definir o desenho do Modelo Analítico de Concordância, que norteasse a coleta, o processamento e a análise dos dados.

Para a Pesquisa Documental seria preciso definir o local onde pesquisar os documentos e fazer a escolha dos mesmos. A partir da análise dos documentos, e, considerando-se o problema da pesquisa é que deveriam ser definidas as unidades de análise. Para o estudo sobre a concordância entre os instrumentos avaliativos, seria necessária também a construção e validação de conteúdo de um instrumento. Optou-se, então:

- a) pela construção de uma Matriz de Concordância entre instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO primeiro ciclo, a partir da Pesquisa e Análise Documental. Deveria ser definida uma escala, a ser inserida na Matriz

construída, que permitisse medir a opinião de especialistas, com relação às possibilidades de concordância apresentadas;

- b) pela utilização de uma técnica de consenso, para a validação de conteúdo da Matriz construída. Seria necessário, assim, definir a técnica a ser utilizada e a sua forma de operacionalização, inclusive a escolha do Índice para a definição do consenso, seu respectivo valor de referência e, formas possíveis de análise dos dados.

Deste modo, o método deste estudo foi dividido, operacionalmente, em três etapas: 1 - Construção de uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo (corresponde ao primeiro objetivo específico); 2 – Validação de conteúdo da Matriz de Concordância construída (corresponde ao segundo objetivo específico); e, 3 – Análise da concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo (terceiro objetivo).

#### 4.4.1 Construção de uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo

Realizou-se o levantamento documental, junto ao site do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape.pmaq.php>), buscando os manuais, disponíveis publicamente, que continham os instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO primeiro ciclo, tendo sido identificados o “Material de Apoio à autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas” (BRASIL, 2013d) e o “Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas” (BRASIL, 2013e).

Em seguida, a partir da análise documental dos manuais selecionados, procurou-se identificar quais os instrumentos avaliativos, de interesse para este estudo; ou seja, os que contemplassem os padrões de qualidade da Autoavaliação e da Avaliação Externa dos CEO, relacionados à estrutura e processo. Optou-se pelo questionário da AMAQ-CEO e pelos formulários dos Módulos I (Observação no CEO) e II (Entrevista com Gerente e com Cirurgião-Dentista do CEO) da Avaliação Externa. Deste modo, definiu-se que as unidades de análise do estudo seriam os padrões de qualidade dos referidos instrumentos, que podem ser observados nos ANEXOS F e G.

Para facilitar o estudo dos padrões de qualidade da AMAQ-CEO e da AE, foram construídos, pela pesquisadora, os dois Quadros, apresentados abaixo. O Quadro 8 da AMAQ-CEO relacionado ao ator social ao qual se referia cada padrão de qualidade (gestão, gerência, profissional).

**Quadro 8 – Ator social ao qual se referia cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO.**

AMAQ-CEO	
Padrão de qualidade	Ator social ao qual se referia o padrão de qualidade (gestão, gerência, profissional)

Fonte: A autora, 2019.

O Quadro 9, referente à Avaliação Externa, contemplou tanto o ator social ao qual se referia o padrão de qualidade (gestão, gerência, profissional), quanto o ator social ao qual a entrevista foi direcionada (gerente, profissional).

**Quadro 9 – Ator social ao qual a entrevista da Avaliação Externa foi direcionada e Ator social ao qual se referia cada padrão de qualidade dos formulários dos Módulos I e II da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

AVALIAÇÃO EXTERNA		
Padrão de qualidade	Ator social ao qual a entrevista foi direcionada (Gerente, Profissional)	Ator social ao qual se referia o padrão de qualidade (gestão, gerência, profissional)

Fonte: A autora, 2019.

À medida que a análise documental foi se desenvolvendo, ocorreram vários encontros entre a pesquisadora, o orientador, a coorientadora e um Coordenador Macrorregional do PMAQ-CEO (colaborador), para realizar alguns alinhamentos necessários à construção da Matriz de Concordância, como a definição da sua estrutura e da escala a ser utilizada. Optou-se pela Escala de Likert pelo fato da mesma poder ser utilizada para medir a concordância de pessoas a afirmações, relacionadas a atitudes, percepções e interesses (COSTA, 2011). Em relação à estrutura, a fim de se evitar possíveis erros e permitir a factibilidade do estudo,

decidiu-se utilizar a mesma estrutura da AMAQ-CEO (definida pelo próprio MS e, portanto, considerada padrão ouro neste estudo) para a Matriz construída, contemplando quatro Dimensões e 13 Subdimensões, conforme o ANEXO C.

Desta forma, a Matriz de Concordância entre os instrumentos avaliativos estudados apresenta 13 cabeçalhos, correspondentes às suas 13 subdimensões: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; H – Infraestrutura e Equipamentos; I – Insumos e Instrumentais; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal e M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Porém, cada cabeçalho contém também o informe sobre a Dimensão, a que corresponde cada Subdimensão. Optou-se por apresentar cada cabeçalho da matriz, na cor correspondente a cada uma das suas quatro Dimensões, sendo a Gestão Municipal e Estadual em cor laranja; a Gerência do CEO em lilás; a Estrutura do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na cor azul; e o Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal em verde.

Decidiu-se também que a matriz deveria dispor de seis colunas, conforme é possível observar no APÊNDICE A:

- 1) Na primeira, constam as Dimensões da AMAQ-CEO, com as suas respectivas Subdimensões;
- 2) a segunda coluna destinou-se, em cada linha, à inserção de um padrão de qualidade da AMAQ-CEO, com o seu descritivo e detalhamento;
- 3) a terceira coluna foi destinada à inserção do padrão de qualidade dos formulários da Avaliação Externa (AE), que apresentasse possibilidade de concordância com cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO, presente na mesma linha, segundo a opinião da equipe deste estudo;
- 4) na quarta coluna, foi inserida a Escala de Likert, para que cada painalista (convidado para a participação da Técnica de Delphi) registrasse, numa escala de um a cinco, em cada linha, o numeral correspondente ao seu julgamento, com relação à possibilidade de concordância entre o padrão de qualidade da AMAQ-CEO (segunda coluna) e o padrão da Avaliação Externa (terceira coluna), sendo a Concordância Total - CT (5); Concordância Parcial

- CP (4); Nem Concordância, Nem Discordância - NCND (3); Discordância Parcial - DP (2); ou Discordância Total - DT (1);
- 5) a quinta coluna foi destinada às observações que os *experts* quisessem fazer, em cada linha, como sugestões ou outros comentários;
- 6) já, a sexta coluna possibilitou a descrição do motivo de discordância do painelista em relação aos padrões de qualidade inseridos na mesma linha.

Finalmente, a partir da leitura cuidadosa de cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO, com destaque para as palavras chaves e a coerência dos conteúdos dos mesmos, é que foi sendo inserido, em cada linha da matriz, o padrão de qualidade da AE possivelmente concordante com outro da AMAQ-CEO.

Deve-se ressaltar que, no Módulo I (Observação no CEO) do formulário da Avaliação Externa, o MS apresentou os 220 padrões de qualidade agrupados em 13 tópicos, conforme a temática, como é possível visualizar no ANEXO D. Deste modo, buscando reduzir a extensão da matriz de concordância em construção, e facilitar sua posterior validação, os padrões de qualidade, já agrupados em tópicos por temática e, que, possivelmente, correspondiam por equivalência a padrões de qualidade da AMAQ-CEO, foram inseridos na matriz neste formato topificado.

Deste modo, foram oito os tópicos da AE inseridos na matriz de concordância construída, por serem possivelmente concordantes com padrões de qualidade da AMAQ-CEO. Entretanto, dois padrões de qualidade, de dois desses oito tópicos, foram suprimidos do formato topificado, por não corresponderem à temática do conteúdo abordado pelo padrão de qualidade da AMAQ-CEO: o padrão I.9.12/1 do tópico I.9 – Infraestrutura do CEO, que se refere à capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas e o padrão I.12.1 do tópico I.12 – Equipamentos e Periféricos, que se refere ao contrato vigente de manutenção para os equipamentos e periféricos.

Pode-se observar no Quadro 10, cada tópico da AE inserido na matriz, por temática, com o respectivo quantitativo de padrões de qualidade que compreende.



**Quadro 10 - Tópicos do Módulo I da Avaliação Externa e os seus respectivos padrões de qualidade inseridos na Matriz de Concordância entre instrumentos da AMAQ-CEO e da AE do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

<b>Código de identificação do tópico</b>	<b>Temática relacionada ao tópico</b>	<b>Quantitativo de padrões de qualidade da AE que cada tópico representou neste estudo</b>
I.4	Adequação visual do CEO	06
I.6	Sinalização das ações e identificação dos profissionais	02
I.9	Infraestrutura do CEO	17
I.11	Equipamentos de tecnologia da informação no CEO	09
I.12	Equipamentos e periféricos	30
I.13	Insumos Odontológicos	60
I.14	Instrumentais Odontológicos	61
I.15	Material impresso para atenção à saúde bucal	10
TOTAL		195

Fonte: A autora, 2019.

Assim, em cada linha da matriz de concordância em construção, foi considerada a possibilidade de concordância entre cada padrão da AMAQ-CEO e um padrão de qualidade ou tópico (agrupamento, realizado pelo MS, de padrões de qualidade da AE, com a mesma temática) da AE. Por isso, optou-se por dizer que, em cada linha da matriz em construção, havia possibilidade de concordância entre itens dos instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO, em estudo.

Deve-se destacar que, alguns padrões de qualidade da Avaliação Externa foram excluídos da Matriz:

- a) 23 (6,46%) padrões de qualidade da AE apresentavam outro padrão subsequente e semelhante, que exigia comprovação documental, como foi o caso dos padrões: II.19.4 (A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?) e II.19.4/1 (Existe documento que comprove que a equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?). Nesse caso, o padrão II.19.4 foi excluído da matriz, sendo inserido nela apenas o padrão II.19.4/1 que apresentava o mesmo conteúdo, mas questionava a comprovação. Tais padrões podem ser observados no APÊNDICE B deste estudo;

- b) Dois (0,56%) padrões da AE (II.15.7, II.15.8) direcionados às questões das outras especialidades (Odontopediatria, Implantodontia, Prótese Dentária e Ortodontia), considerando-se que o PMAQ-CEO pretende avaliar, pelo menos, a disponibilização do mínimo exigido para os CEO;
- c) 49 (13,76%) padrões de qualidade da AE, que não apresentavam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo a opinião da equipe da pesquisa. Os mesmos foram inseridos num quadro, construído pela pesquisadora, denominado “Padrões de qualidade da AE que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO” e podem ser visualizados no APÊNDICE C.

Cabe ressaltar que também houve cinco (8,06%) padrões de qualidade da AMAQ-CEO que não foram considerados possivelmente concordantes com nenhum padrão da AE: dois (3,23%) relacionados à Gestão Municipal/Estadual (1.1, 1.9) e três (4,84%) ao Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (4.6, 4.8 e 4.20). Os mesmos podem ser visualizados no APÊNDICE D e foram inseridos na matriz construída, de modo a permitir que algum participante da segunda etapa (validação da matriz construída) deste estudo, pudesse apontar alguma possibilidade de concordância entre algum(ns) deles e um padrão da AE, evitando assim que permanecesse apenas a opinião da pesquisadora, em relação aos mesmos. Na matriz construída, tais padrões foram considerados como itens 1.1 – NPAE (padrão 1.1 da AMAQ-CEO com Nenhum Padrão da Avaliação Externa), 1.9 – NPAE, 4.6 – NPAE, 4.8 – NPAE, e 4.20 – NPAE respectivamente.

Alguns padrões de qualidade da AE se repetiram na Matriz, porque havia possibilidade de concordância com mais de um padrão da AMAQ-CEO, o que era de se esperar, considerando-se a discrepância em relação ao quantitativo de padrões de qualidade entre a ferramenta AMAQ-CEO (62) e os padrões dos formulários I e II da Avaliação Externa (356).

Após a pesquisadora ter concluído a inserção de todos os padrões de qualidade e/ou tópicos da AE, possivelmente concordantes com os da AMAQ-CEO, na matriz construída, a mesma foi apresentada, presencialmente, para uma ex-Coordenadora de CEO do município do Recife, por conveniência da pesquisadora (maior facilidade de acesso). Após uma leitura conjunta com a pesquisadora, sobre as possibilidades de concordância entre padrões da AMAQ-CEO e da AE, foram realizadas pequenas alterações na matriz.

Posteriormente, essa matriz foi enviada, on-line, para o Coordenador Macrorregional de PMAQ-CEO, que já vinha colaborando com o estudo, mas que não participou da etapa seguinte (Validação de conteúdo da Matriz construída), com o objetivo de realizar o refinamento da mesma. Foram sugeridas por ele apenas duas modificações, com relação ao local de inserção de dois padrões de qualidade da AE. Deste modo, após a pesquisadora ter realizado as alterações propostas, foram definidas codificações para cada possibilidade de concordância existente em cada linha da matriz construída, visando facilitar a futura coleta e análise dos dados, na etapa de validação da matriz construída. Por exemplo, a possibilidade de concordância do padrão de qualidade 1.2 da AMAQ-CEO com o padrão de qualidade da AE II.10.2 foi codificada como 1.2 – II.10.2, conforme é possível observar no APÊNDICE E.

Feito isso, finalmente foi considerada finalizada a Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída pela pesquisadora, e que seguiu para validação.

No Quadro 11 pode-se observar a sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados desta primeira etapa deste estudo.

**Quadro 11 – Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 1 deste estudo.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGIA	TÉCNICA	ANÁLISE DOS DADOS
Construir uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa (AE) do PMAQ-CEO primeiro ciclo.	Identificar, nos Manuais do MS, os instrumentos avaliativos de interesse. Os padrões de qualidade do questionário da AMAQ-CEO e dos formulários da AE foram estudados para a definição das unidades de análise. Os padrões de qualidade possivelmente concordantes foram inseridos na estrutura da matriz em construção, que se baseou na ferramenta AMAQ-CEO. Incluiu também a Escala de Likert, com cinco escores e espaços para as observações e esclarecimentos necessários noutra etapa deste estudo.	Pesquisa documental: 1) "Material de apoio à Autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas" (BRASIL, 2013b). 2) "Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas" (BRASIL, 2013c).	Análise documental: Foram elaborados os Quadros 4 e 5; destacadas as palavras chaves e observada a coerência do conteúdo dos padrões de qualidade em estudo. Alguns deles foram inseridos na matriz, como tópicos. Houve exclusão de alguns padrões de qualidade da AE. A Matriz construída foi apresentada para uma ex-Coordenadora de CEO e para um Coordenador do PMAQ-CEO, para o refinamento da mesma. Foi necessário codificar os itens possivelmente concordantes.

Fonte: A autora, 2019.

#### 4.4.2 Validação de conteúdo da Matriz de concordância construída

Para validar o conteúdo da Matriz construída, utilizou-se a Técnica de Delphi, por ser metodologicamente confiável (PEREIRA; ALVIM, 2015), e permitir obter o consenso de opiniões sobre um determinado assunto, sendo conveniente para a pesquisadora, pois tal técnica permite reduzir tempo e custo; é flexível, podendo ocorrer via eletrônica; e exige a garantia do anonimato, minimizando o risco de influência externa nos julgamentos. Porém, neste estudo, a Técnica de Delphi foi modificada, porque não foram utilizados questionários e sim, uma matriz construída em etapa anterior; as rodadas aconteceram por meio eletrônico; e também o número de *experts* da primeira rodada foi menor que o da segunda, por motivo detalhado na descrição da operacionalização da técnica.

Considerando-se que, para a discussão, implementação e execução da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, foi criada uma rede colaborativa, como referência técnica e científica, constituída por dez Coordenadores Gerais e 18 Coordenadores Estaduais (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016), decidiu-se que estes seriam os especialistas convidados para participarem da técnica de consenso, tendo em vista a experiência dos mesmos em relação à temática e, a diversidade do grupo, quanto à origem dos participantes.

Dos 28 Coordenadores do PMAQ-CEO, 25 foram convidados para a participação nesta segunda etapa do estudo, em virtude de três Coordenadores Macrorregionais terem sido excluídos, a fim de se evitar algum viés, visto que dois deles compõem a equipe desta pesquisa e, um outro foi colaborador, tendo contribuído com inúmeras sugestões.

Deve-se destacar que, para a primeira rodada de Delphi, o e-mail convite se estendeu apenas aos sete Coordenadores Macrorregionais do PMAQ-CEO, visto que os mesmos participaram da construção dos instrumentos da AMAQ-CEO e da AE, junto ao MS, podendo contribuir para um ajuste inicial, mais minucioso, da matriz construída a ser validada.

Para as demais rodadas, o convite para a participação da técnica de consenso foi extensivo também aos 18 Coordenadores Estaduais, no intuito de ampliar o julgamento acerca da possibilidade de concordância entre os padrões de qualidade dos instrumentos em estudo, já com uma matriz melhor estruturada.

A operacionalização das rodadas da técnica de consenso foi descrita abaixo, subdividida em: 4.4.2.1 *Primeira rodada da Técnica Delphi* e 4.4.2.2 *Segunda rodada da Técnica Delphi*.

#### *4.4.2.1 Primeira rodada da Técnica Delphi:*

Foi enviado um e-mail convite, para os sete Coordenadores Macrorregionais do PMAQ-CEO, com o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), contendo também informações sobre a importância, objetivos e metodologia deste estudo. Para os especialistas, que concordaram em participar desta técnica de consenso, o prazo previsto para a devolução do TCLE assinado foi de 15 dias. Os Coordenadores aquiescentes receberam, por e-mail, a Matriz de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída, além de um instrutivo de como preenchê-la. Também receberam arquivos contendo dois quadros: um com padrões de qualidade da AMAQ-CEO que não concordavam com nenhum padrão da AE e, outro com padrões da AE que não concordavam com nenhum padrão da AMAQ-CEO. Optou-se, portanto, pelo uso de e-mail para envio e recebimento dos documentos (TCLE, Matriz, Quadros), ao invés da utilização do Google docs., como se pretendia, por receio de dificuldades para acessá-lo e operacionalizá-lo, a contento, apesar do seu potencial para permitir praticidade e rapidez ao estudo.

Os especialistas participantes deveriam, no prazo de 15 dias, preencher a matriz, individualmente, registrando o seu acordo ou desacordo para a possibilidade de concordância entre cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO e da AE, dispostos por linha da matriz, utilizando a Escala de Likert, com cinco categorias (5- Concordância Total; 4- Concordância Parcial; 3- Nem Concordância, Nem Discordância; 2- Discordância Parcial; 1- Discordância Total). Puderam também inserir as observações e esclarecimentos que julgassem cabíveis.

Após o recebimento dos resultados desta primeira rodada, as respostas quantitativas dos especialistas, em relação à concordância entre padrões da AMAQ-CEO e da AE foram compiladas e organizadas em planilhas do Excel.

As observações e os esclarecimentos foram lidos pela pesquisadora, para ver se havia necessidade de fazer alterações na matriz, sugeridas pelos respondentes, antes da rodada subsequente. Assim, a matriz com os dados não

consensuados e os resultados estatísticos seguiram para os *experts*, dando seguimento à Técnica de Delphi.

Participaram desta rodada seis (85,7%) dos sete Coordenadores Macrorregionais do PMAQ-CEO, porque apesar de todos terem enviado o TCLE assinado, um deles desistiu da participação, antes do início da técnica de consenso, representando uma perda. E, foram necessários 55 dias para a conclusão desta rodada, por demora nas devolutivas dos respondentes.

#### 4.4.2.2 Segunda rodada da Técnica Delphi

Foram convidados, também, a participar da segunda rodada da técnica de consenso os Coordenadores Estaduais da Avaliação Externa. Após esses novos componentes devolverem o TCLE (APÊNDICE F) assinado, todos os participantes aquiescentes, Coordenadores Gerais e Estaduais da AE do PMAQ-CEO primeiro ciclo, receberam, por e-mail, a matriz contendo os itens que não alcançaram o consenso, com o respectivo consolidado estatístico, observações e esclarecimentos da primeira rodada (*feedback*); o instrutivo para o preenchimento da Matriz; e, os quadros contendo os padrões de qualidade da AMAQ-CEO considerados não concordantes com nenhum padrão da AE e, dos padrões da AE não concordantes com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo o entendimento da pesquisadora.

O prazo previsto para os painelistas realizarem as devolutivas foi também de 15 dias e, as respostas receberam o mesmo tratamento estatístico da rodada anterior.

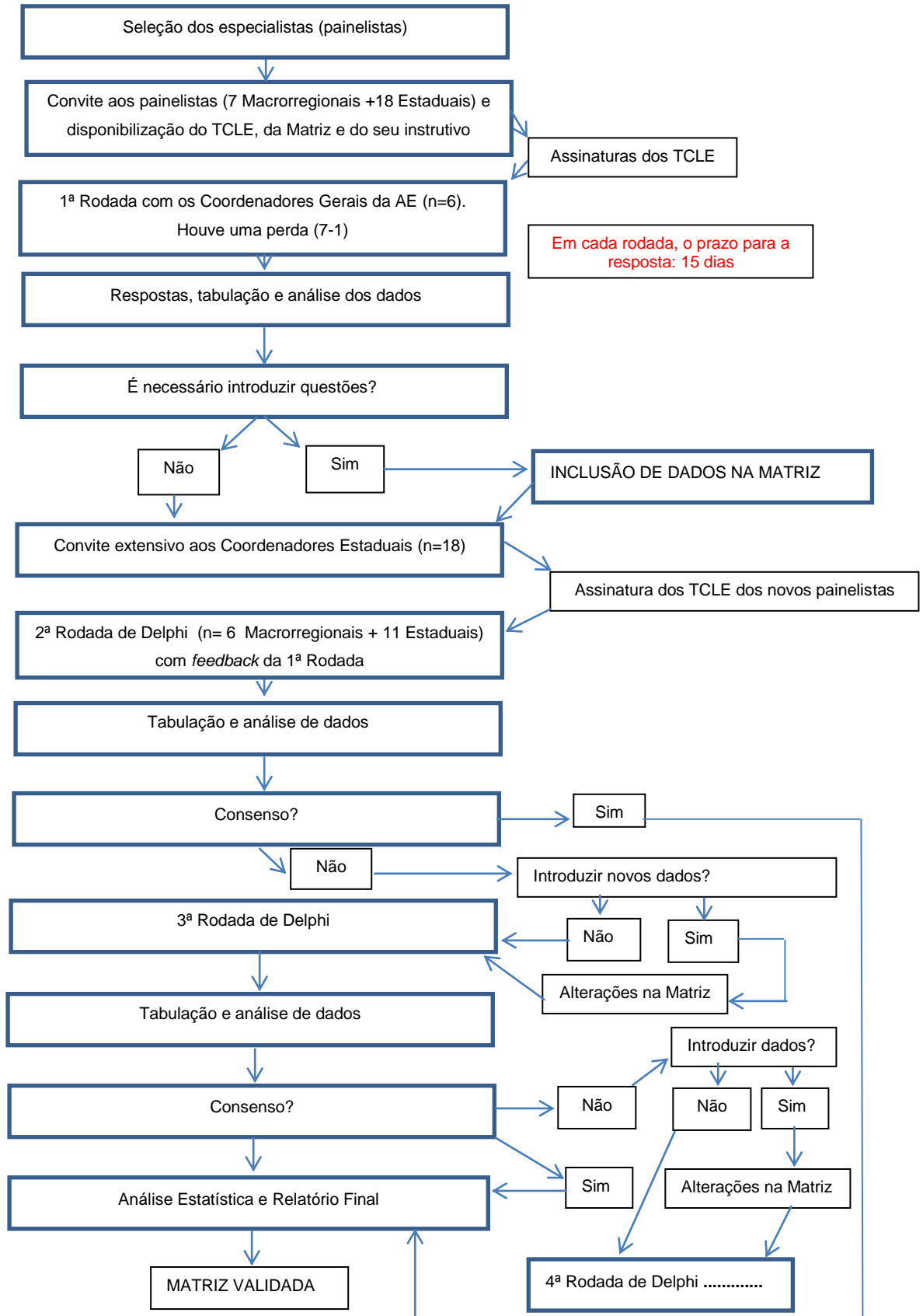
Como houve saturação das respostas ao final das duas rodadas, foi considerada validada a Matriz de Concordância entre instrumento avaliativos da AMAQ-CEO e da AE do PMAQ-CEO primeiro ciclo, constituída apenas pelos padrões de qualidade com a concordância consensuada. Os padrões discordantes foram apresentados como outros resultados da Técnica de Delphi, conforme preconizam Pereira e Alvim (2015).

Do total de 25 Coordenadores do PMAQ-CEO, convidados para o estudo, 17 (68,0%) participaram da segunda rodada de consenso, sendo seis os Coordenadores Macrorregionais, que também cooperaram com a rodada anterior, e 11 (61,1%) dos 18 Coordenadores Estaduais, pois dois deles não enviaram o TCLE; um desistiu e quatro não conseguiram fazer a devolutiva dentro do período possível,

representando mais sete perdas no estudo. E, assim como na rodada anterior, foram necessários 55 dias para o recebimento das respostas pelos painelistas.

Na Figura 3, pode-se observar a sequência de execução da Técnica Delphi realizada neste estudo.

**Figura 3 - Sequência de Execução da Técnica de Delphi Modificada**



Fonte: Adaptado de Wright e Giovinazzo (2000).



No Quadro 12 pode-se observar a sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 2 deste estudo.

**Quadro 12 – Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 2 deste estudo.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGIA	TÉCNICA	ANÁLISE DOS DADOS
Validar o conteúdo da Matriz de Concordância construída.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definição dos painelistas;</li> <li>2. Elaboração do TCLE e de um instrutivo para o preenchimento da matriz construída previamente;</li> <li>3. Convite aos experts, envio do TCLE, Instrutivo, matriz e quadros dos padrões que não apresentam possibilidade de concordância;</li> <li>4. Devolutiva dos TCLE;</li> <li>5. 1ª. Rodada Delphi;</li> <li>6. Recebimento das respostas;</li> <li>7. Compilação e análise dos dados e alterações na matriz.</li> <li>8. Convite: novos painelistas;</li> <li>9. Recebimento dos TCLE;</li> <li>10. Segunda rodada Delphi...</li> <li>11. Consenso</li> <li>12. Resultados finais</li> <li>13. Matriz validada (padrões concordantes).</li> </ol>	Técnica de Delphi modificada: Uso de Matriz, por meio eletrônico, com número de painelistas diferente entre as duas primeiras rodadas.	Análise Estatística Descritiva e Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a cada rodada, além do compilado final. Softwares: R e EXCEL. Consenso: acordo mediante processamento estatístico (VALDÉS; MARÍN, 2013). Padrões concordantes: proporção de notas 4 ou 5 na Escala de Likert, igual ou maior que 78% (seis ou mais juízes), conforme Lynn (1986) e, Alexandre e Coluci (2011).

Fonte: A autora, 2019.

#### 4.4.3 Análise da concordância entre Instrumentos de Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo

É importante ressaltar que, baseado na definição do consenso como “a existência de um acordo obtido através de processamento estatístico” (VALDÉS; MARÍN, 2013, p.261) e, no entendimento que a definição do ponto de corte para a obtenção do mesmo compete ao pesquisador (PEREIRA; ALVIM, 2015; SCARPARO *et al.*, 2012), neste estudo, foi considerado consenso, para a concordância entre cada item específico da matriz construída, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $\geq 78\%$ , pois conforme Alexandre e Coluci (2011), Lynn (1986), no caso de seis ou mais juízes, recomenda-se uma taxa de IVC não inferior a 0,78. Neste sentido, tal índice foi calculado como sendo a proporção de respostas dos especialistas, que receberam as duas maiores pontuações: notas 4 e 5 da Escala de Likert (Parcialmente Concordante e Totalmente Concordante respectivamente). Portanto, considerou-se consenso para a concordância quando a proporção de notas 4 e 5, em cada cruzamento AMAQ-CEO e AE foi igual ou maior que 78%.

Vale ressaltar que, para a análise dos IVC das Subdimensões, Dimensões e para o instrumento geral, foram abordadas três formas diferentes, de acordo com Alexandre e Coluci (2011), sendo elas:

- 1) A Média dos índices dos itens considerados concordantes pelos especialistas; ou seja, dos itens com IVC  $\geq 78\%$ ;

$$\text{Média dos índices dos itens concordantes} = \frac{\text{soma dos IVC dos itens concordantes}}{\text{número de itens concordantes}}$$

- 2) A Média dos índices de todos os itens (concordantes e não concordantes);

$$\text{Média dos índices de todos os itens} = \frac{\text{soma dos IVC de todos os itens}}{\text{número de itens}}$$

- 3) A proporção de itens considerados concordantes pelos especialistas.

$$\text{Proporção dos itens concordantes} = \frac{\text{número de itens concordantes}}{\text{Total de itens}} \times 100$$

Para as análises descritivas dos dados quantitativos, de todas as etapas de Delphi, foi utilizado o Programa Estatístico R.

No Quadro a seguir, pode-se observar a sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 3 deste estudo.

**Quadro 13 – Sistematização da Coleta, Processamento e Análise dos dados da Etapa 3 deste estudo.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGIA	TÉCNICA	ANÁLISE DOS DADOS
<p>Analisar a Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.</p>	<p>As formas de cálculos realizados para as análises dos IVC encontram-se descritas abaixo:</p> <p>Média dos índices dos itens concordantes:  <math display="block">= \frac{\text{soma dos IVC dos itens concordantes}}{\text{número de itens concordantes}}</math></p> <p>Média dos índices de todos os itens:  <math display="block">= \frac{\text{soma dos IVC dos itens concordantes e não concordantes}}{\text{número de itens concordantes e não concordantes}}</math></p> <p>Proporção dos itens concordantes:  <math display="block">= \frac{\text{número de itens concordantes}}{\text{total de itens}} \times 100</math></p>	<p>Análise Estatística Descritiva</p>	<p>Para a análise descritiva dos IVC das Subdimensões, Dimensões e para o instrumento geral (Matriz Validada de Concordância) foram utilizadas três formas diferentes, de análise do IVC, conforme Alexandre e Coluci (2011): a Média dos índices dos itens concordantes pelos especialistas; a Média dos índices de todos os itens (não somente os concordantes); e, a Proporção de itens concordantes. Foram utilizados o Programa Estatístico R e o software Excel.</p>

Fonte: A autora, 2019.

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado, em março de 2018, pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, sob CAAE 2.539.263, e se enquadra na modalidade de risco mínimo, de acordo com a Resolução CNS Nº 466/2012, que dispõe as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

Riscos: foram mínimos, visto que a autora avaliou comparativamente os padrões de qualidade de instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO, sem aplicá-los nos serviços. Além disso, a técnica de consenso, utilizada neste estudo, se baseia no método de Delphi, que prioriza o anonimato dos experts participantes do grupo. Mesmo assim, foi disponibilizado para os mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado por cada especialista que aceitou colaborar com a pesquisa. A autora declarou também não haver conflito de interesse na realização deste estudo.

Benefícios: comprovada cientificamente a concordância entre instrumentos da AMAQ-CEO e da AE, ter-se-á mais subsídios que contribuam para a consolidação da autoavaliação, por meio do instrumento AMAQ-CEO, como rotina nos CEO, contribuindo para a institucionalização da avaliação destes serviços. Além disso, poder-se-á aventar a possibilidade da coleta de dados da Avaliação Externa ser realizada, complementarmente, num intervalo de tempo maior que os dois anos, previstos, pelo Ministério da Saúde, para cada ciclo do PMAQ-CEO, reduzindo custos.

## 6 RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir deste estudo foram subdivididos em 6.1 - Matriz de Concordância, construída, entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo e 6.2 - Validação da matriz de concordância construída.

### 6.1 Matriz de Concordância, construída, entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo

A Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída, foi constituída por 153 itens possivelmente concordantes, representando os 62 (100,0%) padrões de qualidade da AMAQ-CEO e 282 (79,2%) padrões dos Módulos I e II da Avaliação Externa. No APÊNDICE E é possível observá-la, com a respectiva codificação para cada possibilidade de concordância aventada.

E, destes 282 padrões de qualidade da AE, inseridos na matriz construída, 33 (11,6%) apresentavam provável concordância com mais de um padrão da AMAQ-CEO, ocasionando a repetição dos mesmos, conforme a Tabela a seguir.

**Tabela 1 – Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa, que se repetiram na matriz de concordância construída.**

*(continua)*

Temática	Padrão de qualidade da Avaliação Externa com a respectiva codificação	Frequências	
		N	%
Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	II.18.1	2	14,29
	II.18.2	4	28,57
	II.18.3	3	21,43
	II.18.4	5	35,71
Planejamento e reunião da equipe do CEO	I.19.3	5	29,42
	II.19.4/1	2	11,76
	II.19.6	4	23,53
	II.19.7	2	11,76
	II.19.8	4	23,53

**Tabela 1 – Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa, que se repetiram na matriz de concordância construída.**

(conclusão)

Temática	Padrão de qualidade da Avaliação Externa com a respectiva codificação	Frequências	
		N	%
O CEO na Rede de Atenção à Saúde	II.10.2	2	11,76
	II.10.4/1	4	23,54
	II.10.5/1	3	17,66
	II.10.6/1	2	11,76
	II.10.7	2	11,76
	II.10.8	2	11,76
	II.10.9/1	2	11,76
Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	II.6.4/1	2	20,00
	II.6.5/1	3	30,00
	II.6.6	2	20,00
	II.6.8	3	30,00
Insumos Odontológicos	I.13.25	3	100,00
Identificação do tipo e profissionais do CEO	I.3.5	2	100,00
Características do CEO	I.8.2	2	100,00
Infraestrutura do CEO	I.9.3	2	100,00
Equipamentos e periféricos	I.12.1	2	100,00
Apoio Matricial	II.7.6	2	100,00
Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	II.12.1	2	50,00
	II.12.3	2	50,00
Atenção ao câncer de boca	II.13.1/1	3	100,00
Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário	II.16.2	2	33,33
	II.16.3	2	33,33
	II.16.4	2	33,33
Insumos, instrumentais e equipamentos	II.20.1	2	100,00

Fonte: A autora, 2019.

## 6.2 Validação da Matriz de Concordância Construída

Os resultados da validação da Matriz de Concordância construída foram apresentados divididos em 6.2.1 - *Resultados da Primeira Rodada de Delphi*; 6.2.1 - *Resultados da Segunda Rodada de Delphi*

### 6.2.1 Resultados da Primeira Rodada de Delphi

Dos 153 itens, presentes nas linhas da matriz de concordância construída, 130 (85,0%) alcançaram o consenso para a concordância entre AMAQ-CEO e AE, por terem obtido um Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $\geq 78\%$ , conforme é possível observar nas Tabelas 2, 3, 4 e 5, em que os resultados dos itens podem ser visualizados, para cada Dimensão.

**Tabela 2 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Gestão Municipal/Estadual, da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**  
(continua)

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	IVC
<b>A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado</b>	1.1 – NP AE	2,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	1.2 – II10.2	2,00	3,25	4,50	5,00	5,00	66,7%
	1.3 – II19.3	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.4 – II6.4.1	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.4 – II6.5.1	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.4 – II6.8	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.5 – II20.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.5 – II20.2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.6 – II1.4	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.6 – II3.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.7 – II19.5	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.7 – II6.2	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.7 – II6.3	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.8 – II18.1	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.8 – II18.4	2,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
1.9 – NP AE	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%	

**Tabela 2 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Gestão Municipal/Estadual da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**  
(continuação)

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	IVC
<b>B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal</b>	1.10 – II10.2	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.10–II10.4.1	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.10– II10.5.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.10– II10.6.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.11 – II10.1	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.11 – II10.11	3,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	1.11 – II10.12	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.11 – II10.7	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00	50,0%
	1.11 – II10.8	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.11– II10.9.1	3,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	1.11 – II11.1	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.11 – II11.2	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.11 – II11.3	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.11 – II11.7	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.11 – II11.8	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – I3.5	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – II10.3	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.12– II10.4.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.12– II10.5.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – II11.10	4,00	4,00	4,50	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – II11.4	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.12 – II11.5	1,00	3,25	4,00	4,00	5,00	66,7%
	1.12 – II11.6	4,00	4,00	4,50	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – II11.9	4,00	4,00	4,50	5,00	5,00	100,0%
	1.12 – II15.4	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.12 – II17.3	3,00	3,25	4,50	5,00	5,00	66,7%
	1.13– II10.4.1	1,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.13– II10.5.1	1,00	1,75	4,50	5,00	5,00	66,7%
	1.13 – II12.1	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.13 – II12.3	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.13– II13.1.1	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.13 – II13.2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
1.13 – II7.6	1,00	3,25	4,00	4,75	5,00	66,7%	
<b>C – Gestão do Trabalho</b>	1.14– II4.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.14 – II4.2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.14 – II4.3	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.15 – II5.6	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.16 – II5.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.16 – II5.2	2,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.16 – II5.3	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%



**Tabela 2 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Gestão Municipal/Estadual da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**  
(conclusão)

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	IVC
<b>C – Gestão do Trabalho</b>	1.16 – II5.4	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.16 – II5.5	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.17 – II3.25	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.17 – II8.2	1,00	3,25	4,50	5,00	5,00	66,7%
	1.17 – II2.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
<b>D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário</b>	1.18 – II16.1.1	2,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.19 – II16.2	2,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	1.19 – II16.3	2,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	1.19 – II16.4	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
	1.20 – II19.3	2,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%

Fonte: A autora, 2019.

Nota: <sup>1</sup> Para o consenso: número de respostas  $\geq 4$ /número de especialistas

**Tabela 3 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC), para cada item da Dimensão Gerência do CEO, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.**

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
<b>E – Apoio Institucional</b>	2.1 – II18.4	1,00	3,00	3,50	4,75	5,00	50,0%
	2.1 – II19.1	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.1 – II19.2	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.1 – II19.6	1,00	2,50	4,50	5,00	5,00	66,7%
	2.2 – II19.6	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.2 – II19.8	4,00	4,25	5,00	5,00	5,00	100,0%
<b>F – Educação Permanente</b>	2.3 – II18.4	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.4 – II10.7	3,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	2.4 – II10.8	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.4 – II10.9.1	3,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	2.4 – II18.2	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.4 – II18.3	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.4 – II7.3	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.4 – II7.4	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.5 – II19.6	1,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	2.5 – II19.7	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.5 – II19.8	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.6 – II18.2	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.7 – II18.1	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.7 – II18.2	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
2.7 – II18.3	3,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%	
2.7 – II18.4	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%	
<b>G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&amp;A</b>	2.10 – II19.3	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.10 – II19.8	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.10 – II6.8	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.11 – II19.3	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	2.12 – II19.3	1,00	1,75	4,50	5,00	5,00	66,7%
	2.12 – II6.4.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.12 – II6.5.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.8 – II6.5.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.9 – II19.4.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	2.9 – II6.6	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
2.9 – II6.7.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%	

Fonte: A autora, 2019.

Nota: <sup>1</sup>Para consenso: número de respostas  $\geq 4$ /número de especialistas

**Tabela 4 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da dimensão Estrutura do CEO, da matriz construída após a primeira rodada de Delphi.**

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
<b>H – Infraestrutura e Equipamentos</b>	3.1 – I8.2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.1 – I9	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.2 – I12	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.3 – I12.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.4 – I11	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.5 – I5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.5 – I9.3	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
<b>I – Insumos e Instrumentais</b>	3.6 – I4	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.10 – II20.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.7 – I13	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.7 – I14	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.8 – I15	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	3.9 – I13.25	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%

Fonte: A autora, 2019.

Nota<sup>1</sup> Para o consenso: número de respostas  $\geq 4$ /número de especialistas

Abaixo, tem-se a Tabela 5, para a Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal

**Tabela 5 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**

(continua)

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
<b>J – Perfil da Equipe</b>	4.1 – II3.2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.2 – II18.2	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.2 – II18.3	1,00	1,50	4,00	5,00	5,00	50,0%
	4.2 – II18.4	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00	50,0%
<b>K – Organização do Processo de Trabalho</b>	4.3 – I3.2	1,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	4.3 – I3.4	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.3 – I3.5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.3 – I3.6	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.4 – II19.6	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.4 – II19.7	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.4 – II19.8	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.5 – II19.4.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.5 – II6.6	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.5 – II6.8	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
4.6 – NP AE	3,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%	

**Tabela 5 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item da Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**

*(conclusão)*

Subdimensão	Item AMAQ - AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
<b>L – Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	4.10 – II7.6	1,00	4,00	4,50	5,00	5,00	83,3%
	4.11 – II12.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.11 – II13.1.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.12 – II12.3	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.13 – II13.1.1	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.14 – II14.5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.14 – II14.6.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.15 – II14.4.1	2,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.16 – II14.7	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.17 – II14.8.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.17 – II14.9	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.7 – II10.4.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.7 – II10.6.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.7 – II8.1	1,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	4.7 – II8.4	1,00	3,25	4,50	5,00	5,00	66,7%
	4.7 – II8.5	1,00	4,25	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.8 – NPAE	3,00	3,50	5,00	5,00	5,00	66,7%
	4.9 – II9.3	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.9 – II9.4.1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.9 – II9.5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
4.9 – II9.6	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%	
<b>M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário</b>	4.18 – II16.2	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.18 – II16.3	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	83,3%
	4.18 – II16.4	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.19 – I6	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,0%
	4.20 – NPAE	3,0	3,0	4,00	5,00	5,00	50,0%

Fonte: A autora, 2019.

Nota:<sup>1</sup> Para o consenso: número de respostas  $\geq 4$ /número de especialistas.

Para essa rodada, verificou-se uma média geral igual a 4,59; uma Mediana de 4,67 e um Desvio Padrão de 0,41 (9% de variação). Tais dados apontam para uma amostra homogênea dos padrões de resposta, sugerindo a idéia de consenso entre os especialistas.

A Média das proporções de itens concordantes foi igual a 85,0%. Já, a Média dos IVC dos itens considerados concordantes foi de 94,0% e a Média dos IVC de todos os itens foi de 89,3%.

As subdimensões com maior variabilidade de respostas entre os especialistas foram: J – Perfil da Equipe e, E – Apoio Institucional, conforme a Tabela 6, abaixo.

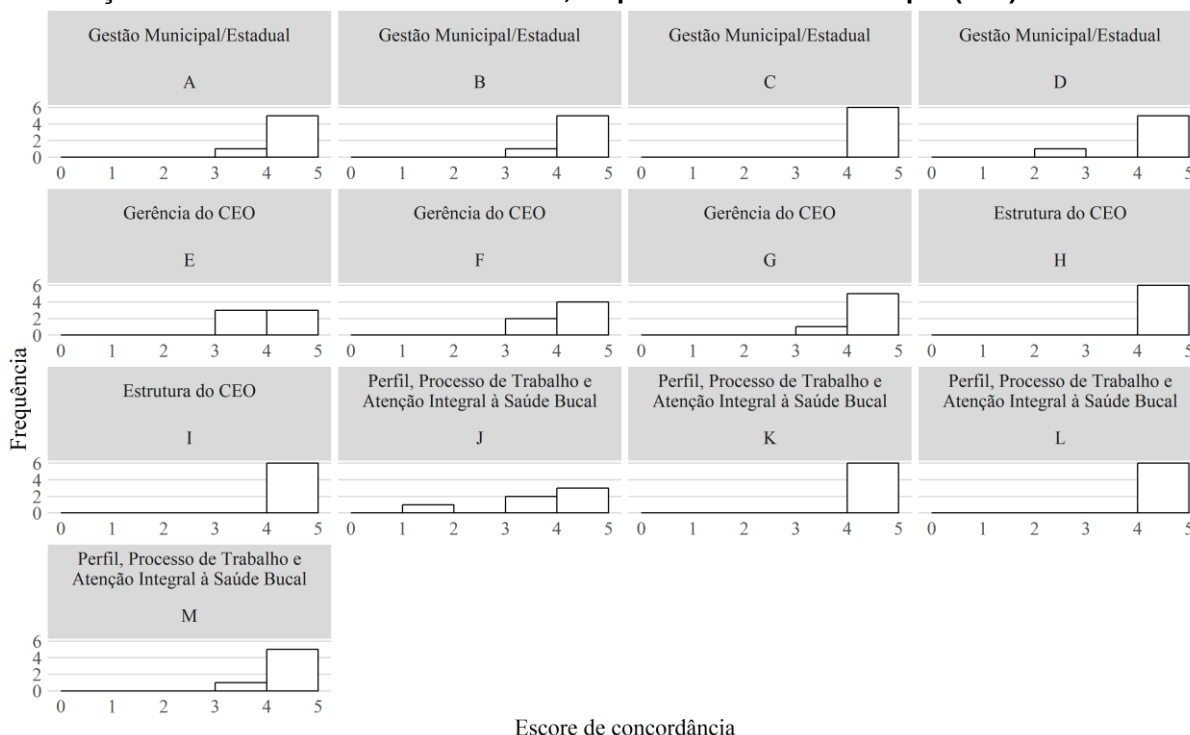
**Tabela 6 - Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Intervalo Interquartil e Amplitude dos escores de concordância dos especialistas, para cada Subdimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**

Dimensão	Subdimensão	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Intervalo Interquartil (P25 – P75)	Amplitude (Mín – Máx)
<b>Gestão Municipal/ Estadual</b>	A - Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	4,61	0,77	17%	4,48 – 4,89	3,94 – 5,00
	B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	4,42	0,95	21%	4,26 – 4,65	3,91 – 5,00
	C – Gestão do Trabalho	4,68	0,84	18%	4,40 – 4,98	4,25 – 5,00
	D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4,33	1,03	24%	4,20 – 4,80	3,00 – 5,00
<b>Gerência do CEO</b>	E – Apoio Institucional	4,22	1,27	30%	3,54 – 4,92	3,50 – 5,00
	F – Educação Permanente	4,51	0,98	22%	4,06 – 4,88	3,69 – 5,00
	G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	4,57	1,08	24%	4,48 – 4,98	3,55 – 5,00
<b>Estrutura do CEO</b>	H - Infraestrutura e Equipamentos	4,98	0,14	3%	5,00 – 5,00	4,88 – 5,00
	I - Insumos e Instrumentais	5,00	0	0%	5,00 – 5,00	5,00 – 5,00
<b>Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	J – Perfil da Equipe	4,08	1,56	38%	3,62 – 5,00	2,00 – 5,00
	K - Organização do Processo de Trabalho	4,83	0,65	13%	4,75 – 4,95	4,64 – 5,00
	L – Atenção Integral à Saúde Bucal	4,71	0,89	19%	4,63 – 4,99	4,05 - 5,00
	M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4,60	0,77	17%	4,60 – 5,00	3,40 – 5,00

Fonte: A autora, 2019.

No Gráfico 1, abaixo, seguem os Histogramas dos escores de concordância atribuídos pelos especialistas, em função da Subdimensão e da Dimensão, na primeira rodada de Delphi.

**Gráfico 1 - Histogramas dos escores de concordância atribuídos pelos especialistas, em função da Subdimensão e da Dimensão, na primeira rodada de Delphi (n=6).**



Fonte: A autora, 2019.

Legenda: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; H – Infraestrutura e Equipamentos; I – Insumos e Instrumentais; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal; M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Por outro lado, a menor variação entre as respostas foi observada nas subdimensões: H – Infraestrutura e I – Insumos e Instrumentais, que correspondem à Dimensão Estrutura do CEO.

Na Tabela 7, podem ser visualizados os melhores resultados dos IVC, para as Subdimensões, de acordo com:

- a Média dos IVC dos itens concordantes: H - Infraestrutura e Equipamentos (100%); I – Insumos e Instrumentais (100%); e, K – Organização do Processo de Trabalho;
- a Média dos IVC de todos os itens: H - Infraestrutura e Equipamentos (100%); e, I – Insumos e Instrumentais (100%);
- as Proporções de itens concordantes: D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (100%); H - Infraestrutura e Equipamentos (100%); e, I – Insumos e Instrumentais (100%).

Pode-se dizer que, para as três maneiras distintas de análise do IVC, as Subdimensões H - Infraestrutura e Equipamentos e I – Insumos e Instrumentais, se destacam com as melhores concordâncias entre itens estudados da matriz, na primeira rodada.

Ainda na Tabela 7, é possível verificar as Subdimensões com menores IVC, de acordo com:

- a) a Média dos IVC dos itens concordantes: D - Participação, Controle Social e Satisfação do usuário (86,7%); E – Apoio Institucional (87,5%); e, F – Educação Permanente (88,1%).
- b) a Média dos IVC de todos os itens: E - Apoio Institucional (77,8%); e, J - Perfil da Equipe (70,8%);.
- c) as Proporções de itens concordantes: B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal (78,8%); E - Apoio Institucional (66,7%); e, J - Perfil da Equipe (50,0%).

Portanto, a única Subdimensão que, para as três formas diferentes de análise do IVC, apresentou os piores resultados foi a E – Apoio Institucional.

**Tabela 7- Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e a Proporção de itens concordantes para cada uma das subdimensões e para cada dimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**

(continua)

Dimensão	Subdimensão	Média dos IVC de itens concordantes	Média dos IVC de todos os itens	<sup>1</sup> Proporção de itens Concordantes
<b>Gestão Municipal/ Estadual</b>	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	91,7%	88,5%	87,5%
	B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	93,6%	87,4%	78,8%
	C – Gestão do Trabalho	95,5%	93,1%	91,7%
	D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	86,7%	86,7%	100,0%
	<b>Geral</b>	92,9%	88,6%	84,8%

**Tabela 7- Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e a Proporção de itens concordantes para cada uma das subdimensões e para cada dimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**

(conclusão)

Dimensão	Subdimensão	Média dos IVC de itens concordantes	Média dos IVC de todos os itens	<sup>1</sup> Proporção de itens Concordantes
<b>Gerência do CEO</b>	E – Apoio Institucional	87,5%	77,8%	66,7%
	F – Educação Permanente	88,1%	85,4%	87,5%
	G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	95,0%	92,4%	90,9%
	<b>Geral</b>	90,5%	86,4%	84,8%
<b>Estrutura do CEO</b>	H – Infraestrutura e Equipamentos	100,0%	100,0%	100,0%
	I – Insumos e Instrumentais	100,0%	100,0%	100,0%
	<b>Geral</b>	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	J – Perfil da Equipe	91,7%	70,8%	50,0%
	K – Organização do Processo de Trabalho	100,0%	93,9%	81,8%
	L – Atenção Integral à Saúde Bucal	96,3%	92,1%	85,7%
	M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	91,7%	83,3%	80,0%
	<b>Geral</b>	96,5%	89,4%	80,5%

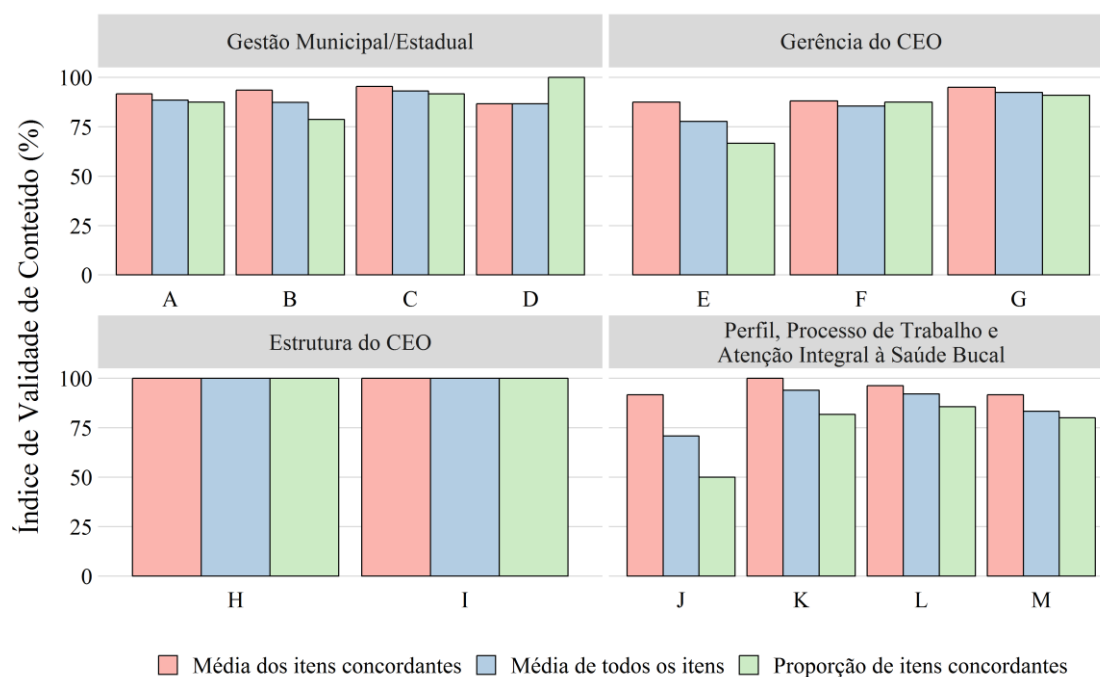
Fonte: A autora, 2019.

Nota: <sup>1</sup> Numero de itens com IVC<sub>≥</sub>78%/total de itens

Com relação à análise da Média dos IVC de itens concordantes, e da Média dos IVC de todos os itens, para cada Dimensão, maiores índices foram observados para Estrutura do CEO e, menores para a Dimensão Gerência do CEO. Mas, quando considerada apenas a proporção de itens concordantes para as Dimensões, o Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal apresentou menor índice (80,5%), conforme é possível observar no Gráfico 2.



**Gráfico 2 - Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e, a Proporção de itens concordantes para cada uma das subdimensões e para cada dimensão da matriz construída, após a primeira rodada de Delphi.**



Fonte: A autora, 2019.

Legenda: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; H – Infraestrutura e Equipamentos; I – Insumos e Instrumentais; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal; M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

### 6.2.2 Resultados da Segunda Rodada de Delphi

Dos 23 itens julgados, por meio da segunda rodada de Delphi, apenas um (4,4%) obteve consenso para a concordância entre a AMAQ-CEO e a AE, por obter um IVC  $\geq 78\%$  das respostas 4 ou 5. Trata-se do item 4.8 – NP AE, da Subdimensão L – Atenção Integral à Saúde Bucal e Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal. Na Tabela 8, foram apresentados os resultados para valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil, valor máximo e Índice de Validade de Conteúdo para os itens da matriz que não alcançaram o consenso na primeira rodada de Delphi, e, que passaram por novo julgamento na segunda rodada.

**Tabela 8 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item, em função da Subdimensão, para todos os especialistas que participaram da segunda rodada de Delphi, considerando apenas os itens não concordantes da primeira.**

(continua)

Subdimensão	Item da matriz AMAQ – AE	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	1.1 – NP AE	1,00	3,00	5,00	5,00	5,00	58,80%
	1.2 – II10.2	1,00	1,00	2,00	3,00	5,00	17,60%
	1.11 – II10.7	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00	58,80%
	1.11 – II10.9.1	2,00	3,00	4,00	5,00	5,00	52,90%
B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.11 – II10.11	2,00	3,00	4,00	5,00	5,00	52,90%
	1.12 – II11.5	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	35,30%
	1.12 – II17.3	1,00	3,00	5,00	5,00	5,00	70,60%
	1.13 – II7.6	1,00	1,00	3,00	4,00	5,00	29,40%
	1.13 – II10.5.1	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	41,20%
C – Gestão do Trabalho	1.17 – I8.2	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	35,30%
E – Apoio Institucional	2.1 – II18.4	1,00	1,00	3,00	5,00	5,00	47,10%
	2.1 – II19.6	1,00	1,00	3,00	5,00	5,00	47,10%
F – Educação Permanente	2.4 – II10.7	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	35,30%
	2.5 – II19.6	1,00	3,00	5,00	5,00	5,00	70,60%
G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	2.12 – II19.3	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00	76,50%

**Tabela 8 - Valor Mínimo, Primeiro Quartil, Mediana, Terceiro Quartil e Valor Máximo das respostas dos especialistas e os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item, em função da Subdimensão, para todos os especialistas que participaram da segunda rodada de Delphi, considerando apenas os itens não concordantes da primeira.**

*(continuação)*

Subdimensão	Item da matriz AMAQ – AE	Mínimo	1° quartil	Mediana	3° quartil	Máximo	<sup>1</sup> IVC
J – Perfil da Equipe	4.2 – II18.3	1,00	2,00	4,00	4,00	5,00	58,80%
	4.2 – II18.4	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00	58,80%
K – Organização do Processo de Trabalho	4.3 – I3.2	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	29,40%
	4.6 – NPAE	1,00	3,00	5,00	5,00	5,00	70,60%
L – Atenção Integral à Saúde Bucal	4.7 – II8.1	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00	64,70%
	4.7 – II8.4	1,00	1,00	4,00	5,00	5,00	52,90%
	4.8 – NPAE	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00	82,40%
M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4.20 – NPAE	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00	76,50%

Fonte: A autora, 2019.

Nota: <sup>1</sup> Número de itens com IV  $\geq$  78%/total de itens.

Verificou-se uma Média Geral igual a 3,38; uma Mediana de 4,00; e, um Desvio Padrão de 1,59 (47% de variação). Tais dados apontam para uma amostra não homogênea para os padrões de resposta, sugerindo a idéia de não consenso entre os entrevistados.

Na Tabela 9 pode-se observar que a Subdimensão com menor Coeficiente de Variação (27%) e menor Desvio Padrão (1,17) foi a M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

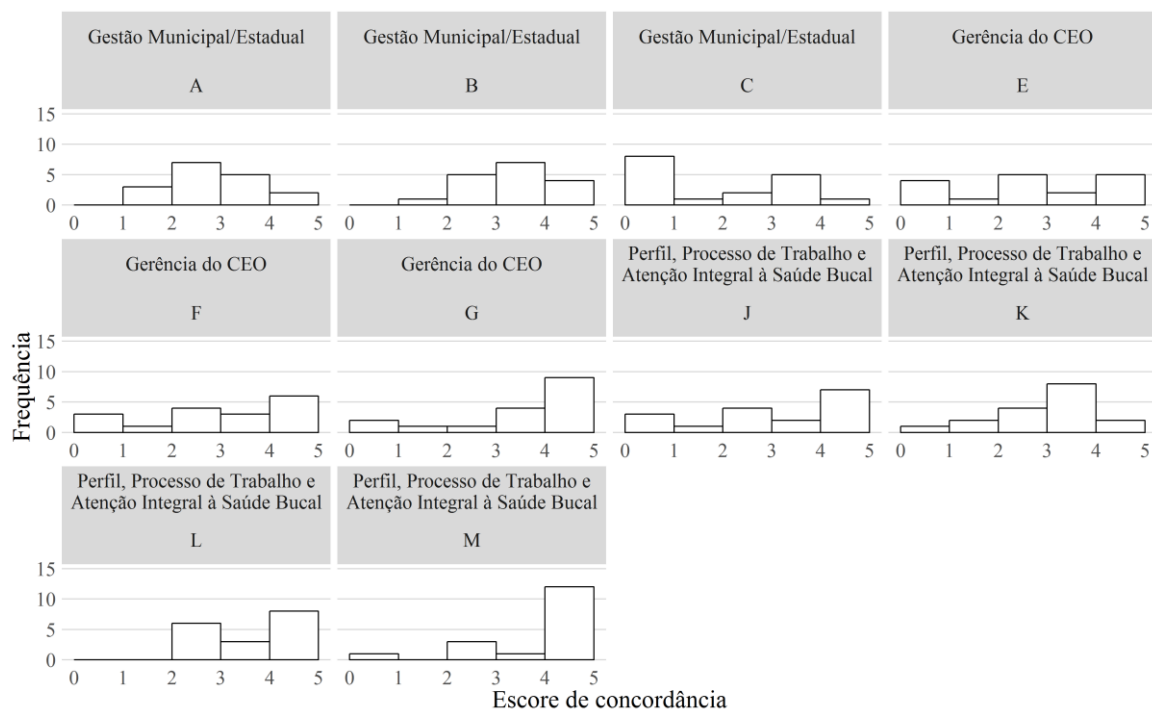
**Tabela 9 - Média, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Intervalo Interquartil e Amplitude dos escores de concordância dos especialistas, para cada subdimensão da matriz construída, após a segunda rodada de *Delphi*.**

Dimensão	Subdimensão	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Intervalo Interquartil (P25- P75)	Amplitude (Mín- Máx)
<b>Gestão Municipal/ Estadual</b>	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	3,18	1,51	47%	2,50 - 4,00	1,50 – 5,00
	B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	3,30	1,53	46%	2,71 - 3,86	1,57 – 5,00
	C – Gestão do Trabalho	2,41	1,50	62%	1,00 - 4,00	1,00 - 5,00
<b>Gerência do CEO</b>	E – Apoio Institucional	3,09	1,73	0,56%	2,0 – 4,50	1,00 - 5,00
	F – Educação Permanente	3,18	1,68	53%	2,50 – 4,50	1,00 - 5,00
	G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	4,00	1,41	35%	4,00 – 5,00	1,00 - 5,00
<b>Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	J – Perfil da Equipe	3,41	1,60	47%	2,50 – 4,50	1,00 - 5,00
	K – Organização do Processo de Trabalho	3,38	1,67	49%	3,00 – 4,00	1,00 - 5,00
	L – Atenção Integral à Saúde Bucal	3,82	1,56	41%	3,00 – 4,67	2,33 – 5,00
	M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4,35	1,17	27%	4,00 – 5,00	1,00 - 5,00

Fonte: A autora, 2019.

No Gráfico 3 podem ser observados os Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, na segunda rodada, em função da Subdimensão da matriz julgada.

**Gráfico 3 - Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, na segunda rodada, em função da Subdimensão da matriz julgada (n=17).**

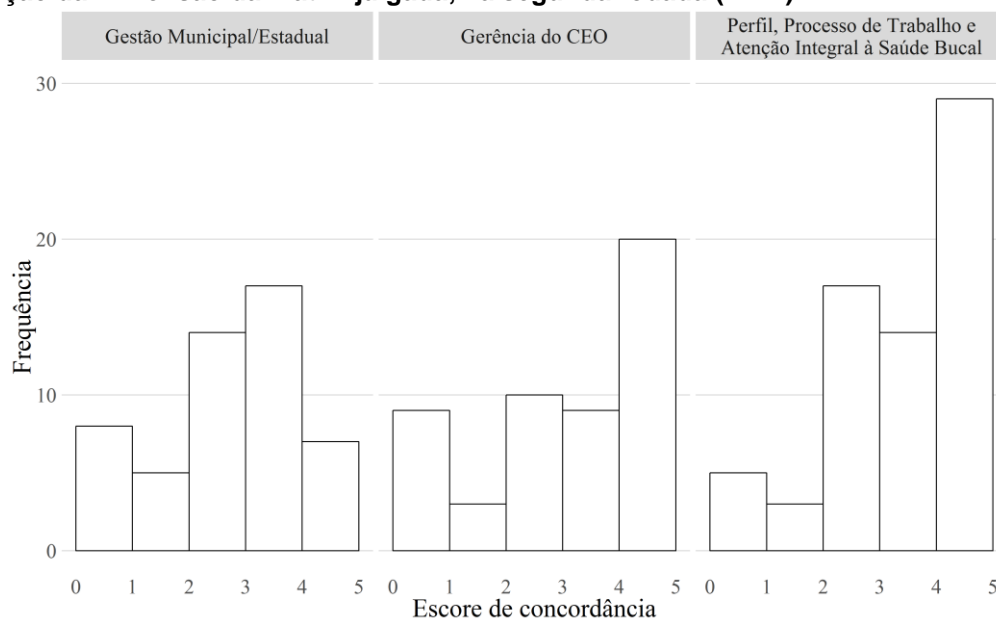


Fonte: A autora, 2019.

Legenda: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal; M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Já, no Gráfico 4, foram apresentados os histogramas dos escores de concordância, em função da Dimensão da matriz julgada na segunda rodada. Observou-se uma variação maior entre as respostas, em relação ao que ocorreu na primeira rodada.

**Gráfico 4 - Histogramas dos escores de concordância, atribuídos pelos especialistas, em função da Dimensão da matriz julgada, na segunda rodada (n=17).**



Fonte: A autora, 2019.

Legenda: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal; M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Na Tabela 10, podem ser observadas a Média dos IVC de itens concordantes, a Média dos IVC de todos os itens e, a Proporção de itens concordantes (número de itens com IVC  $\geq$  78%/total de itens), para as Subdimensões, na segunda rodada de Delphi. Somente a Subdimensão L – Atenção Integral à Saúde Bucal não obteve um valor igual a zero. Isso indica que para as outras Subdimensões não houve itens considerados concordantes (IVC  $\geq$  78% das respostas 4 ou 5). Quanto à Média dos IVC de todos os itens, os valores variaram de 35,3% (C – Gestão do Trabalho) a 76,5% (G – Gestão do Monitoramento e Avaliação e M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário).

Ainda na Tabela 10, foi possível verificar os IVC gerais de cada Dimensão. Observa-se que a Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal foi a única a obter um valor acima de zero. Para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes, os percentuais foram de 82,4% e 12,5%, respectivamente.

**Tabela 10 - Média dos IVC de itens concordantes, Média dos IVC de todos os itens e a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e para cada Dimensão da matriz construída, após a segunda rodada de Delphi.**

Dimensão	Subdimensão	<sup>1</sup> Média dos IVC de itens concordantes	<sup>2</sup> Média dos IVC de todos os itens	<sup>3</sup> Proporção de itens concordantes
<b>Gestão Municipal/ Estadual</b>	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	0,0%	38,2%	0,0%
	B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	0,0%	48,7%	0,0%
	C – Gestão do Trabalho	0,0%	35,3%	0,0%
	<b>Geral</b>	0,0%	45,3%	0,0%
<b>Gerência do CEO</b>	E – Apoio Institucional	0,0%	47,1%	0,0%
	F – Educação Permanente	0,0%	52,9%	0,0%
	G – Gestão do Monitoramento e Avaliação – M&A	0,0%	76,5%	0,0%
	<b>Geral</b>	0,0%	55,3%	0,0%
<b>Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	J – Perfil da Equipe	0,0%	58,8%	0,0%
	K – Organização do Processo de Trabalho	0,0%	50,0%	0,0%
	L – Atenção Integral à Saúde Buca	82,4%	66,7%	33,3%
	M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	0,0%	76,5%	0,0%
	<b>Geral</b>	82,4%	61,8%	12,5%

Fonte: A autora, 2019.

Nota: <sup>1</sup>Média dos itens concordantes: Média dos IVC dos itens concordantes (considerando apenas aqueles com IVC  $\geq 78\%$ ); <sup>2</sup>Média de todos os IVC dos itens da Subdimensão; <sup>3</sup>Número de itens com IVC  $\geq 78\%$ /total de itens).

Considerando-se o instrumento como um todo e todos os especialistas que participaram da segunda rodada, a Média das proporções de itens concordantes foi igual a 4,4%; a Média dos IVC dos itens concordantes foi igual a 82,4%; e, a Média dos IVC de todos os itens foi igual a 53,2%.

### 6.2.3 Resultados Gerais da Técnica de Delphi

Dos 131 itens da matriz construída, que alcançaram consenso ao final das rodadas de Delphi, dois foram excluídos da matriz validada, por corresponderem aos itens 1.9 - NPAE e 4.8 – NPAE. Ou seja, o consenso dos mesmos significou que os respondentes concordaram que não havia nenhum padrão de qualidade da AE concordante com os padrões 1.9 e 4.8 da AMAQ-CEO. Deste modo, a matriz

validada de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo compreendeu 129 itens, que podem ser verificados no APÊNDICE G. Pode-se dizer que 84,3% dos 153 itens da matriz construída foi validada para a concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo. Também foi construído um Quadro, que pode ser visualizado no APÊNDICE H, constituído pelos 22 itens que não alcançaram o consenso, para a concordância entre a AMAQ-CEO e a AE.

Dentre os padrões de qualidade da AE, inseridos na matriz construída, 28 alcançaram o consenso para a concordância com mais de um padrão da AMAQ-CEO, ocasionando a repetição dos mesmos na matriz validada. As frequências destes padrões podem ser observadas na Tabela a seguir.

**Tabela 11 – Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa que se repetiram na Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

*(continua)*

Temática	Codificação do padrão de qualidade da da Avaliação Externa	Frequências	
		N	%
Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	II.18.1	2	18,18
	II.18.2	4	36,36
	II.18.3	2	18,18
	II.18.4	3	27,27
Planejamento e reunião da equipe do CEO	I.19.3	4	28,58
	II.19.4/1	2	14,28
	II.19.6	2	14,28
	II.19.7	2	14,28
	II.19.8	4	28,58
O CEO na Rede de Atenção à Saúde	II.10.4/1	4	40,00
	II.10.5/1	2	20,00
	II.10.6/1	2	20,00
	II.10.8	2	20,00
Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	II.6.4/1	2	20,00
	II.6.5/1	3	30,00
	II.6.6	2	20,00
	II.6.8	3	30,00
Insumos Odontológicos	I.13.25	2	100,00
Identificação do tipo e profissionais do CEO	I.3.5	2	100,00
Infraestrutura do CEO	I.9.3	2	100,00
Equipamentos e periféricos	I.12.1	2	100,00



**Tabela 11 – Frequência dos padrões de qualidade da Avaliação Externa que se repetiram na Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

Temática	Codificação do padrão de qualidade da Avaliação Externa	<i>(conclusão)</i> Frequências	
		N	%
Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	II.12.1	2	50,00
	II.12.3	2	50,00
Atenção ao câncer de boca	II.13.1/1	3	100,00
Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário	II.16.2	2	33,33
	II.16.3	2	33,33
	II.16.4	2	33,33
Insumos, instrumentais e equipamentos	II.20.1	2	100,0

Fonte: A autora, 2019.

Na Tabela 12 podem ser observados os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) para os 129 itens que apresentaram concordância entre instrumentos da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa, de acordo com os especialistas, para cada Subdimensão e Dimensão, quanto à Média dos IVC dos itens concordantes e, à Proporção de itens concordantes.

As Subdimensões com maiores proporções de itens concordantes (com pelo menos 78% das respostas 4 ou 5) foram:

- a) D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (100,0%), da Dimensão Gestão Municipal/Estadual;
- b) H – Infraestrutura e Equipamentos (100,0%) e I – Insumos e Instrumentais (100,0%), ambas da Dimensão Estrutura do CEO.

Já, as Subdimensões com melhores médias de IVC para os itens concordantes foram:

- a) H – Infraestrutura e Equipamentos (100,0%) e I – Insumos e Instrumentais (100,0%), ambas da dimensão Estrutura do CEO.
- b) K – Organização do Processo de Trabalho (100,0%).

Deste modo, pode-se dizer que, tanto para a Proporção de itens concordantes, quanto para a Média dos IVC dos itens concordantes, as Subdimensões que apresentaram coincidência para os melhores resultados foram: H – Infraestrutura e Equipamentos e I – Insumos e Instrumentais, ambas da Dimensão Estrutura do CEO.

Por outro lado, as Subdimensões com menores proporções de IVC foram:

- a) B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal, da Dimensão Gestão Municipal/Estadual, com 78,8% dos itens concordantes;
- b) E - Apoio Institucional, da Dimensão Gerência do CEO, com 66,7% dos itens;
- c) e, J - Perfil da Equipe, da Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, com 50,0% dos itens concordantes.

Já, as Subdimensões com piores resultados para a Média dos IVC dos itens concordantes foram:

- a) D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (86,7%) da dimensão Gestão Municipal/Estadual;
- b) E – Apoio Institucional (87,5%) e F - Educação Permanente (88,1%), ambas da Dimensão Gerência do CEO.

Portanto, dentre as Subdimensões com piores resultados, a única coincidente para a Proporção de itens concordantes e para a Média dos IVC dos itens concordantes, foi a E – Apoio Institucional, da Dimensão Gerência do CEO.

Ainda na Tabela 12, é possível observar que, tanto para a Média dos IVC de itens concordantes, quanto para a Proporção de itens concordantes, a Dimensão com melhor resultado foi a Estrutura do CEO (100%). Por outro lado, o pior resultado, em relação à Dimensão, para a Média dos IVC de itens concordantes, ficou com a Gerência do CEO (90,5%). Já, para a Proporção de itens concordantes, a pior Dimensão foi Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (80,5%).

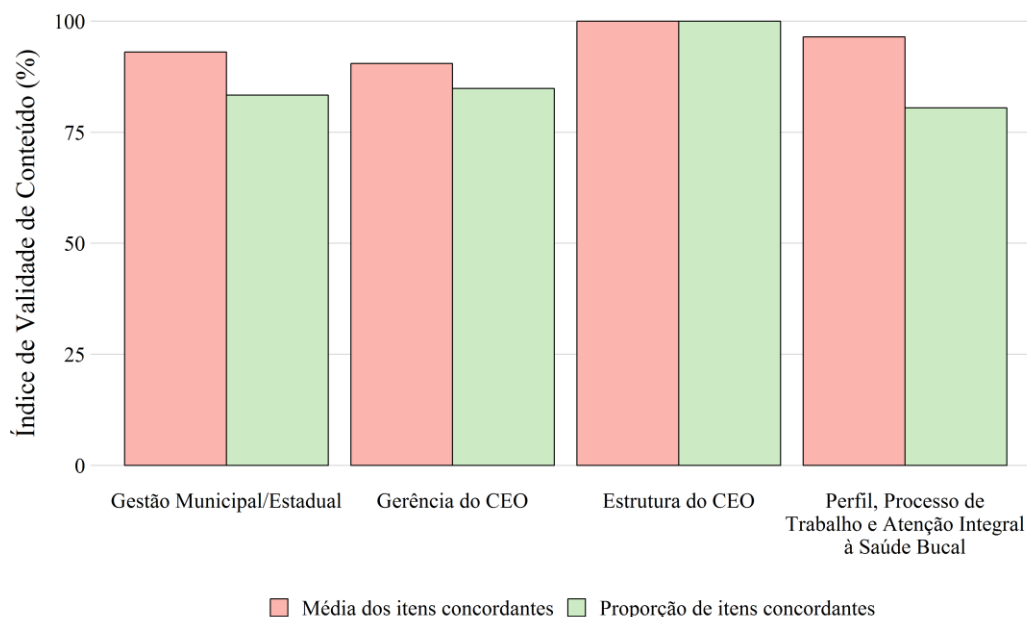
**Tabela 12 - Média dos IVC de itens concordantes e a Proporção de itens concordantes para cada uma das Subdimensões e para cada Dimensão dos 129 itens que alcançaram o consenso para a concordância entre os instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Média dos IVC de itens concordantes</b>	<b>Proporção de itens concordantes</b>
<b>Gestão Municipal/ Estadual</b>	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	92,3%	81,2%
	B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	93,6%	78,8%
	C – Gestão do Trabalho	95,5%	91,7%
	D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	86,7%	100,0%
	<b>Geral</b>	93,0%	83,3%
<b>Gerência do CEO</b>	E – Apoio Institucional	87,5%	66,7%
	F – Educação Permanente	88,1%	87,5%
	G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	95,0%	90,9%
	<b>Geral</b>	90,5%	84,8%
<b>Estrutura do CEO</b>	H – Infraestrutura e Equipamentos	100,0%	100,0%
	I – Insumos e Instrumentais	100,0%	100,0%
	<b>Geral</b>	100,0%	100,0%
<b>Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal</b>	J – Perfil da Equipe	91,7%	50,0%
	K – Organização do Processo de Trabalho	100,0%	81,8%
	L – Atenção Integral à Saúde Bucal	96,3%	85,7%
	M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	91,7%	80,0%
	<b>Geral</b>	96,5%	80,5%

Fonte: A autora, 2019.

O Gráfico 5, abaixo, apresenta também a Média dos IVC de itens concordantes e, a Proporção de itens concordantes, para cada Dimensão da matriz julgada na segunda rodada de Delphi.

**Gráfico 5. Média dos IVC de itens concordantes e Proporção de itens concordantes para cada Dimensão da matriz julgada, na segunda rodada de Delphi.**



Fonte: A autora, 2019.

Legenda: A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado; B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal; C – Gestão do Trabalho; D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário; E – Apoio Institucional; F – Educação Permanente; G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A; H – Infraestrutura e Equipamentos; I – Insumos e Instrumentais; J – Perfil da Equipe; K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal; M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Considerando-se o instrumento como um todo, a Média dos IVC dos itens considerados concordantes, pelos especialistas, foi de 94,1%. Já a Média dos índices de todos os itens foi de 89,3%. Por fim, a Média das proporções de itens concordantes foi igual a 85,0%.

Seguem, abaixo, os Quadros 14, 15, 16 e 17 que apresentam um resumo sobre a validação da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

**Quadro 14 - Resumo sobre a validação da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**

Dados de interesse	Primeira Rodada de Delphi	Segunda Rodada de Delphi	Resultado Final da Técnica Delphi
Número de experts convidados	7	25 (7 Macrorregionais e 18 Estaduais)	Primeira Rodada (n=7); Segunda Rodada (n=25)
Número de participantes	6 (85,7%)	6 Macrorregionais e 11 Estaduais (68,0%)	Primeira Rodada (n=6); Segunda Rodada (n=17)
Perda referente ao número possível de <i>experts</i> na técnica Delphi	1	7	8
Quantitativo de itens, possivelmente concordantes, presentes na matriz em julgamento	153	23	Primeira Rodada (153 itens); Segunda Rodada (23 itens)
Frequência absoluta e relativa de itens que alcançaram consenso (pelo menos 78% de respostas iguais a 4 ou 5 na Escala Likert) para a concordância entre a AMAQ-CEO e a AE	130 (85,0%)	1 (4,3%)	131 (85,6%) do quantitativo total de itens presentes na matriz construída
Quantitativo de itens que foram inseridos na matriz validada de concordância entre a AMAQ-CEO e a AE	129, porque o item 1.9 - NPAE alcançou consenso, significando que os respondentes concordaram que nenhum padrão de qualidade da AE concordava com o padrão 1.9 da AMAQ-CEO. Logo, o mesmo não foi inserido na Matriz de concordância validada.	0 (zero), porque o único item que alcançou o consenso foi o 4.8 – NPAE: os respondentes concluíram que nenhum padrão de qualidade da AE concordava com o padrão 4.8 da AMAQ-CEO. Deste modo, nenhum item, julgado nesta rodada, foi inserido na matriz de concordância validada.	129
Média das proporções de itens concordantes	85,0%	4,4%	85,0%
Média dos IVC de todos os itens	89,3%	53,2%	89,3%
Média dos IVC de itens concordantes	94,0%	82,4%	94,1%

Fonte: A autora, 2019.

No Quadro 15, tem-se o melhor e o pior resultados para as Dimensões da Matriz Validada de Concordância, quanto à Média dos IVC de itens concordantes e a Proporção de itens concordantes.

**Quadro 15 – Dimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, com o melhor e o pior resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes.**

Formas de análise dos IVC	Dimensão da Matriz Validada de concordância entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo	
	Melhor resultado	Pior resultado
<b>Média dos IVC de itens concordantes</b>	Estrutura do CEO (100,0%)	Gerência do CEO (90,5%)
<b>Proporção de itens concordantes</b>	Estrutura do CEO (100,0%)	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (80,5%)

Fonte: A autora, 2019.

Pode-se observar, no Quadro 16, as Subdimensões da Matriz validada de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, que se destacaram no estudo, por apresentarem os cinco melhores resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes, em ordem decrescente.

**Quadro 16 – Subdimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, que apresentaram os cinco melhores resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes**

Formas de análise dos IVC	Subdimensões da matriz validada que apresentaram os cinco melhores resultados	Índice
<b>Média dos IVC de itens concordantes</b>	H - Infraestrutura e Equipamentos	100,0%
	I - Insumos e Instrumentais	100,0%
	K - Organização do Processo de Trabalho	100,0%
	L - Atenção Integral à Saúde Bucal	96,3%
	C - Gestão do Trabalho	95,5%
<b>Proporção de itens concordantes</b>	H - Infraestrutura e Equipamentos	100,0%
	I - Insumos e Instrumentais	100,0%
	D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	100,0%
	C - Gestão do Trabalho	91,7%
	G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	90,9%

Fonte: A autora, 2019.

No Quadro 17, pode-se observar as Subdimensões da Matriz Validada, com os piores resultados de concordância entre os instrumentos avaliativos estudados, com relação à Média dos IVC de itens concordantes e a Proporção de itens concordantes.

**Quadro 17 – Subdimensões da Matriz Validada de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, com os piores resultados para a Média dos IVC de itens concordantes e para a Proporção de itens concordantes.**

<b>Formas de análise dos IVC</b>	<b>Subdimensão da Matriz Validada de concordância entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, com pior resultado para o IVC</b>
<b>Média dos IVC de itens concordantes</b>	D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (86,7%)
<b>Proporção de itens concordantes</b>	J – Perfil da Equipe (50,0%)

Fonte: A autora, 2019.

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo sobre instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO possibilitou a construção e validação de uma Matriz de Concordância entre padrões de qualidade dos formulários I e II da Avaliação Externa e do questionário da ferramenta AMAQ-CEO, do primeiro ciclo do Programa, permitindo apontar a concordância entre os instrumentos citados, que foi menor apenas para as Subdimensões Apoio Institucional e Perfil da Equipe, no que diz respeito à Proporção de itens concordantes. Contribuiu, portanto, para a comprovação científica da citação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e), que os padrões de qualidade, presentes nos instrumentos da Avaliação Externa do referido programa, guardavam similaridade com os da Autoavaliação.

Estudar instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO primeiro ciclo mostrou-se relevante, quando se compreende que tal programa, para alcançar os seus objetivos finalísticos (de induzir a mudanças tanto no modelo de atenção, quanto de gestão; impactar na situação de saúde da população; promover o desenvolvimento dos trabalhadores; e, orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários), parte da valoração dos padrões de qualidade, que ofertam os significados e conteúdos específicos, para indicar diretrizes relacionadas às ações e resultados esperados, para cada questão abordada (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Pode-se dizer que este estudo consistiu também em um grande desafio, visto que ainda é escassa a produção científica relacionada ao PMAQ-CEO, principalmente a direcionada aos seus instrumentos avaliativos, o que dificultou a discussão dos resultados encontrados, com os de outros autores. Também exigiu leituras aprofundadas sobre construtos do campo das Ciências Sociais, para se tomar a decisão sobre qual deles trazia o significado do que se pretendia estudar, que era a correspondência por equivalência (definida como concordância) entre instrumentos avaliativos.

Para a validação de conteúdo da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo foi utilizada a Técnica de consenso de Delphi, tendo sido necessárias apenas duas rodadas, corroborando com a citação de Scarparo *et al.* (2012) que, de modo geral, em um estudo Delphi, duas a três rodadas de opiniões são suficientes para se alcançar o consenso.



Comparando-se o quantitativo de *experts* convidados, para a técnica de consenso, e os que participaram, houve um total de oito perdas, sendo uma (14,3%) delas na primeira rodada e, mais sete (38,9%) na segunda. Conforme Wright e Giovinazzo (2000), o índice de abstenção pode variar de 30% a 50% dos especialistas na primeira rodada e de 20% a 30% na segunda. Uma justificativa para os resultados distintos, encontrados neste estudo, pode estar na utilização do meio eletrônico e, no quantitativo diferente de convidados, para cada rodada de Delphi.

Alguns itens da matriz de concordância construída, que não alcançaram consenso na primeira rodada de Delphi, passaram por novo julgamento na rodada seguinte, por um quantitativo maior de *experts*, obtendo o mesmo resultado anterior (não consenso), com exceção de um item, reforçando a opinião de Oliveira (2016), de que a participação, na segunda rodada da técnica de consenso, de colaboradores que não participaram da primeira, pode realçar opiniões.

Porém, de acordo com Kuwabara, Évora e Oliveira (2010), no que diz respeito às técnicas de consenso, elas possibilitam que as informações sejam sistematizadas; além de oferecerem a potencialidade do julgamento coletivo. Contudo, não apresentam uma verdade absoluta em relação à temática. Revorêdo *at al.* (2015) observaram um aumento no interesse dos pesquisadores em saúde, pela Técnica de Delphi, o que pode indicar aceitação e reconhecimento dessa abordagem metodológica.

O estudo de instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO primeiro ciclo permitiu verificar que os 62 padrões de qualidade da AMAQ-CEO abordavam as diferentes temáticas sobre os CEO, de forma mais ampla, enquanto que os 356 padrões da Avaliação Externa, estudados, apresentavam um nível de detalhamento considerável, justificando o fato de alguns padrões de qualidade da Avaliação Externa terem se repetido na Matriz de Concordância entre a Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.

Os resultados revelaram também que, considerando-se a Matriz validada de concordância como um todo, para as três formas distintas de análise do Índice de Validade de Contéudo (IVC): Média das proporções de itens concordantes (85,0%), Média dos IVC dos itens considerados concordantes (94,1%) e Média dos IVC de todos os itens (89,3%), os percentuais ultrapassaram os 78%, sugerindo uma boa concordância entre os padrões de qualidade da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa.

A Dimensão que apresentou melhor índice (100,0%) para a concordância, em relação à Proporção de itens concordantes e, para a Média dos IVC de itens concordantes foi a Estrutura do CEO. Isso significa que foi observada maior concordância, entre os padrões de qualidade da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa, para essa Dimensão. Tal informação é relevante, visto que investigar a estrutura possibilita averiguar a disponibilidade de recursos, atributos materiais e organizacionais para a execução dos serviços (EMMI *et al.*, 2016).

E, embora estruturas adequadas contribuam para a oferta de serviços com qualidade, favorecendo o desenvolvimento dos processos de cuidado (EMMI *et al.*, 2016), não necessariamente elas garantem um bom processo de trabalho ou resultado (VUORI, 1991). Por outro lado, a deficiência estrutural interfere negativamente no processo de trabalho, restringindo a qualidade dos mesmos e provocando a interrupção do acesso aos serviços odontológicos (EMMI *et al.*, 2016). Estudo de Figueiredo (2008) apontou que características estruturais dos CEO podem influenciar os resultados do Cumprimento de Metas da Atenção Secundária em Saúde Bucal.

E, considerando que a Dimensão Estrutura do CEO abrange as subdimensões H – Infraestrutura e Equipamentos e, I – Insumos e Instrumentais, cabe uma reflexão acerca da possibilidade de influência, de um rol de padrões previstos (tanto pelo Ministério da Saúde, como pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA), para a estruturação dos serviços de saúde, sobre a concordância entre padrões dos instrumentos estudados, visto que isso tornaria mais viável a correspondência por equivalência. Sugere-se a realização de mais estudos neste sentido.

O pior resultado da Matriz validada, para a Dimensão, considerando-se a Média dos IVC de itens concordantes, ficou com a Gerência do CEO (90,5%). Já, para a Proporção de itens concordantes a pior Dimensão foi Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (80,5%). Porém, como foi possível verificar, apesar de terem sido os menores percentuais (90,5% e 80,5% respectivamente) obtidos para a Dimensão em questão, representaram bons resultados para a validação da concordância entre a AMAQ-CEO e a Avaliação Externa.

No que diz respeito à Gerência do CEO, deve-se ressaltar que, desde a implantação do SUS, as mudanças nas concepções organizacionais e gerenciais,

exigiram significativas modificações no perfil do gerente do serviço de saúde. O mesmo passou a ser um ator essencial na condução dos processos de trabalho em equipe, necessitando incorporar novos conhecimentos, atitudes e habilidades (PENNA *et al.*, 2004). Segundo Lucena (2016), os CEO, com gerente há mais de dois anos e com formação complementar na área de gestão pública ou de saúde coletiva, tendem a realizar atividades de planejamento. E, conforme Machado, Silva e Ferreira (2015), as formas de organização e o gerenciamento dos processos de trabalho influenciam o desempenho dos CEO.

Quanto à Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, o seu resultado de 80,5% para a Proporção de itens concordantes, provavelmente foi influenciado pela Subdimensão J – Perfil da Equipe, que apresentou um índice igual a 50% (sugerindo pouca concordância entre os padrões de qualidade dos instrumentos estudados).

O Perfil diz respeito às características pessoais, formação e qualificação da equipe, que desenvolve o processo de trabalho e estabelece as relações com profissionais da atenção primária e da terciária, com gestores e os usuários (BRASIL, 2013e). Frichembruder, Hugo e Hilgert (2017) referiram que o reconhecimento do perfil dos profissionais, da sua visão sobre o espaço e as relações de trabalho, pode auxiliar na compreensão da constituição e da dinâmica do serviço, favorecendo o entendimento do desempenho da organização.

Em relação ao Processo de Trabalho é essencial que os profissionais do CEO estabeleçam formas integradas de trabalho com equipes dos demais pontos da rede de atenção à saúde, buscando garantir a integralidade do cuidado. E, embora, cada profissional, do centro especializado em saúde bucal, apresente características peculiares, conforme a especialidade, todos eles devem se reunir para discutir a organização do que compete à equipe do CEO, incluindo o planejamento das ações, a avaliação do trabalho, além dos encaminhamentos das demandas e decisões (SANTIAGO *et al.*, 2016).

No que concerne à Atenção Integral à Saúde Bucal, Cortellazzi *et al.* (2014) reiteram que o processo de trabalho dos CEO necessita se estruturar, visando a ampliação do acesso e a atuação de forma integral, principalmente, em relação ao sistema de referência e contrarreferência com os outros pontos da rede. Vale ainda destacar que para se alcançar a integralidade é preciso criar redes macro e

microinstitucionais, mediante processos dinâmicos, voltados ao fluxo de assistência ao usuário e, baseados em seu campo de necessidades (LORENA *et al.*, 2015).

Considerando as Subdimensões da Matriz Validada, os cinco melhores resultados para a concordância entre os instrumentos estudados, quanto à Média dos IVC de itens concordantes ficaram com: H - Infraestrutura e Equipamentos (100,0%), I - Insumos e Instrumentais (100,0%), K - Organização do Processo de Trabalho (100,0%), L - Atenção Integral à Saúde Bucal (96,3%) e C - Gestão do Trabalho (95,5%). Já, para a Proporção de itens concordantes, as duas melhores Subdimensões também foram a H - Infraestrutura e Equipamentos (100,0%) e I - Insumos e Instrumentais (100,0%), seguidas respectivamente da D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (100,0%), da C - Gestão do Trabalho (91,7%) e da G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A (90,9%). Tais resultados foram bem expressivos, indicando uma concordância significativa entre os padrões de qualidade dos instrumentos estudados, relacionados às Subdimensões citadas, como se equivalessem a um 'espelho'. Isso pode suscitar a possibilidade dos padrões da AMAQ-CEO, cuja concordância foi validada para essas Subdimensões, poderem ser utilizados para o monitoramento das mesmas.

Quanto à Subdimensão H (Infraestrutura e Equipamentos), uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e dos materiais de consumo suficientes para atender a demanda existente são essenciais para o desenvolvimento do acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a resolutividade do serviço (BRASIL, 2013e). Mas, ainda é preciso avançar na melhoria da infraestrutura e na redução de desigualdades regionais entre os CEO, para que se possa oferecer uma atenção especializada em saúde bucal adequada às necessidades da população, por meio de um sistema público universal e de qualidade (EMMI *et al.*, 2016).

Em relação à Subdimensão I (Insumos e Instrumentais), a AMAQ-CEO, por meio de quatro padrões de qualidade, questionou a disponibilidade, quantidade e qualidade de insumos, instrumentais, materiais impressos; a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e, dos mecanismos de monitoramento e controle do estoque de insumos e instrumentais. Já, a Avaliação Externa apresentou questionamentos, para essa Subdimensão, no formato de tópicos, que, por sua vez, compreendiam um conjunto de padrões de qualidade relacionados a uma mesma temática, como Equipamentos de Tecnologia da Informação no CEO; Equipamentos

e Periféricos; Insumos Odontológicos; Instrumentais Odontológicos; e, Material Impresso para a atenção à saúde bucal.

Já, a Subdimensão K (Organização do Processo de Trabalho) diz respeito à organização do serviço e à estruturação dos processos de trabalho da equipe, de modo que se consiga realizar o cuidado, avançando na integralidade da atenção, na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho (BRASIL, 2013e). Deste modo, os profissionais da equipe do CEO precisam participar da avaliação, planejamento, organização e monitoramento das ações, de modo que, a partir da reflexão crítica e contínua sobre a prática, sejam sujeitos na transformação do próprio trabalho (SILVA *et al.*, 2016).

No que diz respeito à subdimensão L (Atenção Integral à Saúde Bucal), a equipe do CEO deve atuar de forma articulada com os outros pontos da rede de serviços de saúde bucal, realizando o matriciamento das equipes de saúde bucal da atenção básica, sendo responsável pela integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2013e).

“O apoio matricial é uma ferramenta essencial na produção do cuidado” (LUCENA *et al.*, 2016, p. 219), que visa assegurar retaguarda especializada junto às equipes de referência, oferecendo suporte no aspecto assistencial e técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Porém, ainda precisa ser fortalecido para a criação de uma rede integrada, que possibilite a conexão entre os diferentes níveis de atenção (JORGE *et al.*, 2012), estimulando o compromisso das equipes com a produção de saúde, a partir de reuniões temáticas, da troca de conhecimentos e do compartilhamento de experiências, da reorganização do trabalho em saúde e, da corresponsabilização dos casos clínicos de pacientes (SANTOS; LACAZ, 2012).

E, considerando que os CEO oferecem atendimentos em pelo menos cinco especialidades, algumas delas apresentam demandas distintas, exigindo arranjos também diferentes para o seu enfrentamento, podendo requerer o apoio matricial para a equipe do CEO, para a equipe da Atenção Básica, ou ainda, um trabalho conjunto entre ambas (SILVA *et al.*, 2016).

Deve-se destacar que, nos estratos que refletem as melhores condições de vida da população brasileira, observa-se uma melhor organização dos sistemas de saúde, no que se refere à diversidade do apoio e suporte às equipes de saúde de família, por meio do apoio matricial (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014).

Por sua vez, a Subdimensão C (Gestão do trabalho), relaciona-se às estratégias desenvolvidas pela gestão, para a qualificação do vínculo de trabalho no CEO; implantação/implementação do programa de incentivo de remuneração aos profissionais; da institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários; além da oferta de atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2013e). A ausência de proteção social do trabalho, ocasionando perdas de direitos assegurados constitucionalmente, tais como baixos salários e excesso de jornada de trabalho caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas (ARAÚJO *et al.*, 2006), podendo provocar estresse e menor qualidade dos serviços prestados à população (COSTA *et al.*, 2013). E, a partir do momento em que o PMAQ aborda o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, ele contribui para uma análise da valorização do trabalhador (BEZERRA; MEDEIROS, 2018).

A AMAQ-CEO abordou, de uma forma mais geral, questões associadas à Gestão do Trabalho, como vínculo regular de trabalho; programa de incentivo financeiro para trabalhadores; plano de cargos, carreiras e salários. Já, a Avaliação Externa questionou, de modo mais detalhado, o agente contratante, o tipo de vínculo e o mecanismo de ingresso dos profissionais do CEO; a existência de plano de carreira, a progressão por antiguidade, mérito e por titulação/formação; adicional de insalubridade e, incentivo financeiro por desempenho.

Quanto à Dimensão D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, deve-se considerar que, para a melhoria das condições de saúde e de vida da população, além da efetivação dos princípios da integralidade, é preciso garantir aos cidadãos tanto o acesso a informações, como a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, como um direito à saúde e exercício da cidadania (BRASIL, 2013e).

Deste modo, é importante que as equipes de saúde bucal dos CEO se inteirem dos movimentos de controle social, participando das reuniões das Comissões Locais, dos Conselhos de Saúde, das Conferências, das Câmaras de Vereadores, do Ministério Público e de outros espaços, de modo a inserir tais centros especializados como pontos de atenção de uma rede, capaz de ofertar serviços em sintonia com os movimentos sociais (SANTIAGO *et al.*, 2016).

Cabe destacar que os padrões de qualidade, de cada dimensão do PMAQ, tratam mais especificamente de um determinado tema, mas, de um modo geral, respeitam as diretrizes constitucionais para o SUS e, são coerentes com as

definições do controle social, incorporando na política a perspectiva de atores sociais que não estão diretamente envolvidos com a gestão, especialmente dos usuários, elevando a escuta dos mesmos à condição de elemento legítimo capaz de contribuir para a definição dos rumos a serem dados aos serviços e práticas de saúde (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

No que diz respeito à Dimensão G (Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A), deve-se compreender que monitorar consiste em realizar análises longitudinais, buscando produzir informações e formular hipóteses, que revelem se o curso ou evolução das ações desenvolvidas apontam para o alcance de metas e objetivos, mediante o acompanhamento contínuo de observações, pareceres, coleta de dados, medições, indicadores, tabulações e compilações (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018). Por sua vez, a avaliação determina valores e méritos de programas e políticas, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento e, indo além de um julgamento, de modo a considerar tanto os interesses dos sujeitos sociais envolvidos, como o objeto avaliado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

Pode-se, então, afirmar que o monitoramento e avaliação se complementam. E, as suas práticas se constituem como um instrumento poderoso de democratização da informação sobre objetivos e metas alcançadas, contribuindo também para o empoderamento e a mobilização social (CARVALHO *et al.*, 2012).

Deve-se ressaltar que a avaliação é algo pertinente ao processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, sendo capaz de fomentar a reflexão sobre as suas práticas, de modo a estimular o aprimoramento das mesmas. Entretanto, a precariedade dos recursos humanos dos municípios, a alta rotatividade de profissionais, o baixo quantitativo de apoio técnico especializado e a sobrecarga de trabalho são desafios a serem superados, que interferem negativamente no processo avaliativo (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Estudos de Figueiredo (2008) e Gonçalves *et al.* (2018), sobre o desempenho dos CEO, identificou que estes serviços sofrem influência das características contextuais da região onde estão localizados. Por tal razão, Gonçalves *et al.* (2018) sugerem que se repense os métodos de avaliação, a fim de que os instrumentos ponderem a singularidade de cada região.

E, conforme Cruz *et al.* (2014), as equipes de saúde continuam adotando as ferramentas avaliativas como algo a ser cumprido, sem necessariamente, utilizá-las

para orientar a mudança necessária. Cabe, portanto, aos gestores, investirem na formação e capacitação dos profissionais (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015; FERLA, 2016), corroborando para a produção de aprendizagens e, para a configuração de movimentos e de diálogos, que possibilitem gerar novos padrões de cultura (FERLA, 2016).

Neste sentido, o PMAQ trouxe, no seu escopo, um conjunto de esforços direcionados aos processos avaliativos mais participativos (TEIXEIRA *et al.* 2014), com o potencial de induzir à reformulação nos processos de trabalho, a partir do uso das informações, sendo ainda capaz de provocar diálogos sobre a avaliação: modelos, teorias, métodos, práticas, interesses, pontos de vista e relações com as políticas (FERLA, 2016).

Portanto, pode-se dizer que o PMAQ “é mais do que uma iniciativa governamental que produz ações de monitoramento e avaliação vinculadas a um conjunto de necessidades de diferentes atores” (FERLA, 2016, p.8). Sobrinho *et al.* (2014) sugerem, porém, maior ênfase em indicadores de processo e resultado, nos futuros ciclos avaliativos do PMAQ.

Continuando a discussão deste estudo, dentre as Subdimensões com piores resultados, para a concordância entre a AMAQ-CEO e a Avaliação Externa, a única coincidente tanto para a Proporção de itens concordantes (66,7%) como para a Média dos IVC dos itens concordantes (87,5%), foi a E – Apoio Institucional, da Dimensão Gerência do CEO. Isso significa que, pelas duas formas de análise do IVC, houve menos padrões de qualidade com a concordância validada, entre a AMAQ-CEO e a Avaliação Externa, para essa Subdimensão. Com relação à Proporção de itens concordantes, tal resultado sugere que a AMAQ-CEO, no que tange ao Apoio Institucional apresenta alguns padrões de qualidade concordantes com os da Avaliação Externa, mas não os representa completamente.

O apoio institucional está diretamente relacionado à aplicação metodológica do método Paidéia (CASTRO; CAMPOS, 2014), implicando no modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes e, lidando com problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano, com o intuito de alcançar situações produtivas (BRASIL, 2013e).

Deste modo, de acordo com Paulon, Pasche e Righi (2014) o que mais claramente delimita a sua definição é a cogestão. Neste sentido, busca alterar os modelos de gestão verticalizados e autoritários, contribuindo para a ampliação da



democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (MELO, 2015). Assim, o Apoio Institucional propicia o suporte para que as equipes da atenção à saúde e da gestão construam pactos e ações, disparem movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão e qualificação do processo de trabalho, além do monitoramento de resultados, buscando superar modos de ação fragmentados (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Todavia, ainda há uma visão distorcida quanto ao apoiador institucional. Alguns gestores consideram que ele está relacionado especificamente a um programa governamental, como o PMAQ, o que é preocupante, visto que esse entendimento é reducionista, podendo fazer com que tal ferramenta de gestão perca a sua potência, se instituindo de forma acrítica e, contribuindo para a estagnação institucional (MELO *et al.*, 2017b). De acordo Machado *et al.* (2018), o Apoio Institucional ainda é visto, pela gestão, como uma atividade restrita à supervisão. Além disso, as equipes creditam ao apoiador institucional a responsabilidade pelas questões gerenciais e administrativas da unidade e, não pela melhoria do processo de trabalho.

Retornando à Matriz de concordância validada, e, considerando apenas a Proporção de itens concordantes, a Subdimensão com pior concordância entre a AMAQ-CEO e a Avaliação Externa foi a J (Perfil da Equipe), com um IVC igual a 50%. Isso indica que nem todos os padrões de qualidade dos instrumentos dessas duas tipologias de avaliação são concordantes. Sugere-se estudos mais aprofundados acerca dos padrões de qualidade da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa para essa Subdimensão, no sentido de apontar ou não a necessidade de reformulação dos padrões de qualidade específicos, buscando uma melhor concordância entre eles.

Vale ressaltar que o sucesso da implementação de qualquer proposta no âmbito da saúde depende, especialmente, do perfil dos profissionais em saúde (COTTA *et al.*, 2006), pois o mesmo tem relação com as formas de atuação, habilidades, iniciativa e competências, principalmente no que diz respeito ao planejamento das ações e aos programas a serem desenvolvidos (LIMA *et al.*, 2016).

Deve-se enfatizar, ainda, que o conhecimento do perfil dos profissionais pode contribuir para a construção de ações formativas e educativas na área da saúde (ZANETTI *et al.*, 2010), assim como subsidiar programas de readequação dos

processos de trabalho, buscando melhorar a qualidade do atendimento da população e a efetivação das políticas públicas de saúde (LIMA *et al.*, 2016). Assim, Seidi *et al.* (2014) sugerem que o PMAQ possibilite uma caracterização mais completa do perfil dos profissionais, incluindo outras variáveis tais como idade, sexo e tempo de formação dos profissionais.

## **8 PUBLICIZAÇÕES DOS RESULTADOS**

Os resultados deste estudo serão publicizados mediante apresentações em Congressos e por meio da publicação de artigos científicos. Porém, como Projeto de Intervenção, pretendeu-se contribuir para a institucionalização da avaliação da atenção especializada em saúde bucal, por meio da apresentação desta Dissertação, durante o Seminário de Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Pernambuco. O Relatório Técnico encontra-se no APÊNDICE J desta Dissertação.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nos resultados obtidos, a partir deste estudo, conclui-se que a Matriz Validada de Concordância entre Instrumentos da Autoavaliação (AMAQ-CEO) e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo apresentou padrões psicométricos de validade de conteúdo satisfatórios, permitindo considerar que existe concordância entre os padrões de qualidade da ferramenta AMAQ-CEO e da Avaliação Externa, para este ciclo avaliativo. Vale ressaltar que apenas, para a análise do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por meio da Proporção dos itens concordantes, duas Subdimensões apresentaram resultados de concordância menos satisfatórios: E – Apoio Institucional (66,7%) e J – Perfil da Equipe (50,0%).

Deste modo, os processos autoavaliativos, utilizando a AMAQ-CEO, têm mais esse subsídio para se consolidarem, enquanto prática avaliativa nos CEO, buscando melhorar a qualificação, a eficiência e a efetividade destes serviços. E, poder-se-á sugerir, que a Avaliação Externa, devido ao seu elevado custo e complexidade operacional, possa ocorrer, de maneira complementar, num período de tempo maior que os dois anos preconizados pelo Ministério da Saúde para cada ciclo avaliativo, sem prejuízo à utilidade da avaliação e, otimizando recursos.

O PMAQ-CEO, como uma das iniciativas governamentais para a institucionalização da cultura avaliativa no SUS, é inovador e de extrema relevância. Provocou reflexões sobre as práticas, induzindo a transformações na gestão, nos serviços, e nos atores sociais; possibilitou obter uma multiplicidade de informações, fornecendo subsídios para as tomadas decisões; definiu incentivos financeiros e, permitiu ampliar o conhecimento sobre a avaliação em saúde, buscando fortalecer cada vez mais a atenção especializada em saúde bucal e, conseqüentemente, a Rede de Atenção à Saúde.

Entretanto, considerando-se a dinamicidade da realidade e a diversidade de cenários existentes, é essencial refletir acerca dos limites e potencialidades dos questionários/instrumentos e/ou da metodologia utilizada no PMAQ-CEO, podendo ser necessário o seu aprimoramento. Sugere-se que sejam realizados mais estudos neste sentido, almejando sempre a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, para atender a população.

Esta Dissertação, 'fruto' do Mestrado Profissional em Saúde Pública, trouxe evidências científicas relacionadas à avaliação de serviços, externando a

importância da aproximação ensino-serviço. Como Projeto de Intervenção, pretendeu-se contribuir para a institucionalização dos processos avaliativos nos CEO, divulgando os resultados do estudo, durante o Seminário de Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Estado de Pernambuco, ocorrido em 30 de abril deste ano, e direcionado aos coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais dos CEO, do referido estado, de modo a fomentar a discussão sobre os avanços e desafios da consolidação da avaliação da qualidade dos CEO.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- AKERMAN, M. *et al.* PMAQ São Paulo: avaliação, articulação em rede e resultados preliminares. *In*: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. cap.6, p.147-186.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.
- ALTMAN, B.M. Studies of attitudes toward the handicapped: The need for a new direction. **Social Problems**, Oxford, v.28, n.3, p.321–334, 1981.
- ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1978.
- ANTUNES, M.M. Técnica Delphi: metodologia para pesquisas em educação no Brasil. **Revista de Educação Pontifícia Universidade Católica - Campinas**, Campinas, v.19, n.1, p.63-71, jan./abr. 2014.
- ANVERSA, E.T.R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, abr. 2012.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2011.
- ARAÚJO, D.B.; MENEZES, L.M.B.; SOUSA, D.L. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em estado do Nordeste, Brasil. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.60, n.1, p.49-54, jan./mar. 2012.
- ARAÚJO, L.M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. **Caderno de RH Saúde**, Brasília, n.3, p.163-173, 2006.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, nov. 2012.
- ATKINSON, S.J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.283-299, set. 1993.
- BAGOZZI, R.P. Attitude, intentions, and behavior: a test of some key hypotheses. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v.42, n.4, p.607-627, 1981.

- BARROSO, A.P. *et al.* Uma proposta para parametrização de ações especializadas em saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Ahead of Print, p.1-7, fev. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-462X2019005001102&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2019005001102&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 26 fev. 2019.
- BERMUDES, W. L. *et al.* Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v.18, n. 2, p.7-20, maio/ago. 2016.
- BEZERRA, M.M.; MEDEIROS, K.R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.188-202, out. 2018.
- BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. **Journal Lancet**, Minneapolis, v.1, n.8476, p. 307-310, 1986.
- BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Measurement in Medicine: The analysis of method comparison studies. **Journal of The Royal Statistical Society**, London, v.32, n.3, p.307-317, 1983.
- BORBA, M.C.V. **Testes Estatísticos de Concordância**. 2015. 47p. Monografia (Bacharelado em Estatística) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- BORBA, M.C.V. Potential scenarios for Internet use in the mathematics classroom. **Zentralblatt for Didaktik der Mathematik - Mathematics Education**, Berlim, v.41, p.453–465, jun. 2009.
- BORGHI, G.N. *et al.* A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v.18, n.2, p.154-159, maio/ago. 2013.
- BRANDALISE, L.T.; BERTOLINI, G.R.F. Instrumentos de medição de percepção e comportamento – uma revisão. **Revista de Ciências Empresariais - UNIPAR**, Umuarama, v.14, n.1, p.7-34, jan./jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 342 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 abr. 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html). Acesso em: 23 jun.2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 261, de 21 de Fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo,

Brasília, DF, 22 fev. 2013b. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261\\_21\\_02\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html).  
Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ-CEO**: Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ-CEO**: Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas AMAQ – CEO**: Material de apoio a autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=pmaq\\_ceo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_ceo). Acesso em: 22 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Proesf – Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.126, 13 jun. 2012, p.74. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde. 2012d, 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo do Brasil. **Índice avaliará desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:  
<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/indice-avaliara-desempenho-do-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 4 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2011b. Disponível em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html)  
Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de saúde bucal. **Nota técnica: Portaria SAS 718**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS -Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html). Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**: caderno para estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.570/GM/MS, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2004b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html). Acesso em: 24 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRITO, T.A.; JESUS, C.S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital**, Buenos Aires, n.139, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>. Acesso em: 1 mar. 2018.

CALVO, M.C.M. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde bucal. *In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. (org.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.* São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap.10, p.181-194.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.1, p.563-569, dez. 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CARDOSO, L.R.A. *et al.* Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v.5, n.3, p.63-78, jul./set. 2005.

CARVALHO, A.L.B. **Desafios e Perspectivas para Institucionalização do Monitoramento e Avaliação no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde.** 2016.187p.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

CARVALHO, A.L.B.; SHIMIZU, H.E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.21, n.60, p.23-33, jan./mar. 2017.

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

CASTANHEIRA, E.R.L. *et al.* Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: adversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa. *In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos.* Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2016. cap.5, p.189-232.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.3, p.429-434, jul./set. 2009.

CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.29-50, abr. 2014.

CAVALCANTI, Y.W.; CARDOSO, A.M.R.; PADILHA, W.W.N. Satisfaction, Resolution and Social Participation of users of Centers for Dental Specialties in Brazil: A PMAQ-

CEO Analysis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Paraíba, v.18, n.1, p.1-11, 2018.

CELESTE, R.K. *et al.* Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem Centros de Especialidades Odontológicas, no Brasil, em 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.511-521, mar. 2014.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Apreciação Normativa. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. cap.4, p.77-94.

CHAVES, H.L.A. Avaliação e Políticas Públicas: entre a estratégia governamental e a agenda do capitalismo contemporâneo. *In*: ARCOVERDE, A. C. B. (org.). **Avaliação de políticas públicas em múltiplos olhares e diferentes praxis**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014. cap. 3, p.75-94.

CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.5, p.1274-1278, out. 2012.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.143-154, jan. 2011.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p.1005-1013, dez. 2010.

CHIAVEGATTO, C.V. **Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CICCHETTI, D.V.; FEINSTEIN, A.R. High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v.43, n.6, p.551-558, 1990.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Educational and Psychological Measurement**, Durham, v.20, p.37-46, 1960.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p. 92-100, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1464/1692>. Acesso em: 3 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**: Monitoramento e Avaliação. Brasília: Conass, 2018. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 2 fev.2018.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, set. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300017&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 28 ago. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, cap.2, p.29-45.

CORTELLAZZI, K.L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.17, n.4, p.978-988, out./dez. 2014.

COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.38, n.127, p.11-21, 2013.

COSTA, F.J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas**: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

COSTA, G.D. *et al.* Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.705-726, out./dez. 2008.

COTTA, R.M.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

CROCKER, L.; ALGINA, J. **Introduction to Classical and Modern Test Theory**. Belmont: WadsworthGroup, 2009.

CRUZ, M.M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. *In*: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (org.). **Caminhos para a Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. cap.7, p.285-317. Disponível em: [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps). Acesso em: 15 nov. 2018.

CRUZ, M.M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.124-139, out. 2014. Número especial.

CUMMINS, R.A.; GULLONE, E. Why we should not use 5-point Likert scales: the case for subjective quality of life measurement. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY OF LIFE IN CITIES, 2., 2000, Singapore. **Proceedings[...]**. Singapore: National University of Singapore, 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/M%C3%B4nica/Downloads/qol-in-cities-likert-scales-2000.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017.

CUNHA, L.M. **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. 2007. 78p. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

DALMORO, M.; VIEIRA, K.M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v.6, p.161-174, 2013.

DENIS, J.L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl.1, p.229-237, 2010.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v.18, n.11, p.356-360, nov. 1992.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monotoria de lalidad de La atención médica**: um estudo introdutorio. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990.

DONABEDIAN, A. The Assessment of Technology and Quality: A Comparative Study of Certainties and Ambiguities. **International Journal of Technology Assessment In Health Care**, Cambridge, v.4, n.4, p.487-496, oct. 1988. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/assessment-of-technology-and-quality-a-comparative-study-of-certainties-and-ambiguities/B92E0081F7A874468FF8F9720493D549>. Acesso em: 6 jul. 2017.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

EMMI, D.T. *et al.* Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P. (org.). **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2016. cap.1, p.16-26.

ENOKI, C.H. *et al.* Convergência e Concordância. *In*: II SIMPÓSIO DE EXCELENCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. 2., 2005, Resende. **Anais[...]**. Resende: Associação Educacional Dom Bosco, 2005. p.352-361.

FARIA E.T. *et al.* O processo de avaliação em saúde. *In*: PEREIRA, A.C. *et al.* (org.). **Gestão pública em saúde**: fundamentos e práticas. Águas de São Pedro: Livronovo, 2015. cap.14, p.329-354.

FELISBERTO, E.; ALVES, C K.A.; BEZERRA, L.C. A. Institucionalização da avaliação. *In*: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap.11, p.143-61.

FELISBERTO, E. **Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008**. 2010. 173p. Tese (Doutorado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-563, jul./set. 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3. p.317-321, jul./set. 2004

FERLA, A.A. Práticas de Avaliação como Dispositivos de Diálogo. *In*: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.7-10.

FERNANDES, E.S.P.; GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N. Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.1-11. 2018.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P. **Relatório do 1º ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados**. Recife: Editora UFPE, 2016.

FIGUEIREDO, N. *et al.* Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. *In*: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap.16, p.195-209.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p.259-267, fev. 2009.

FIGUEIREDO, N. **Centros de Especialidades Odontológicas - CEO: Um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços**. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2008.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. *In*: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. cap.1, p.1-13.

FONSECA, A.F.; MENDONÇA, M.H.M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.343-357, out. 2014a. Número especial.

FONSECA, A.F.; MENDONÇA, M.H.M. Avaliação e políticas públicas de saúde: Reflexões a partir da Atenção Básica. *In*: GUIZARDI, F.L. *et al.* (org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Universitária – UFPE, 2014b. cap.2, p.197-224.

FONSECA, K.M. *et al.* Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Barcelona, v.81, p.288-293, 2015.

FONSECA, R.; SILVA, P.; SILVA, R. Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. **Laboratório de Psicologia**, Portugal, v.5, n.1, p.81-90, 2007.

FONSECA SOBRINHO, D. *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38. p.83-93, out. 2014. Número especial.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.C. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização. *In*: IBÃNEZ, N. *et al.* (org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. cap.27, p.762-780.

FREITAS, C.H.S.M. *et al.* Atenção em Saúde Bucal: Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.131-143, jan./mar. 2016.

FRIAS, P.G. *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. *In*: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, cap.4, p.43-56, 2010.

FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F.N.; HILGERT, J.B. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v.22, n.1, p.43-48, jan./abr. 2017.

FURTADO, J.P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.7, p.1-12, jul. 2018.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p.2643-2655, dez. 2014.

GEIST, M.R. Using the Delphi method to engage stakeholders: A comparison of two studies. **Evaluation And Program Planning**, Reino Unido, v.33, n.2, p.147-154, mai. 2010.

GIOVINAZZO, R.A.; FISCHMANN, A.A. Delphi Eletrônico – Uma Experiência de Utilização da Metodologia de Pesquisa e seu Potencial de Abrangência Regional. *In*: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ESTRATÉGIA, 14., 2001, Buenos Aires. **Anais[...]**. Buenos Aires: [s.n.], 2001.

GOES, P.S.A. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.3433-3444, maio 2018.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. *In*: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap.13, p.157-166.

GOES, P.S.A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos Centros de Especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p.81-89, 2012. Suplemento.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 77p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GONÇALVES, R.N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.432-438, 2018.

GONTIJO, L.P.T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Bucal Coletiva) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GORDILLO, J.J.T.; RODRÍGUEZ, V.H.P. Cálculo de La fiabilidad y concordancia entre codificadores de un sistema de categorías para El estudio del foro. **Revista de Investigación Educativa**, Sevilla, v.27, n.1, p.89-103, 2009.

GRAHAM, M.; MILANOWSKI, A.; MILLER, J. **Measuring and promoting interrater agreement of teacher and principal performance ratings**. Cambridge: Center for Educator Compensation Reform, feb. 2012.

GUERRA, K.C.M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira**. 2009. 128p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GUISILINI, A.C. *et al.* Organização da atenção em serviços de saúde. *In*: PEREIRA, A. C. *et al.* (org.). **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro: Livronovo, 2015. cap.7.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.S. (org). **Avaliações em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

HARTZ, Z.M.A. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.832-834, abr. 2012.



HARTZ, Z.M.A. Avaliação em Saúde. *In*: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p.50-55.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org.). **Avaliação em saúde**. dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.15-39.

HASSON, F; KEENEY, S; MCKENNA, H. **The Delphi Technique in Nursing and Health Research**. Oxford, UK: Wiley Blackwell, 2011.

HASSON, F; KEENEY, S; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.32, n.4, p.1008-1015, oct. 2000.

HERKRATH, F.J. *et al.* Equity in the Accessibility to Specialized Care in Oral Health in Brazil: Analysis of PMAQ-CEO External Evaluation Data According to the User's Perspective. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.3175-3186, maio 2018.

HERKRATH, F.J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n. 96, p.148-158, jan./mar. 2013.

HERNANDEZ, P.J.S. La gestión de calidad em Atención Primaria. Marco Legal y Perspectivas. Los modelos de gestión clínica. *In*: PALOMER, R.M. **Garantía de calidad na atención primaria de salud**. Barcelona: Doyma, 1993. cap.3, p.9-13.

HIRATA, V.N.; CAMEY, S.A. Análise de concordância entre métodos de Bland-Altman. **Revista Hospital de Clínicas Porto Alegre**, Porto Alegre, v.29, n.3, p.261-268, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Nota Técnica**: estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf) Acesso em: 22 jun. 2017.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA **Relatório Proadess**: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO\\_FINAL%20com\\_sumario\\_atualizadorev%202014.pdf](http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20com_sumario_atualizadorev%202014.pdf). Acesso em: 12 nov. 2018.

JESUS, B.C. *et al.* Operacionalização da auditoria como instrumento para avaliação dos registros de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On-Line**, Recife, v.8, n.7, p.2122-2129, jul. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Mônica/Downloads/5513-59216-1-PB \(3\).pdf](file:///C:/Users/Mônica/Downloads/5513-59216-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 2 jul. 2017.

JORGE, M.S.B. *et al.* Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 26-32, 2012.

KALINICHENKO, O.; AMADO, C.A.F.; SANTOS, S.P. Performance assessment in Primary Health Care: a System Literature Review. **CEFAGE-UE Working Paper**. Évora: Universidade de Évora, 2013.

KERLINGER, F.N. **Foundations of behavioral research**. 2. ed. New York: Holt, Reinehart & Winston, 1973.

KIRKHART, K. E. Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence. **New Directions For Evaluation**, Los Angeles, v.2000, n.88, p.5-23, 2000.

KITAMURA, E.S. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013 **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.25, n.1, p.137-148, jan./mar. 2016.

KOTTNER, J. *et al.* Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. **Journal Clinical Epidemiology**, Oxford, v.64, n.1, p.96-106, 2011.

KUWABARA, C.C.T.; ÉVORA, Y.D.M.; OLIVEIRA, M.M.B. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, p.943-951, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out./dez. 2011.

LEE, K.M. *et al.* Pitfalls and important issues in testing reliability using intraclass correlation coefficients in orthopaedic research. **Clinics in Orthopedic Surgery**, Korea, v.4, n.2, p.149-155, 2012.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.991-1002, maio 2010.

LIMA, D.V.M. Research design: a contribution to the author. **On-line Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v.10, n.2, oct. 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LIMA, E.F.A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.1-5, 2016.

LIMA JÚNIOR, V.A. **Estudo sobre a Integração e Coordenação Assistencial entre os Serviços de Atenção Primária e Especializados em Saúde Bucal da**

**Área de Planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.** 2016. 171p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, L.C.S. *et al.* A satisfação do manutentor na área industrial: o caso em uma indústria frigorífica. **Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial**, Ponta Grossa, v.6, n.2, p.757-769, 2012. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbta/article/view/901/860>. Acesso em: 18 set. 2017.

LIMA, R.T.; SILVA, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.15, n.1, p.103-114, jan. 2011.

LIMA, T.C; GALLANI, M.C.B.J; FREITAS, M.I.P. Validação do conteúdo de instrumento para caracterizar pessoas maiores de 50 anos portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.1, p.4-10, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a02.pdf>. Acesso em: 16 set. 2017.

LINO, P.A. *et al.*, Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.9, p.3879-3888, 2014.

LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. **The Delphi Method**: techniques and applications. California: University of Southern California, 2002.

LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. **The Delphi Method**: techniques and applications. Boston: Addison-Wesley, 1975.

LORENA, S.J.E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.136-146, mar. 2015.

LUCENA, E.H.C. **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**: Análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). 2016. 153p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

LUCENA, E.H.C. *et al.* Avaliação externa do PMAQ-CEO: refletindo acerca dos Indicadores de Acesso e Qualidade. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J.L. (org.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife : Editora UFPE, 2016.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **The Journal of Nursing Research**, Taiwan, v.35, n.60, p.382-385, 1986.

MACHADO, F.C.A.; SILVA, J.V.; FERREIRA, M.Â.F. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1149-1163, abr. 2015.

MACHADO, J.P. **O arranjo público-privado no Brasil e a qualidade da assistência hospitalar em São Paulo e no Rio Grande do Sul**. 2014. 169p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, S.S. *et al.* Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.22, n.66, p.813-825, 2018.

MARSIGLIA, R.M. **Integralidade e atenção primária em saúde**: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo: CEALAG, 2008. Edital nº. 49/2005 - MCT-CNPq/MS-DAB/SAS - Processo nº. 40241/2005-1. 2008.

MARTINI, J.G.; MASSAROLI, A. O Delineamento Misto por meio da Técnica Delphi como Possibilidade para a Construção de uma Proposta Curricular. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Porto, v.2, p.1015-1019, 2016.

MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v.8, n.20, p.1-12, jan./abr. 2006.

MARTINS, R. C. *et al.* Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **PloS One**, Piedmont, v.11, n.10, oct. 2016.

MATOS, D.A.S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v.25, n.59, p.298-324, set./dez. 2014.

MEDEIROS, R.K.S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n.4, p.127-135, fev. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2017.

MEDEIROS, E. **Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica**: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

MEDRADO, J.R.S.; CASANOVA, A.O.; OLIVEIRA, C.C.M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v.39, n.107, p.128-138, 2015.

MELO, D.S. *et al.* Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, p.51-62, jun. 2017a.

MELO, L.M.F. **Apoio Institucional em Saúde**: desafios para a democratização na Atenção Básica. 2015. 173p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

MELO, L.M.F. *et al.* Características do Apoio Institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.15 n.3, p. 685-708, set./dez. 2017b.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In*: MERHY, E.E.; ONOKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p.197-228.

MIOT, H.A. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**. Porto Alegre, v.15, n.2, p.89-92, abr./jun. 2016.

MOURA, E.R.F. *et al.* Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de Diabetes Mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.11, n.4, p.435-443, 2008.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J.A.C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v.6, n.1, p.9-24, jan./mar. 2013.

MUZZI, D. **Tipologias de Políticas Públicas**: Uma proposta de extensão do Modelo de Lowi. 2014. 189p. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Escola de Gestão ISG, Lisboa, 2014.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-549, out. 2000.

NUNES, M.F.N. *et al.* PMAQ-CEO Avaliação Externa: Revelando Indicadores para o Serviço de Planejamento. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.1-11, 2018.

OLIVEIRA, E.A. **Métodos para análise de concordância**: estudo de simulação e aplicação a dados de evapotranspiração. Tese (Doutorado em Estatística e Experimentação Agronômica) – Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2016.

OLIVEIRA, S.R.A. **Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família**: o caso de um município baiano. 2015. 143p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

OLIVEIRA NETO, F.S.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. **Interface HS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.3, n.3, Seção Interface, ago./dez. 2008.

OVRETVEIT, J. **La qualitàne I Servizio Sanitario**. Napoli: EdiSES, 1996.

PADILHA, N. *et al.* Planejamento e Programação Odontológicas no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Paraíba, v.5, n.1, p.65-74, jan./abr. 2005.

PAIM, C.R.P.; CICONELLI, R.M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.9, n.36, jul./set. 2007.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. *In*: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Prefácio, p.9-10.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.1, p.992-999, dez. 2009.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

PAULON, S.M.; PASCHE, D.F.; RIGHI, L.  
B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.18, supl.1, p.809-820, dez. 2014.

PENNA, C.M.M. *et al.* O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.8, n.4, out./dez., p.455-463, 2004.

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

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2095-2104, jul. 2013.

PINTO, H.A.; SOUZA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p. 358-372, out. 2014. Número especial.

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

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, Sup., p.181-190, 2002.

PIRES, A.L.C. *et al.*, Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais

do Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v.20, n.3, p.325-333, set./dez. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. *In*: POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de evidências para prática de enfermagem, Porto Alegre: Artmed, 2011. p.247-368.

POOJA, S.; SAGAR, M. High impact scales in marketing: a mathematical equation for evaluating the impact of popular scales. **Advances in Management**, Indore, v.5, n.4, p.31-48, 2012.

PUCCA, G.A. Introdução. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife : Editora UFPE, 2016.

RAMOS, E.D. **Centros de Especialidades Odontológicas da grande Florianópolis**: estrutura, organização do trabalho e satisfação dos usuários. 2014. 90p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2014.

REVORÊDO, L.S. *et al.* O uso da Técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.22, n.2, p.16-21, jul. 2015.

ROACH, K.E. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. **Journal of Prosthetics and Orthotics**, Alexandria, v.18, n.1S, p.8-12, jan. 2006.

RODRIGUES, M.S.S.; ARAÚJO, A.C. Entre gerações de avaliação, diferente perspectiva de avaliar na escola Waldorf em Fortaleza. *In*: VI CONGRESSO INTERNACIONAL EM AVALIAÇÃO EDUCACIONAL, 6., 2008, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: Imprece, 2015. p. 558-577. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/24602>. Acesso em: 28 set. 2017.

RODRIGUES, R.M. Validação da versão em português do questionário europeu de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.23, n.2, p.109-115, 2008.

RODRIGUES, A. **Psicologia Social para principiantes**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROZADOS, H.F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v.21, n.3, p.64-86, set./dez. 2015.

RUBIO, D.M. *et al.* Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v.27, n.2, p.94-105, jun. 2003.

SÁFADI, C.M.Q. **Delphi**: um estudo sobre sua aceitação. *In*: SemeAd SEMINÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO, 4., 2001, São Paulo. Anais. São Paulo: FEA, USP, 2001. p.1-14.

SALIBA, N.A. *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.42, n.5, p.317-323, set./out. 2013.

SALLES, L.F.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Paulo: Yendis, 2011.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. *In*: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. cap.2, p.15-28.

SAMPAIO, J. *et al.* PMAQ-AB: A experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem UFPEOn-Line**, Recife, v.10, n.5, p.4318-4328, nov. 2016. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8680/pdf\\_11414](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8680/pdf_11414). Acesso em: 19 jul. 2017.

SANCHES, C.; MEIRELES, M.; SORDI, J. O. **Análise qualitativa por meio da lógica paraconsciente**: método de interpretação e síntese de informação obtida por escalas likert. *In*: Anais do Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, João Pessoa: ago. 2011.

SANTIAGO *et al.* A formação e a regulação do trabalho de recursos Humanos para o CEO: um olhar crítico a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J.L. (org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016.

SANTOS, A.P L.; LACAZ, F.A.C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5. p.1143-1150, 2012.

SANTOS, E.M. *et al.* Apresentação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, p.10-13, mar. 2017. Número especial. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500010). Acesso em: 21 jul. 2017.

SANTOS, L.X. *et al.* A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.1-13, 2018.

SCARPARO, A.F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n.1, p.242-251, 2012.



SCHUSTER, C. A note on the interpretation of weighted kappa and its relations to other rater agreement statistics for metric scales. **Educational and Psychological Measurement**, Durham, v.64, p.243-253. 2004.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

SEIDI, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.94-108, out. 2014. Número especial.

SERAPIONI, M.; LOPES, C.M.N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap.28, p.533-556.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.85, p.65-82, jun. 2009.

SEVERO, A.F.R. *et al.* O caráter transformador do PMAQ-CEO e o avaliador externo: revelações, possibilidades e aprendizados. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J.L. (org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016.

SILVA, A. N. *et al.* A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. (org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. cap.8, p.100-138.

SILVA, A.P.S. *et al.* Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GradaCEO. **Revista da ABENO**, v.15, n.2, p.65-73, 2015.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, F.R.; PADILHA, E.Z.; BALDANI, M.H. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.4, p.641-650, out./dez. 2013.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, out./dez. 2011.

SILVA JÚNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de *Likert* e *Phrase Completion*. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v.15, p.1-16. out. 2014.

SILVA, P.L.B. Possibilidades metodológicas para avaliar sistemicamente programas governamentais: reflexões a partir da experiência latino-americana. *In*: ARCOVERDE, A.C.B. (org.). **Avaliação de políticas públicas em múltiplos olhares e diferentes práxis**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014. cap.1. p.23-58.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n.3, p.207-216, set. 1999.

SILVA, R.R.; GASPARINI, M.F.V.; BARBOZA, M. Avaliações sob Medida – Produzir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (org.). **Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap.2. p.11-27.

SILVA, R.S.S.; PAES, A.T. **Educação Continuada em Saúde Einstein**, São Paulo, v.10, n.4, p.165-166, 2012.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. *In*: GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. (org.). **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.195-210.

SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.966-974, maio. 2011.

SOBRINHO, D.F. *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/ hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.83-93, out. 2014. Número especial.

SOBRINHO, J.E.L. *et al.* Management Models of Centers of Dental Specialties: Analysis from PMAQ-CEO. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, p.1-10, 2018.

SOUZA, G.C.A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. 115p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SOUZA, L.E.P.F.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap.3. p.65-91.

SPÍNOLA, A.W.P. **Delfos: proposta tecnológica alternativa**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1984.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2004.

STEMLER, S.E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, College Park, v.9, n.4, p.1-11, 2004.

TANAKA, O.Y. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. *In*: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. (org.). **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap.1, p.01-09.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP/OPS, 2004.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.821-828, abr. 2012.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.52-68, 2014. Número especial.

THOMAZ, E.B.A.F. *et al.* Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.25, n.4, p.807-818, out. 2016.

TROJAN, R.M.; SIPRAKI, R. Perspectivas de estudos comparados a partir da aplicação da escala Likert de 4 pontos: um estudo metodológico da pesquisa TALIS. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v.10, n.2, abr./jun. p.275-300, 2015.

UTINO, A.Y. *et al.* Intra and interobserver concordance of the AO classification system for fractures of the long bones in the pediatric population. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v.50, n.5, p.501-508, 2015.

VALDÉS, M.G.; MARÍN, M.S. El método Delphi para la consulta a expertos em La investigación científica. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v.39, n.2, p.253-267, abr./jun. 2013.

VAZQUEZ, F.L. *et al.* Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.245-255, jan. 2014.

VEIGA, T.B.; COUTINHO, S. S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Aplicação da técnica Delphi na construção de indicadores de sustentabilidade. **Periódico Eletrônico Fórum Ambiental da Alta Paulista, São Paulo**, v.9, n.4, p.31-45, 2013. Disponível em: [http://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/forum\\_ambiental/article/view/533](http://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/forum_ambiental/article/view/533). Acesso em: 19 ago. 2017.

VERGARA, S.C. **Métodos de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. FIOCRUZ, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, mar. 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 jun. 2017.

VOLPATO, L.F. *et al.* Gestão e Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. *In*: PEREIRA, A.C. *et al.* (org.). **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro: Livronovo, 2015. cap.15, p.355-382.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Londrina, v.3, p.17-25, 1991.

WHORTEN, B.R.; FITZPATRICK, J. L.; SANDERS, J. R. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

WITT, R.R.; ALMEIDA, M.C. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. **Public Health Nurs**, Cambridge, v.25, n.4, p.336-343, jul./ago. 2008.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública**. 2005. 336p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p.54-65, abr./jun. 2000.

ZAKI R. *et al.* Statistical methods used to test for agreement of medical instruments measuring continuous variables in method comparison studies: a systematic review. **PLoSOne**, Piedmont, v.7, n.5, maio. 2012.

ZANETTI, T.G. *et al.* Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.3, p.448-455, jul./set. 2010.

ZARILI, T.F.T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB**. 2015. 159p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES**

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA  
ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS**

**v. 2**

**RECIFE**  
**2019**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Avaliação em Saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Avaliação da Qualidade em Saúde.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3</b>	<b>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.....</b>	<b>42</b>
<b>3.4</b>	<b>Considerações sobre Modelo Analítico de Concordância, Escala de Likert e Validação.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Modelo Analítico de Concordância.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Escala de Likert.....</b>	<b>62</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Validação.....</b>	<b>63</b>
<b>3.5</b>	<b>Técnica de Delphi.....</b>	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2</b>	<b>Período do estudo.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3</b>	<b>Instrumento de Pesquisa / Unidades de Análise.....</b>	<b>69</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta, Processamento e Análise dos Dados.....</b>	<b>71</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Construção de uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....</b>	<b>72</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Validação da Matriz de Concordância construída.....</b>	<b>79</b>
<b>4.4.2.1</b>	<i>Primeira Rodada da Técnica Delphi.....</i>	<b>80</b>
<b>4.4.2.2</b>	<i>Segunda Rodada da Técnica Delphi.....</i>	<b>81</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Análise da concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.....</b>	<b>84</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>87</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>88</b>

6.1	<b>Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída..</b>	88
6.2	<b>Validação da Matriz de Concordância construída.....</b>	90
6.2.1	Resultados da Primeira Rodada de Delphi.....	90
6.2.2	Resultados da Segunda Rodada de Delphi.....	100
6.2.3	Resultados Gerais da Técnica de Delphi.....	106
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	115
8	<b>PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	126
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	127
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	129
	<b>APÊNDICE A – ESTRUTURA DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, CONSTRUÍDA.....</b>	152
	<b>APÊNDICE B – PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, EXCLUÍDOS DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA CONSTRUÍDA, POR APRESENTAREM OUTRO PADRÃO, EQUIVALENTE E SUBSEQÜENTE, QUE EXIGIA COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL.....</b>	154
	<b>APÊNDICE C – PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DA AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA.....</b>	156
	<b>APÊNDICE D – PADRÕES DE QUALIDADE DA AMAQ-CEO QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, SEGUNDO A PESQUISADORA.....</b>	160
	<b>APÊNDICE E – MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, CONSTRUÍDA.....</b>	162
	<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	252

<b>APÊNDICE G – MATRIZ VALIDADA DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.....</b>	<b>255</b>
<b>APÊNDICE H – ITENS DA MATRIZ, CONSTRUÍDA, QUE NÃO ALCANÇARAM O CONSENSO, PELA TÉCNICA DE DELPHI, PARA A CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.....</b>	<b>348</b>
<b>APÊNDICE I – INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, UTILIZANDO A TÉCNICA DE DELPHI.....</b>	<b>365</b>
<b>APÊNDICE J – RELATÓRIO TÉCNICO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DA DISSERTAÇÃO INTITULADA “PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS”...</b>	<b>367</b>
<b>ANEXO A - VALORES DO COMPONENTE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL, POR TIPO DE CEO.....</b>	<b>388</b>
<b>ANEXO B - INDICADORES DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEGUNDO A NATUREZA DO SEU USO.....</b>	<b>389</b>
<b>ANEXO C - ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DA AMAQ-CEO....</b>	<b>390</b>
<b>ANEXO D - ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE COLETA DA AVALIAÇÃO EXTERNA.....</b>	<b>391</b>
<b>ANEXO E - CATEGORIZAÇÃO DOS PADRÕES DE ACESSO E QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, POR GRAU DE PRIORIDADE.....</b>	<b>393</b>
<b>ANEXO F - ESTRUTURA DA AMAQ-CEO.....</b>	<b>394</b>
<b>ANEXO G - ESTRUTURA DOS FORMULÁRIOS DOS MÓDULOS I, II E III DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO</b>	



<b>CICLO.....</b>	<b>415</b>
<b>ANEXO H - PARECERES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>445</b>
<b>ANEXO I – OFÍCIO CONVITE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PARA APRESENTAÇÃO DESTE ESTUDO, NO “SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, NO ESTADO DE PERNAMBUCO”.....</b>	<b>449</b>

**APÊNDICE A – ESTRUTURA DA MATRIZ, DE CONCORDÂNCIA ENTRE  
INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO  
PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, CONSTRUÍDA**

**Quadro 1 – Estrutura da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, construída.**

ESTRUTURA DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO CONSTRUÍDA									
DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: _____	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS	
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NCND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS
			5	4	3	2	1		

Fonte: Adaptado de Oliveira (2015); Brasil (2013d; 2013e).

**APÊNDICE B - PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA EXCLUÍDOS DA MATRIZ CONSTRUÍDA, POR APRESENTAREM OUTRO PADRÃO, EQUIVALENTE E SUBSEQUENTE, QUE EXIGIA COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL.**

**Quadro 2 - Padrões de qualidade da Avaliação Externa excluídos da matriz construída, por apresentarem outro padrão, equivalente e subsequente, que exigia comprovação documental.**

*(continua)*

<b>Código do Padrão</b>	<b>Descritivo dos padrões de qualidade da Avaliação Externa excluídos da matriz construída</b>
I.10.3	O CEO possui área para ampliação?
II.1.7	O(a) senhor(a) possui o termo de compromisso assinado pelo gestor Municipal/Estadual/Distrito Federal?
II.1.8	O(a) senhor(a) possui ata de reunião assinada pela gestão Municipal/Estadual/Distrito Federal e pela própria Equipe do CEO?
II.6.1	Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO?
II.6.4	Quais os recursos utilizados para a realização do planejamento? a) Painel informativo b) Informativos epidemiológicos c) Sala de situação d) Relatórios e consolidados mensais do SIA
II.6.5	É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?
II.6.7	Qual o instrumento/fonte utilizada para o processo de autoavaliação pela equipe do CEO, nos últimos seis meses? a) AMAQ-CEO b) Instrumento desenvolvido pelo município/equipe c) Instrumento desenvolvido pelo Estado d) Outro(s)
II.8.2	O prontuário clínico utilizado no CEO é: a) Único para todas as especialidades b) Específico para cada especialidade c) Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário
II.9.4	O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?
II.10.4	O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados? Para Cirurgia Oral Para Endodontia Para Pacientes com necessidades especiais Para Periodontia Para Estomatologia Para Radiologia Para Ortodontia/ortopedia Para Implantodontia Para Prótese dentária Para Odontopediatria

**Quadro 2 - Padrões de qualidade da Avaliação Externa excluídos da matriz construída, por apresentarem outro padrão, equivalente e subsequente, que exigia comprovação documental.**

(conclusão)

<b>Código do Padrão</b>	<b>Descritivo dos padrões de qualidade da Avaliação Externa excluídos da matriz construída</b>
II.10.5	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? Cirurgia Oral Endodontia Pacientes com necessidades especiais Periodontia Estomatologia Radiologia Ortodontia/ortopedia Implantodontia Prótese dentária Odontopediatria
II.10.6	Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? Através de ficha específica Através de sistema informatizado Através do prontuário eletrônico Nenhuma ação específica
II.10.9	Há uma lista de contato no CEO com profissionais da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?
II.13.1	O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?
II.14.1	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa viva? ____ sessão(ões)
II.14.2	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade? ____ sessão(ões)
II.14.4	O CEO realiza tratamento endodôntico em elementos dentários com 3 ou mais raízes?
II.14.6	O CEO realiza reconsulta para avaliação dos pacientes que finalizaram o tratamento periodontal?
II.14.8	O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?
II.15.1	O CEO realiza moldagem da prótese dentária?
II.15.2	O CEO realiza a entrega da prótese ao usuário?
II.16.1	O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?
II.19.4	A Equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?

Fonte: A autora, 2019.

## APÊNDICE C - PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DA AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA.

**Quadro 3 – Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo a pesquisadora.**

(continua)

PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM CONCORDÂNCIA COM A AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA	
Nº do padrão de qualidade da Avaliação Externa	Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO
I.3.1	<b>Qual o tipo de CEO?</b> <input type="checkbox"/> Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo I <input type="checkbox"/> Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo II <input type="checkbox"/> Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo III
I.3.3	<b>Este CEO tem abrangência:</b> a) Municipal – é referência somente para o município b) Regional – é referência para mais de um município
I.3.7	<b>O CEO está localizado dentro da Universidade/Faculdade?</b> a) Sim b) Não
I.3.8	<b>Quem realiza o atendimento clínico no CEO? Pode ser marcada mais de uma opção.</b> a) Cirurgiões-dentistas (Professores). b) Cirurgiões-dentistas (Contratados). c) Alunos da graduação. d) Alunos da Pós-graduação.
I.7.1	<b>Quais os turnos de atendimento do CEO?</b> Manhã a) Sim b) Não Tarde a) Sim b) Não Noite a) Sim b) Não
1.7.2	<b>O CEO funciona quais dias da semana?</b> Segunda-feira a) Sim b) Não Terça-feira a) Sim b) Não Quarta-feira a) Sim b) Não Quinta-feira a) Sim b) Não Sexta-feira a) Sim b) Não Sábado a) Sim b) Não Domingo a) Sim b) Não
I.7.3	<b>Nos dias em que o CEO está funcionando:</b> Em que horário inicia? ( ) horas ☐ 30 min Em que horário encerra? ( ) horas ☐ 30 min ___ Não há horário fixo de funcionamento
I.7.4	<b>Este CEO funciona no horário do almoço (12h às 14h)?</b> a) Sim b) Não
I.8.1	<b>O imóvel onde o CEO está localizado é:</b> a) Próprio b) Alugado c) Outro: _____
I.8.3	<b>A esterilização de material é realizada no próprio CEO?</b> a) Sim b) Não
I.10.1	<b>Qual a metragem de área construída do CEO?</b> ____ m <sup>2</sup>
I.10.2	<b>O CEO está em processo de reforma?</b> a) Sim b) Não

**Quadro 3 – Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo a pesquisadora.**

(continuação)

PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM CONCORDÂNCIA COM A AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA	
Nº do padrão de qualidade da Avaliação Externa	Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO
I.10.3/1	Existe documento que comprove que o CEO possui área para ampliação? Documento para verificação: planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatado que há espaço para ampliação. a) Sim b) Não
I.10.4	O CEO está necessitando de reparo? a) Sim b) Não
I.10.5	O CEO está atuando em unidade provisória? a) Sim b) Não
I.10.6	Há quanto tempo o CEO está na unidade provisória? A) Menos de um mês. b) Entre 1– 6 meses. c) Entre 7 meses e 1/ ano. d) Mais de 1 ano.
II.1.1	Nome do entrevistado (gerente do CEO): _____
II.1.2	CPF do gerente do CEO: _____
II.1.3	Qual a sua profissão (gerente do CEO)? a) Cirurgião(ã)-dentista b) Técnico(a) em Saúde Bucal c) Auxiliar em Saúde Bucal d) Outra. Qual? _____
II.1.5	O(a) senhor(a) é gerente do CEO? a) Sim b) Não
II.1.6	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua como Gerente neste CEO? ___ menos de 1 ano ___ 1 a 2 anos ___ 3 a 4 anos ___ 5 a 9 anos ___ 10 ou mais
II.1.7/1	Existe documento que comprove que o(a) senhor(a) possui o termo de compromisso assinado pelo gestor Municipal/Estadual/Distrito Federal? a) Sim b) Não
II.1.8/1	Existe documento que comprove que o(a) senhor(a) possui ata de reunião assinada pela gestão Municipal/Estadual/Distrito Federal e pela própria Equipe do CEO? a) Sim b) Não
II.6.1/1	Existe documento que comprove que , nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? a) Sim b) Não
II.7.1	A equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? a) Sim b) Não

**Quadro 3 – Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo a pesquisadora.**

(continuação)

PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM CONCORDÂNCIA COM A AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA	
Nº do padrão de qualidade da Avaliação Externa	Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO
II.7.2	<p><b>Em qual área a equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais, com mais frequência?</b> Poderá registrar as duas áreas que mais necessitam.</p> <p>a) Periodontia  b) Endodontia  c) Prótese Dentária  d) Estomatologia  e) Cirurgia BMF  f) Radiologia  g) Odontopediatria  h) Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais  i) Outras especialidades odontológicas</p>
II.7.5	<p><b>Qual a frequência que a equipe do CEO fornece o apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?</b></p> <p>a) Semanal  b) Quinzenal  c) Mensal  d) Trimestral  e) Semestral  f) Sem periodicidade definida</p>
II.8.2/1	<p><b>Existe documento que comprove que o prontuário clínico é:</b></p> <p>___ Único para todas as especialidades.  ___ Específico para cada especialidade.  ___ Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário.</p>
II.8.3	<p><b>Onde estão arquivados os prontuários dos usuários do CEO?</b></p> <p>a) Nos consultórios  b) Na recepção  c) Almoxarifado  d) Outro</p>
II.9.1	<p><b>O acesso ao CEO se dá por meio de demanda:</b></p> <p>___ espontânea  ___ referenciada  ___ mista</p>
II.9.2	<p><b>Quais as ações desencadeadas a partir do atendimento realizado a demanda espontânea? Essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</b></p> <p>a) Marca usuário na agenda do CEO.  b) Orienta e encaminha o usuário para a unidade básica de saúde de referência.  c) Nenhuma ação específica, apenas nega o atendimento.  d) Outro(s).</p>
II.10.10	<p><b>Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar?</b></p> <p>a) Sim b) Não</p>
II.10.13	<p><b>Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar</b></p> <p>___ 1-4                      ___ 5-8                      ___ Mais de 8</p>



**Quadro 3 – Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO, segundo a pesquisadora.**

(conclusão)

PADRÕES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA QUE NÃO APRESENTAM CONCORDÂNCIA COM A AMAQ-CEO, SEGUNDO A PESQUISADORA	
Nº do padrão de qualidade da Avaliação Externa	Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão da AMAQ-CEO
II.12.2	<p><b>Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?</b></p> <p><input type="checkbox"/> É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)</p> <p><input type="checkbox"/> Um dia</p> <p><input type="checkbox"/> Até uma semana</p> <p><input type="checkbox"/> Até 15 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 15 e 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 30 e 60 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 60 dias</p>
II.12.4	<p><b>Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça de biópsia para o laboratório?</b></p> <p><input type="checkbox"/> O laboratório realiza a coleta do material no CEO</p> <p><input type="checkbox"/> A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde disponibiliza o transporte da peça até o laboratório</p> <p><input type="checkbox"/> O Cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório</p>
II.12.5	<p><b>Qual o prazo para o recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Até 15 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 15 e 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 30 e 60 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 60 dias</p>
II.14.1/1	<p><b>Existe documento que comprove, em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa viva? a) Sim b) Não</b></p>
II.14.2/1	<p><b>Existe documento que comprove, em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade? a) Sim b) Não</b></p>
II.14.3	<p><b>Esses equipamentos são utilizados para a realização do tratamento endodôntico?</b></p> <p>a) Rotatório</p> <p>b) Localizador Apical</p>
II.15.1/1	<p><b>Existe documento que comprove que o CEO realiza moldagem da prótese dentária?</b></p> <p>a) Sim b) Não</p>
II.15.2/1	<p><b>Existe documento que comprove que o CEO realiza a entrega da prótese dentária ao usuário? a) Sim b) Não</b></p>
II.15.3	<p><b>Quantas sessões clínicas, em média, são necessárias para o CEO entregar a prótese para o usuário?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sessão(ões)</p>
II.15.5	<p><b>Quantos municípios são atendidos pela oferta da prótese dentária no CEO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Municípios.</p>
II.15.6	<p><b>Em média, quantas próteses dentárias são entregues por mês?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Próteses Totais      <input type="checkbox"/> Prótese Parciais removíveis      <input type="checkbox"/> Próteses fixas unitárias</p>
II.15.7	<p><b>O CEO tem conhecimento da fila de espera para o atendimento de prótese dentária?</b></p> <p>a) Sim b) Não</p>
II.15.8	<p><b>Quantas pessoas estão na fila de espera para serem atendidas na prótese dentária?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pessoas</p>
II.17.1	<p><b>Nome do entrevistado (Cirurgião dentista do CEO):</b></p> <p>_____</p>
II.17.2	<p><b>CPF do Cirurgião Dentista entrevistado:</b> _____</p>
II.17.4	<p><b>Quanto tempo o(a) Sr.(a) atua nesse CEO?</b></p> <p>a) menos de 1 ano</p> <p>b) 1 a 2 anos</p> <p>c) 3 a 4 anos</p> <p>d) 5 a 9 anos</p> <p>e) 10 ou mais</p>

Fonte: A autora, 2019.

**APÊNDICE D - PADRÕES DE QUALIDADE DA AMAQ-CEO QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, SEGUNDO A OPINIÃO DA PESQUISADORA.**

**Quadro 4 – Padrões de qualidade da AMAQ-CEO que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão de qualidade da Avaliação Externa, segundo a opinião da pesquisadora.**

*(continua)*

<b>PADRÕES DE QUALIDADE DA AMAQ-CEO QUE NÃO APRESENTAM POSSIBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM A AVALIAÇÃO EXTERNA, SEGUNDO O ENTENDIMENTO DA PESQUISADORA</b>			
<b>Unidade de Análise</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Descrição do padrão com seu detalhamento</b>
Gestão	Gestão Municipal/Estadual	A - Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	<b>1.1 - O Plano Municipal/Estadual de Saúde descreve as diretrizes para implantação e implementação das ações e serviços especializados em saúde bucal:</b> O Plano Municipal/Estadual de Saúde contempla ações de implantação e implementação das ações e serviços especializados em saúde bucal no Município/Estado, de modo coerente com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas a garantir a ampliação e a qualificação do acesso e o atendimento humanizado.
Gestão	Gestão Municipal/Estadual	A - Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado	<b>1.9 - A gestão municipal/estadual faz o acompanhamento e controle dos recursos financeiros repassados para o CEO:</b> A gestão municipal/estadual, particularmente a gerência do CEO, tem garantia do acompanhamento/controle orçamentário dos recursos financeiros recebidos e destinados ao CEO.
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	K - Organização do Processo de Trabalho	<b>4.6 - A equipe do CEO orienta sua prática clínica através do Manual de Especialidades em Saúde Bucal/Ministério da Saúde:</b> A equipe do CEO utiliza o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, publicado pelo Ministério da Saúde, para instrumentalizar a prática clínica relativa às especialidades de diagnóstico bucal; periodontia; cirurgia oral menor e endodontia. Dessa forma, procura-se ampliar a oferta e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

**Quadro 4 – Padrões de qualidade da AMAQ-CEO que não apresentam possibilidade de concordância com nenhum padrão de qualidade da Avaliação Externa, segundo a opinião da pesquisadora.**

(conclusão)

PADRÕES DE QUALIDADE DA AMAQ-CEO QUE NÃO APRESENTAM POSSÍBILIDADE DE CONCORDÂNCIA COM NENHUM PADRÃO DA AVALIAÇÃO EXTERNA, SEGUNDO O ENTENDIMENTO DA PESQUISADORA			
Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão	Descrição do padrão com seu detalhamento
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	L - Atenção Integral à Saúde Bucal	<b>4.8 - A equipe do CEO realiza encaminhamento intra-equipe dos usuários que necessitam do atendimento de outras especialidades do serviço:</b> A equipe do CEO realiza encaminhamento entre as especialidades quando necessário, evitando o retorno do mesmo para a fila de espera na Atenção Básica.
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	<b>4.20 - O CEO tem um representante que participa das reuniões dos conselhos de saúde:</b> Existe um representante da equipe do CEO que participa regularmente das reuniões dos conselhos local e/ou municipal e/ou estadual de saúde, de acordo com a sua esfera administrativa.

Fonte: A autora, 2019.

**APÊNDICE E - MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA  
AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO  
CICLO, CONSTRUÍDA.**























Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.

(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.10 - A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal: A gestão municipal/estadual de saúde garante o uso de protocolo de referência e contrarreferência na rede de saúde bucal, como por exemplo, o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, publicado pelo Ministério da Saúde, ou algum protocolo próprio, contribuindo assim com o aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS. Os profissionais envolvidos são qualificados para a utilização desse protocolo. Este protocolo é pactuado entre os diversos pontos da rede de saúde bucal.	II.10.2 - - Qual critério utilizado pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica para o encaminhamento do usuário para o CEO? a) Por ordem de chegada; b) Estratificação de risco; c) Prioridade de programas.								1.10-II10.2









Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.11 - A gestão municipal/estadual de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos: São instrumentos de integração dos serviços os seguintes dispositivos: 1) Central de regulação ou algum sistema on-line responsável pela marcação de consultas e exames especializados; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada em saúde bucal; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde bucal.	II.10.7 - Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar? a) Sempre; b) Algumas vezes; c) Nunca.								1.11-II10.7
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.11 - A gestão municipal/estadual de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos: São instrumentos de integração dos serviços os seguintes dispositivos: 1) Central de regulação ou algum sistema on-line responsável pela marcação de consultas e exames especializados; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada em saúde bucal; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde bucal.	II.10.8 - Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica? a) Sempre; b) Algumas vezes; c) Nunca.								1.11-II10.8













**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.12 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a oferta de outras especialidades no CEO, além das mínimas exigidas: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza e garante a oferta no CEO dos serviços de odontopediatria, implantodontia, ortodontia e reabilitação protética oral para população do município.	II.10.4/1 - Existe documento que comprove que o CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados para: Radiologia a) Sim b) Não Ortodontia/Ortopedia a) Sim b) Não Implantodontia a) Sim b) Não Prótese dentária a) Sim b) Não Odontopediatria a) Sim b) Não								1.12-II10.4.1
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.12 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a oferta de outras especialidades no CEO, além das mínimas exigidas: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza e garante a oferta no CEO dos serviços de odontopediatria, implantodontia, ortodontia e reabilitação protética oral para população do município.	II.10.5/1 - Existe documento que comprove que existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? Radiologia a) Sim b) Não Ortodontia/Ortopedia a) Sim b) Não Implantodontia a) Sim b) Não Prótese dentária a) Sim b) Não Odontopediatria a) Sim b) Não								1.12-II10.5.1





**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.12 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a oferta de outras especialidades no CEO, além das mínimas exigidas: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza e garante a oferta no CEO dos serviços de odontopediatria, implantodontia, ortodontia e reabilitação protética oral para população do município.	II.11.9 - Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO para Prótese dentária. a) ____ dias; b) Não sabe/não respondeu; c) Não se aplica.								1.12-II11.9
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.12 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a oferta de outras especialidades no CEO, além das mínimas exigidas: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza e garante a oferta no CEO dos serviços de odontopediatria, implantodontia, ortodontia e reabilitação protética oral para população do município.	II.11.10 - Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO para Radiologia. a) ____ dias; b) Não sabe/não respondeu; c) Não se aplica.								1.12-II11.10



Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.7.6 - Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? Pode ter mais de uma resposta. Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores. a) Sim b) Não Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. a) Sim b) Não Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca. a) Sim b) Não Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. a) Sim b) Não Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. a) Sim b) Não Construção e discussão de protocolos clínicos. a) Sim b) Não Pactua critérios para referência por especialidade. a) Sim b) Não Realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica quando solicitados. a) Sim b) Não								

Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.10.4/1 - Existe documento que comprove que o CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados para: Cirurgia Oral a) Sim b) Não Endodontia a) Sim b) Não Pacientes com necessidades especiais a) Sim b) Não Periodontia a) Sim b) Não Estomatologia a) Sim b) Não								1.13-II10.4.1
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.10.5/1 - Existe documento que comprove que existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para a seguinte especialidade? Cirurgia Oral a) Sim b) Não Endodontia a) Sim b) Não Pacientes com necessidades especiais a) Sim b) Não Periodontia a) Sim b) Não Estomatologia a) Sim b) Não								1.13-II10.5.1

**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.12.1 - O CEO realiza biópsia? a) Sim; b) Não, porque não há material / instrumental disponível; c) Não, porque não há laboratório para encaminhamento; d) Não, porque não há profissional capacitado; e) Não, outros: _____								1.13-II12.1
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.12.3 - O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológico? a) sim b) não								1.13-II12.3



**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.13.1/1 - Existe documento que comprove que o CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca? a) sim b) não								1.13-II13.1.1
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	1.13 - A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal: Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.	II.13.2 - O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca? a) Sim b) Não								1.13-II13.2

**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
C - Gestão do Trabalho	1.14 - A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores do CEO: A gestão municipal/estadual prevê vínculo regular de trabalho com garantias dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais do CEO. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.	II.4.2 - Tipo de vínculo dos profissionais do CEO - Informar a quantidade: a) Servidor público estatutário ___CD; ___ASB; ___TSB; b) Cargo comissionado ___CD; ___ASB; ___TSB; c) Contrato temporário ___CD; ___ASB; ___TSB; d) Contrato CLT ___CD; ___ASB; ___TSB; e) Autônomo ___CD; ___ASB; ___TSB; f) Outro(s) ___CD; ___ASB; ___TSB.								1.14-II4.2
C - Gestão do Trabalho	1.14 - A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores do CEO: A gestão municipal/estadual prevê vínculo regular de trabalho com garantias dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais do CEO. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.	II.4.3 - Mecanismo de ingresso dos profissionais do CEO - Informar a quantidade: a) Concurso público ___CD; ___ASB; ___TSB; b) Seleção pública ___CD; ___ASB; ___TSB; c) Outro(s) ___CD; ___ASB; ___TSB.								1.14-II4.3



Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
C - Gestão do Trabalho	<p><b>1.15 - A gestão municipal/estadual de saúde possui programa de incentivo financeiro para os trabalhadores do CEO baseado em metas e resultados alcançados:</b> A gestão municipal/estadual remunera os trabalhadores considerando também o desempenho do CEO. Reconhece e valoriza o processo de trabalho dos profissionais a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para melhoramento do desempenho e monitora e avalia os indicadores pactuados.</p>	<p><b>II.5.6 Os profissionais recebem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?</b>            a) Sim, todos;            b) Sim, apenas o Gerente do CEO;            c) Sim, apenas os cirurgiões dentistas;            d) Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal;            e) Não.</p>								1.15-II5.6
C - Gestão do Trabalho	<p><b>1.16 - A gestão municipal/estadual garante aos trabalhadores do CEO plano de carreiras, cargos e salários:</b> A gestão municipal/estadual garante carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores do CEO em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elemental), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.</p>	<p><b>II.5.1 - Os profissionais do CEO têm plano de carreira?</b>            a) Sim, todos;            b) Sim, apenas o Gerente do CEO;            c) Sim, apenas os cirurgiões dentistas;            d) Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal;            e) Não.</p>								1.16-II5.1





Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
C - Gestão do Trabalho	<p>1.17 - A gestão municipal/estadual de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador do CEO: A gestão municipal/estadual garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo como perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: imunização, ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos, testagem rápida (HIV e hepatite) e readaptação de função.</p>	<p>1.8.2 - Sobre as características estruturais e ambiência do CEO, observe se: A sala de espera está em boas condições de limpeza, possui lugares suficientes para os usuários aguardarem e dispõe de boa ventilação ou climatização? a) Sim b) Não O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis? a) Sim b) Não A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno, incluindo compressor? a) Sim b) Não Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado? a) Sim b) Não Os consultórios do CEO possuem ventilador? a) Sim b) Não Os consultórios odontológicos estão em boas condições uso, de limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)? a) Sim b) Não Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza? a) Sim b) Não</p>								1.17-18.2

Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
C - Gestão do Trabalho	<p>1.17 - A gestão municipal/estadual de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador do CEO: A gestão municipal/estadual garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: imunização, ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos, testagem rápida (HIV e hepatite) e readaptação de função.</p>	<p>1.13.25 - No CEO há EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas, em uso? a) Sim b) Não E no estoque? a) Sim b) Não</p>								1.17-113.25



**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GESTÃO MUNICIPAL/ ESTADUAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário: efetivação dos princípios da integralidade.	1.19 - A gestão municipal/estadual de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas: A gestão municipal/estadual disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários para expressarem as suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.	II.16.3 - Quais os canais de comunicação disponibilizados? Telefone do CEO a) Sim b) Não Telefone da ouvidoria a) Sim b) Não E-mail do CEO a) Sim b) Não Site disponível ao usuário a) Sim b) Não Livros ou formulários a) Sim b) Não								1.19-II16.3
D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário: efetivação dos princípios da integralidade.	1.19 - A gestão municipal/estadual de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas: A gestão municipal/estadual disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários para expressarem as suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.	II.16.4 - A Equipe do CEO considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho? a) Sim b) Não								1.19-II16.4











Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
E - Apoio Institucional	<p>2.2 - A gerência do CEO desenvolve o trabalho de apoiador institucional considerando os principais desafios para a qualificação do serviço: O processo de trabalho da gerência do CEO promove ações de qualificação do processo de trabalho do CEO. São exemplos dessas ações: Discussão e montagem das agendas dos profissionais; Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica; Análise de indicadores e informações em saúde; Facilitação de processos locais de planejamento; Discussão do perfil das referências e contrarreferências; Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.</p>	<p>II.19.6 - O CEO realiza reunião de Equipe? a) Sim b) Não</p>								2.2-II19.6

Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
E - Apoio Institucional	<p>2.2 - A gerência do CEO desenvolve o trabalho de apoiador institucional considerando os principais desafios para a qualificação do serviço: O processo de trabalho da gerência do CEO promove ações de qualificação do processo de trabalho do CEO. São exemplos dessas ações: Discussão e montagem das agendas dos profissionais; Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica; Análise de indicadores e informações em saúde; Facilitação de processos locais de planejamento; Discussão do perfil das referências e contrarreferências; Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.</p>	<p>II.19.8 - Quais são os temas das reuniões de Equipe? a) Organização do processo de trabalho e do serviço; b) Discussão de casos pela Equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores); c) Qualificação clínica com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços; d) Construção/discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica; e) A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.</p>								2.2-II19.8



**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
F - Educação Permanente	2.4 - A gerência do CEO emprega estratégias que estimulam a troca de experiências: A gerência do CEO disponibiliza para os profissionais mecanismos virtuais e/ou presenciais, como Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos.	II.7.4 - A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, na resolução de casos considerados complexos? a) Sim b) Não								2.4-II7.4
F - Educação Permanente	2.4 - A gerência do CEO emprega estratégias que estimulam a troca de experiências: A gerência do CEO disponibiliza para os profissionais mecanismos virtuais e/ou presenciais, como Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos.	II.10.7 - Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar? a) Sempre b) Algumas vezes c) Nunca								2.4-II10.7









Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
F - Educação Permanente	2.5 - A gerência do CEO garante aos profissionais momentos destinados a reuniões: A gerência do CEO garante a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e a avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Esses momentos têm periodicidade semanal, quinzenal ou mensal.	II.19.6 - O CEO realiza reunião de Equipe? a) sim b) não								2.5-II19.6
F - Educação Permanente	2.5 - A gerência do CEO garante aos profissionais momentos destinados a reuniões: A gerência do CEO garante a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e a avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Esses momentos têm periodicidade semanal, quinzenal ou mensal.	II.19.7 - Qual a periodicidade das reuniões de Equipe no CEO? a) Semanal; b) Quinzenal c) Mensal; d) Sem periodicidade definida.								2.5-II19.7





**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
F - Educação Permanente	<p><b>2.7 - A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais voltados para o interesse do serviço:</b> A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais (nível médio, técnico ou superior) que atuam no CEO. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta.</p>	<p><b>II.18.3 - A Equipe do CEO utiliza o Teles saúde para:</b> a) Segunda opinião formativa; b) Telediagnóstico; c) Teleconsultoria; d) Tele-educação.</p>								2.7-II18.3
F - Educação Permanente	<p><b>2.7 - A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais voltados para o interesse do serviço:</b> A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais (nível médio, técnico ou superior) que atuam no CEO. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta.</p>	<p><b>II.18.4 - Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?</b> a) Sim, totalmente b) Sim, parcialmente c) Não</p>								2.7-II18.4

**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	2.8 - A gerência do CEO adota estratégias e instrumentos de monitoramento no seu âmbito de atuação: O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento, citamos: (a) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades de acompanhamento; (b) Definição de responsáveis; (c) Periodicidade do acompanhamento; (d) Instrumentos de sistematização das ações e (e) Mecanismos de divulgação e discussão da sistemática de resultados.	II.6.5/1 - Existe documento que comprove que é realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO? a) Sim b) Não								2.8-II.6.5.1

**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	2.9 - A gerência do CEO institui processos avaliativos como ferramenta de gestão: A gerência do CEO avalia indicadores de estrutura, processos e resultados, estratégias de educação permanente, satisfação do usuário e dos profissionais e implementa processos autoavaliativos no âmbito do CEO. Tais processos são: (1) Resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa); (2) Elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa); ou (3) Produto de avaliações realizadas no cotidiano dos serviços, ou seja, a aplicação de critérios baseados em reflexões respaldadas nas experiências vividas, instintos, percepções, sensibilidades, entre outros (avaliação informal ou prática avaliativa).	II.6.6 - Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses? a) Sim b) Não								2.9-II.6.6

Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	2.9 - A gerência do CEO institui processos avaliativos como ferramenta de gestão: A gerência do CEO avalia indicadores de estrutura, processos e resultados, estratégias de educação permanente, satisfação do usuário e dos profissionais e implementa processos autoavaliativos no âmbito do CEO. Tais processos são: (1) Resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa); (2) Elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa); ou (3) Produto de avaliações realizadas no cotidiano dos serviços, ou seja, a aplicação de critérios baseados em reflexões respaldadas nas experiências vividas, instintos, percepções, sensibilidades, entre outros (avaliação informal ou prática avaliativa).	II.6.7/1 - Existe documento que comprove qual o instrumento/fonte é utilizado para o processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses? a) AMAQ-CEO; b) Instrumento desenvolvido pelo município/Equipe; c) Instrumento desenvolvido pelo Estado; d) Outro(s).								2.9-II6.7.1

**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
<b>G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&amp;A</b>	<b>2.9 - A gerência do CEO institui processos avaliativos como ferramenta de gestão:</b> A gerência do CEO avalia indicadores de estrutura, processos e resultados, estratégias de educação permanente, satisfação do usuário e dos profissionais e implementa processos autoavaliativos no âmbito do CEO. Tais processos são: (1) Resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa); (2) Elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa); ou (3) Produto de avaliações realizadas no cotidiano dos serviços, ou seja, a aplicação de critérios baseados em reflexões respaldadas nas experiências vividas, instintos, percepções, sensibilidades, entre outros (avaliação informal ou prática avaliativa).	<b>II.19.4/1 -Existe documento que comprove que a Equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?</b> a) Sim b) Não								2.9-II19.4.1









**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: GERÊNCIA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PANELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
<b>G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&amp;A</b>	<b>2.12 - A gerência do CEO utiliza as informações do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) como instrumento de gestão:</b> O SIA/SUS fornece, sob forma de relatórios, informações que permitem aos gestores e profissionais realizarem o monitoramento de suas atividades. A gerência do CEO utiliza essas informações para subsidiar a tomada de decisão. Além de garantir a alimentação e atualização da base de dados, procedendo a análise periódica dos relatórios em conjunto com os profissionais do serviço, considerando as metas estabelecidas na Portaria nº 1.464/GMMS, de 24/06/2011.	<b>II.19.3 - A Equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando:</b> <b>As informações do SIA.</b> a) Sim b) Não As informações locais de levantamento epidemiológico. a) Sim b) Não As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde. a) Sim b) Não Os desafios apontados a partir da autoavaliação. a) Sim b) Não O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade). a) Sim b) Não								2.12-II19.3













Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: ESTRUTURA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	P C	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
					5	4	3			
H - Subdimensão: Infraestrutura e Equipamentos	<p>3.6 - O CEO possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências, conforme exigido na Portaria nº 599/GMMS, de 23/03/06: Há placas de identificação visual externa e interna. Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviço especializado de saúde bucal integrante do Sistema Único de Saúde. A adequação visual está de acordo com as especificações do Manual de Aplicações da Marca Brasil Sorridente, Capítulo 5 "Aplicações Centro de Especialidades Odontológicas" (disponível em <a href="http://www.saude.gov.br/bucal">www.saude.gov.br/bucal</a> =&gt; Menu: Publicações); placa de identificação para fachada dos Centros de Especialidades Odontológicas, placa de identificação para recepção, placa de identificação para consultórios, aplicação do logotipo BRASIL SORRIDENTE em jalecos de profissionais de saúde do CEO, logotipo BRASIL SORRIDENTE em móbil, logotipo BRASIL SORRIDENTE em placa de inauguração do CEO.</p>	<p>1.4 - Adequação visual do CEO (Placa de identificação para fachada, placa de identificação para recepção, placa de identificação em todos os consultórios, placa de inauguração, móbil para sinalização do Brasil Sorridente, jalecos dos profissionais em atendimento com a marca do Brasil Sorridente: tudo em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente).</p>								3.6-14



**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: ESTRUTURA DO CEO	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
I – Subdimensão: Insumos e Instrumentais	3.8 - O CEO dispõe de material impresso em quantidade e qualidade suficiente para o desenvolvimento das ações: O CEO possui materiais impressos em quantidade e qualidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e qualidade do atendimento prestado. Verificar anexo D (Ficha clínica odontológica - Prontuário Clínico, Atestado Médico/Atestado de comparecimento, Receituário, Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado BPA-C, Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado BPA-I, Autorização de Procedimentos Ambulatoriais APAC, Relação de medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos, Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas, Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico, Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência).	I.15 - Material impresso para atenção à saúde bucal: existência e disponibilidade dos materiais impressos (Ficha clínica odontológica - Prontuário clínico, Atestado/Atestado de comparecimento, Receituário comum e controlado, Boletim de produção ambulatorial consolidado BPA-C, Boletim de produção ambulatorial individualizado BPA-I, Autorização de Procedimentos Ambulatoriais APAC, Relação de Medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos, Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas, ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico, Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência).								3.8-I15







































Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.  
(continuação)

DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: PERFIL, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
L - Atenção Integral à Saúde Bucal	4.10 - A equipe do CEO desenvolve ações, em parceria com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica, de identificação precoce do câncer de boca: A equipe do CEO realiza ações periódicas coletivas e/ou individuais de prevenção/controlar o câncer de boca em parceria com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica centram esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que estejam incluídos no perfil epidemiológico de "risco" de câncer de boca ou cujo laudo histopatológico descreva a presença de atipias da mucosa bucal.	<p>II.7.6 - Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da Atenção Básica?</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Construção e discussão de protocolos clínicos</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p> Pactua critérios para referência por especialidade</p> <p>a) Sim b) Não</p> <p>Realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.</p> <p>a) Sim b) Não</p>								4.10-II.7.6



















**Quadro 5 – Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ- CEO primeiro ciclo, construída.**  
(continuação)

DIMENSAO DA AMAQ-CEO: PERFIL, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE BUCAL	PADROES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT					PAINELISTAS		CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES
SUBDIMENSAO	QUESTIONARIO DA AMAQ-CEO	FORMULARIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD	OBSERVAÇÕES	ESCLARECIMENTOS	
			5	4	3	2	1			
M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4.18 - Existem canais de comunicação entre a equipe do CEO e os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações: São instituídos mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe do CEO procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação do serviço.	II.16.3 - Quais os canais de comunicação disponibilizados para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões? Essa pergunta pode ter mais de uma resposta. Telefone do CEO a) Sim b) Não Telefone da ouvidoria a) Sim b) Não E-mail do CEO a) Sim b) Não Site disponível ao usuário a) Sim b) Não Livros ou formulários a) Sim b) Não								4.18-II16.3





## **APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título do Estudo: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos.**

**Pesquisadora:** Mônica Maria Motta dos Reis Marques

**Orientador:** Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira - Pesquisador IAM

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilcema Figueiredo – Pesquisadora UFPE

**Membro da Equipe:** Prof.Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes - Pesquisador UFPE

**Telefone para contato:** (81) 99299.5530

**e-mail para contato:** monica.marques994@gmail.com

### **Informações sobre a pesquisa**

Prezado (a) Sr (a),

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma das etapas desta pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública, pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE.

Você está livre para aceitar ou recusar fazer parte da mesma, e não sofrerá nenhum tipo de represália, independente dos resultados.

Esta Pesquisa tem o objetivo de validar a concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), do primeiro ciclo.

Neste intuito, foi construída, pela pesquisadora, uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa, a partir da estrutura definida, pelo Ministério da Saúde, para a AMAQ-CEO (04 Dimensões, 13 Subdimensões e 62 padrões de qualidade). A mesma precisará de validação do conteúdo, por meio da Técnica de Consenso de Delphi Modificada.

Serão convidados, a participar da primeira rodada desta Técnica, sete Coordenadores Macrorregionais do PMAQ-CEO, no intuito de se conseguir um maior refinamento da estrutura da matriz. E, da segunda rodada em diante, serão incluídos também os 18 Coordenadores Estaduais do PMAQ-CEO.

Os *experts* terão um prazo de quinze dias, após o recebimento do convite, para enviarem o TCLE assinado, por e-mail, concordando com a participação na pesquisa. Deste modo, após esse período, a pesquisadora dará início à primeira

rodada de Delphi, sendo que os participantes serão informados quanto ao início da mesma. Terão, a partir daí, quinze dias para preencherem a matriz, on-line, e darem o retorno à pesquisadora.

Haverá tantas rodadas da Técnica de Delphi, quantas forem necessárias para se obter o consenso, e será disponibilizada a análise estatística descritiva, após cada uma delas.

Caso você concorde em colaborar com este estudo, será necessário preencher a Matriz que segue anexa, a partir do julgamento acerca da concordância entre os padrões de qualidade do questionário da AMAQ-CEO e dos formulários dos Módulos I (Observação no CEO) e II (Entrevista com Gerente do CEO e com Cirurgião-Dentista) da Avaliação Externa (AE).

Deste modo, na terceira coluna da matriz, tem-se o(s) padrão(ões) de qualidade da Avaliação Externa possivelmente concordantes (correspondentes por equivalência) com cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO, localizado na segunda coluna da matriz. Segue também um instrutivo que irá esclarecer como preencher esta Matriz.

Esta pesquisa terá caráter gratuito e espontâneo, não havendo nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação.

Riscos: Serão mínimos, visto que a autora irá avaliar comparativamente os padrões de qualidade de instrumentos avaliativos do PMAQ-CEO, sem aplicá-los nos serviços. Além disso, a técnica de consenso, utilizada neste estudo, se baseia no método de Delphi, que prioriza o anonimato dos *experts* participantes do grupo. Deste modo, não haverá citação de nomes nem outra identificação dos sujeitos, em nenhum relatório ou publicação do estudo. Como a participação é voluntária, será disponibilizado para os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ser assinado pelos concordantes. A autora da pesquisa declara também não haver conflito de interesse na realização desse trabalho.

Benefícios: caso se verifique a comprovação científica da concordância entre instrumentos da AMAQ-CEO e da AE, ter-se-á mais subsídios que contribuam para a consolidação da autoavaliação, por meio do instrumento AMAQ-CEO, como rotina nos CEO. E pode-se aventar a possibilidade da coleta de dados da Avaliação Externa ser realizada, complementarmente, num intervalo de tempo maior que os dois anos, previstos, pelo Ministério da Saúde, para cada ciclo do PMAQ-CEO.

Portanto, quando o (a) Sr.(a) assinar abaixo, significa que concorda em participar da pesquisa descrita acima. Solicitamos que nos envie eletronicamente, então, o TCLE assinado e datado, dentro do prazo de quinze dias a partir da data do recebimento do mesmo.

Assim, por estar ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do R.G. \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que concordo em participar deste estudo, tendo sido devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora, sobre o objetivo e os procedimentos nele envolvidos, assim como dos riscos e

benefícios da minha participação. Também estou livre para interromper a minha participação, sem nenhum prejuízo para mim.

Do mesmo modo, eu, Mônica Maria Motta dos Reis Marques, portadora do R.G. 3.519.711 SSP-PE e do CPF-551.425.086-53, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste especialista, para a participação neste estudo.

O presente documento está em conformidade com o projeto de pesquisa que foi aprovado, em março de 2018, pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE, sob o parecer de nº 2.539.263, e se enquadra na modalidade de risco mínimo, de acordo com a Resolução CNS Nº 466/2012, do MS, que dispõe as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com a pesquisadora, por e-mail ou telefone.

O referido TCLE será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

---

Participante:

---

Pesquisadora: Mônica Maria Motta dos Reis Marques

Recife, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



**APÊNDICE G - MATRIZ VALIDADA DE CONCORDÂNCIA ENTRE  
INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO  
PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.**































































































































































































































**Quadro 6 – Matriz validada de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo.**  
(conclusão)

MATRIZ VALIDADA DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO								CODIFICAÇÃO DOS ITENS POSSIVELMENTE CONCORDANTES	
DIMENSÃO DA AMAQ-CEO: PERFIL, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL	PADRÕES DE QUALIDADE POSSIVELMENTE CONCORDANTES		ESCALA DE LIKERT						PAINELISTAS
SUBDIMENSÃO	QUESTIONÁRIO DA AMAQ-CEO	FORMULÁRIOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	TC	PC	NC ND	PD	TD		OBSERVAÇÕES
			5	4	3	2	1		
<b>M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário</b>	<b>4.19 - A equipe do CEO disponibiliza informações sobre o funcionamento do serviço de maneira clara e acessível aos usuários: A equipe do CEO disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.</b>	<b>1.6 - Sinalização das ações e identificação dos profissionais (No CEO há divulgação para os usuários: do horário de funcionamento do CEO, do Quadro de especialidades ofertadas no CEO com a escala dos profissionais com nome e horários de trabalho, do telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde? Todos os profissionais do CEO estão com crachás de identificação?).</b>							
									4.19-16

Fonte: A autora, 2019.

**APÊNDICE H - ITENS DA MATRIZ, CONSTRUÍDA QUE NÃO ALCANÇARAM O CONSENSO, PELA TÉCNICA DE DELPHI, PARA A CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO.**







































## APÊNDICE I - INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS DA AUTOAVALIAÇÃO E DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO, UTILIZANDO A TÉCNICA DE DELPHI

**PROJETO DE PESQUISA:** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos.

**Pesquisadora:** Mônica Maria Motta dos Reis Marques

**Orientador:** Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilcema Figueiredo

**Membro da Equipe:** Prof.Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

**Instruções aos *experts* convidados para a Técnica de Consenso de Delphi Modificada, no intuito de validar o conteúdo da Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo construída.**

Prezado(a) participante,

1. O Sr.(a) está recebendo, em anexo, o arquivo **Matriz de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo**, em Excel.

2. A referida matriz, construída pela pesquisadora, apresenta na primeira coluna as dimensões com as respectivas subdimensões da AMAQ-CEO. E, para cada subdimensão, tem-se na segunda coluna, a descrição e o detalhamento de cada padrão de qualidade do questionário da AMAQ-CEO, conforme a estrutura definida pelo Ministério da Saúde, para o referido instrumento de autoavaliação. Já, na terceira coluna, é (são) apresentado(s) o(s) padrão(ões) de qualidade dos formulários da Avaliação Externa que correspondente(m) por equivalência a cada padrão de qualidade da AMAQ-CEO, apresentado na segunda coluna, de acordo com o entendimento da pesquisadora.

Um padrão de qualidade da AMAQ-CEO pode ser correspondente por equivalência a mais de um padrão da Avaliação Externa, pois há 62 padrões de qualidade do instrumento avaliativo da AMAQ-CEO e 356 da Avaliação Externa.

3. Após a terceira coluna, tem-se a Escala de Likert, para que cada *expert* registre, numa escala ordinal de um a cinco, em cada linha, o seu julgamento a respeito da concordância entre o padrão de qualidade da AMAQ-CEO (segunda coluna) e o padrão, correspondente por equivalência, da Avaliação Externa (terceira coluna). Deste modo, solicitamos que o Sr.(a) leia com atenção os padrões de qualidade inseridos na mesma linha da Matriz e atribua respectivamente, de maneira individual, a pontuação de acordo com o seu julgamento, sendo a Concordância Total - CT (nota 5); Concordância Parcial - CP (nota 4); Nem Concordância, Nem Discordância - NCND (nota 3); Discordância Parcial - DP (nota 2); ou Discordância Total - DT (nota 1).

4. No caso de discordância com as informações, solicitamos que seja descrito o motivo da mesma, no campo esclarecimentos. O Sr.(a) pode também fazer sugestões ou outros comentários, no espaço observações.
5. O *expert* poderá discordar da pesquisadora e sugerir a inclusão ou exclusão de algum padrão de qualidade em determinada(s) linha(s), inclusive daqueles listados pela pesquisadora nos quadros dos não correspondentes. Neste caso, deverá justificar a sua opinião.
6. Na matriz construída pela pesquisadora, quando um padrão da AMAQ-CEO não apresenta possibilidade de concordância com algum padrão da Avaliação Externa, aparece um traço contínuo na terceira coluna, onde deveria estar o padrão da Avaliação Externa correspondente. Por outro lado, quando um padrão da Avaliação Externa não corresponde a nenhum padrão da AMAQ-CEO, ele não aparece na matriz.
7. Também seguem anexos, dois quadros com os padrões de qualidade da AMAQ-CEO e da Avaliação Externa que não apresentam correspondência:
  - a) “Padrões de qualidade da AMAQ-CEO que não apresentam possibilidade de concordância com os padrões da Avaliação Externa, segundo entendimento da pesquisadora”;
  - b) “Padrões de qualidade da Avaliação Externa que não apresentam possibilidade de concordância com padrões da AMAQ-CEO, segundo entendimento da pesquisadora”.
8. No final da Técnica, quando for obtido o consenso para os padrões dos instrumentos em estudo, a Matriz validada e a listagem dos padrões não concordantes serão apresentados como resultados.

Caso queira me contactar para maiores esclarecimentos, estou à disposição.

Mônica Maria Motta dos Reis Marques: (81) 99299.5530

e-mail: monica.marques994@gmail.com



**APÊNDICE J – RELATÓRIO TÉCNICO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DA DISSERTAÇÃO INTITULADA “PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS”**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO:  
CONTRIBUINDO PARA O FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS  
NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PERNAMBUCO**

**Recife  
2019**

**MÔNICA MARIA MOTTA DOS REIS MARQUES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO:  
CONTRIBUINDO PARA O FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS  
NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PERNAMBUCO**

Projeto de Intervenção, como contribuição ao Estado de Pernambuco, oriundo dos resultados da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Dr.Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Dra. Nilcema Figueiredo

**Recife**

**2019**

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, podendo fornecer informações, cientificamente válidas e socialmente legítimas, sobre a mesma ou um dos seus componentes, possibilitando que os diferentes atores, envolvidos no processo avaliativo, possam se posicionar sobre esta intervenção, elaborando um julgamento individual ou coletivo, que possa se reverter em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Entretanto, Vieira-da-Silva (2005) recomenda a substituição da intervenção pelas práticas sociais, de modo a ampliar o seu escopo.

A necessidade de maior eficiência dos sistemas de saúde; da garantia do cuidado (KALINICHENKO; AMADO; SANTOS, 2013), inclusive diante do predomínio das condições crônicas (MELO *et al.*, 2017); e, da incorporação de novas tecnologias são fatores que reforçam a premente necessidade da institucionalização da avaliação, que significa a incorporação da mesma como atividade sistemática no interior das gestões municipal, estadual e federal (BRITO; JESUS, 2009), fruto de uma demanda interna de acompanhamento do processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas (SEVERO *et al.*, 2016).

No Brasil, embora os caminhos da descentralização tenham representado relevantes alterações na forma de desenvolver as práticas de atenção à saúde, (OLIVEIRA NETO; ITANI, 2008), a avaliação ainda não foi institucionalizada nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (SEVERO *et al.*, 2016; FELISBERTO, 2010), persistindo desafios como os processos avaliativos descontextualizados e, a necessidade de incorporação de uma prática avaliativa mais participativa (CRUZ, 2016). Carvalho *et al.* (2012) acrescentam ainda que os processos avaliativos geralmente são restritos aos objetivos específicos e aos processos de gestão de alguns programas, nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação profissional.

Além disso, na agenda nacional e internacional e nos debates sobre a reforma dos sistemas de saúde, a preocupação com a qualidade da atenção à saúde passou a se impor mais fortemente (SERAPIONI, 2009). Segundo Donabedian (1988), compreende-se qualidade como o grau no qual os serviços

atendem às necessidades, expectativas e ao padrão de atendimento dos usuários do sistema de saúde.

No Brasil, dentre as iniciativas avaliativas, direcionadas à qualidade, tem-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que avalia o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e repassa mais recursos financeiros para os serviços que cumprem os padrões de qualidade pactuados (BRASIL, 2013c).

Estruturalmente o primeiro ciclo do PMAQ-CEO foi subdividido em quatro etapas: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento, que compreende autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; 3) avaliação externa e 4) recontratualização (BRASIL, 2013c).

A fase da autoavaliação consiste em um dispositivo para a reorganização do serviço e da gestão, a partir da autoanálise, da autogestão, da identificação dos problemas e da formulação das estratégias de intervenção, em busca da melhoria dos serviços e do processo de trabalho (BRASIL, 2013c). Com esse fim, o Ministério da Saúde (MS) recomenda o uso da ferramenta “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO)”, devido ao seu potencial pedagógico, de caráter problematizador e reflexivo. A mesma é composta por um conjunto de padrões de qualidade relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO (BRASIL, 2013c).

Por sua vez, a Avaliação Externa (AE) é mais onerosa (SCRIVEN; 1991, PATTON, 1997) e, realizada por avaliadores selecionados e capacitados por Instituições de Ensino Superior (IES) e/ou Pesquisa, que utilizam formulários, contendo padrões de qualidade, direcionados à observação da infraestrutura do serviço e à realização de entrevistas com gerente do CEO, um cirurgião-dentista e com usuários, além da verificação de documentação (BRASIL, 2013c). É importante ressaltar que, no Instrumento de Coleta da Avaliação Externa existem padrões de qualidade, que serão utilizados para o levantamento de informações essenciais ao aprimoramento de estratégias, que visem à qualificação da Atenção à Saúde Bucal (BRASIL, 2013c).

Deve-se ressaltar que, apesar do PMAQ-CEO compreender duas tipologias avaliativas, os padrões de qualidade, presentes nos instrumentos da Avaliação Externa guardam similaridade com os da Autoavaliação, visando assegurar a

coerência entre as informações observadas pelos avaliadores de qualidade e aquelas obtidas por meio da Autoavaliação (BRASIL, 2013e).

Quanto aos CEO, eles foram instituídos, em 2004, para organizar e estruturar a Atenção Secundária (BRASIL, 2004b), sendo unidades de referência para a atenção básica (BRASIL, 2006), contribuindo para reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados, assim como a morbidade relacionada à saúde bucal (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015)

Tem-se observado um crescimento de publicações sobre os CEO, (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015), mas ainda há muitos obstáculos a serem superados, como o baixo desempenho no cumprimento das metas de produção (COLUSSI; CALVO, 2012; FIGUEIREDO; GÓES, 2009; GOES *et al.*, 2012), além da baixa resolutividade (ARAÚJO; MENEZES; SOUSA, 2012). Portanto, é essencial avaliá-los continuamente, a fim de identificar fragilidades e potencialidades, que subsidiem os processos de gerência/gestão (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Diante do exposto, e, considerando que a avaliação de programas e serviços de saúde fornece subsídios aos processos decisórios de gerência/gestão, contribuindo para o redirecionamento das práticas, além do aprimoramento institucional e profissional; que a institucionalização da avaliação ainda se constitui um desafio no SUS; que o PMAQ-CEO busca a institucionalização da cultura avaliativa nos CEO, e ocorre por ciclos avaliativos; que estes serviços são estratégicos na organização da Rede de Atenção em Saúde Bucal, devendo ser avaliados continuamente; e, que são raros os estudos que têm se dedicado à melhoria dos instrumentos e métodos de sua avaliação foi realizado um estudo que culminou na Dissertação do Mestrado intitulada “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos”.

Foi possível validar a concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo e, os resultados encontrados fornecem mais subsídios para a consolidação da Autoavaliação, enquanto prática contínua nos CEO, buscando melhorar a qualificação, a eficiência e a efetividade destes serviços. E, poder-se-á sugerir, que a Avaliação Externa, devido ao seu elevado custo e complexidade operacional, possa ocorrer, de maneira complementar, num período de tempo maior que os dois anos preconizados pelo

Ministério da Saúde para cada ciclo avaliativo, sem prejuízo à utilidade da avaliação e, otimizando recursos.

Portanto, esta Dissertação, 'fruto' do Mestrado Profissional em Saúde Pública, trouxe evidências científicas relacionadas à avaliação de serviços, externando a importância da aproximação ensino-serviço. Como Projeto de Intervenção, pretende-se contribuir para a institucionalização dos processos avaliativos nos CEO, divulgando os resultados do estudo durante o Seminário de Fortalecimento da Atenção Especializada em Saúde Bucal do Estado de Pernambuco, previsto para acontecer em abril deste ano, e direcionado aos coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais dos CEO, do referido estado, de modo a fomentar a discussão sobre os avanços e desafios da consolidação da avaliação da qualidade dos CEO.

## **2 OBJETIVOS**

Neste relatório, os objetivos foram apresentados subdivididos em Geral e Específicos.

### **2.1 Objetivo Geral**

Contribuir para a institucionalização da avaliação da atenção especializada em saúde bucal, no estado de Pernambuco.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1) Divulgar os resultados da Dissertação de Mestrado intitulada "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação de concordância entre instrumentos avaliativos";

2) Fomentar a discussão junto aos Coordenadores de Saúde Bucal, gerentes e profissionais dos CEO, do estado de Pernambuco, sobre os avanços e desafios da consolidação da avaliação da qualidade nestes serviços.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio, pois, requer a reorganização da cadeia produtiva, a quebra dos paradigmas assistenciais, com mudanças das práticas e tecnologias; o resgate da relação interpessoal entre profissionais e usuários dos serviços; a remuneração, qualificação, capacitação e a participação ativa de profissionais na pactuação das metas e dos parâmetros de qualidade (SAVASSI, 2012). Além disso, a intervenção em saúde, como todo fenômeno social, é complexa e dinâmica, requerendo respostas em contexto e em tempo oportunos (SANTOS *et al.*, 2017).

A avaliação se apresenta como a melhor alternativa para se obter informações sobre a efetividade de um sistema de saúde e prática fundamental para a racionalização das atividades e das decisões no que diz respeito à alocação de recursos (HARTZ; FERRINHO, 2011). E, deve ser incorporada à rotina das organizações de saúde, como componente do planejamento, que pode subsidiar as tomadas de decisões e contribuir para a mudança do modelo assistencial (BRITO; JESUS, 2009), potencializando os processos de gestão e aprimorando as ações de cuidado em saúde (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

Institucionalizar a avaliação requer estratégias e recursos para a produção de conhecimento e o treinamento de pessoal especializado. Vai além, quando aborda o conceito de qualidade em saúde, valorizando as estratégias mais participativas, associadas às estruturas de avaliação descentralizadas e flexíveis (TRAVASSOS, 1999).

No Brasil, o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) caracterizou-se por diferentes iniciativas avaliativas, nas três instâncias de governo, num contexto marcado pelo avanço da descentralização, a partir das mudanças desencadeadas com a implantação do SUS (REIS, 2016). Porém, a avaliação ainda é pouco incorporada ao processo de trabalho cotidiano, devido à falta de investimento; à deficiência nas formações técnica, política e humana dos profissionais e gestores, além das insuficientes parcerias intersetoriais e da reduzida participação dos usuários (CHAVES; TANAKA, 2012).

Há de se considerar também que “avaliar é um ato político” e o “seu produto está marcado, igualmente, pela postura e pela expectativa política de quem participa e faz a avaliação” (GOES; FIGUEIREDO, 2012, p.164). Portanto, para que se instale uma cultura de avaliação, é necessário que a capacidade avaliativa seja construída,



no contexto dos espaços de trabalho, em um movimento de aprendizado constante, a partir e sobre a avaliação (DENIS, 2010), de modo que a mesma se configure como uma prática introjetada ou vivenciada pelos atores institucionais (FELISBERTO, 2006).

Em relação à avaliação da qualidade das ações de saúde, também existem lacunas a serem superadas (COSTA *et al.*, 2015). E é preciso compreender qualidade como o grau no qual os serviços atendem às necessidades, expectativas e ao padrão de atendimento dos usuários do sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Apesar das dificuldades, aconteceram diversas iniciativas avaliativas no SUS, em busca da melhoria da qualidade, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) (MACHADO, 2014), Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) (BRASIL, 2010a); o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (MACHADO, 2014) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012b).

Em 2013, foi implantado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que avalia o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e repassa mais recursos financeiros para os serviços que cumprem os padrões de qualidade pactuados (BRASIL, 2013c). Permite realizar a comparação nacional, regional e local entre os CEO; fortalecer a referência e a contrarreferência de saúde bucal; a transparência; mobilizar e responsabilizar os gestores, profissionais dos CEO e os usuários pela gestão e qualificação desses serviços; desenvolver a cultura de negociação e contratualização; estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, em função das necessidades e da satisfação dos usuários; além da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2013c).

Com potencial para o desenvolvimento de práticas avaliativas na gestão pública dos serviços de saúde bucal (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016), o PMAQ-CEO fortalece a avaliação dos serviços e programas de saúde, como uma atividade institucional do SUS (GOES *et al.*, 2018).

O PMAQ-CEO primeiro ciclo ocorreu em 2013 e 2014, e foi organizado em 04 fases que se complementam: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento;

Avaliação Externa e, Recontratualização (BRASIL, 2013c; BRASIL 2013d). Por sua vez, a fase do Desenvolvimento compreende quatro etapas (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional), que deverão ocorrer de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

A autoavaliação pode proporcionar, aos participantes do processo avaliativo, momentos de reflexão e discussão, devendo ser realizada coletivamente, abrangendo todos os atores envolvidos com o CEO, a fim de identificar as dimensões positivas e problemáticas do trabalho da gestão e dos profissionais, procurando produzir sentidos e significados, que possam induzir a mudança e o aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013e).

O Ministério da Saúde recomenda o uso da ferramenta validada “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas” (AMAQ-CEO). A mesma contém um questionário composto por um conjunto de padrões de qualidade, quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO (BRASIL, 2013e).

Já, na terceira fase do PMAQ-CEO, para a realização da Avaliação Externa (AE), o Ministério da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP), selecionou e capacitou avaliadores de qualidade, que aplicaram instrumentos para a verificação dos padrões de acesso e qualidade, alcançados pelos profissionais e pela gestão (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Para este fim, há um instrumento avaliativo, composto por formulários e organizado em três Módulos (I – Observação do CEO, II - Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista e, III - Entrevista com usuários no CEO), 44 subdimensões e 411 padrões de qualidade (BRASIL, 2013d). No Instrumento de Coleta da Avaliação Externa também existem padrões de qualidade, que serão utilizados para o levantamento de informações essenciais ao aprimoramento de estratégias, que visem à qualificação da Atenção à Saúde Bucal (BRASIL, 2013c).

Deve-se ressaltar que, apesar do PMAQ-CEO compreender duas tipologias avaliativas, os padrões de qualidade, presentes nos instrumentos da Avaliação Externa guardam similaridade com os da Autoavaliação, visando assegurar a coerência entre as informações observadas pelos avaliadores de qualidade e aquelas obtidas por meio da Autoavaliação (BRASIL, 2013e).

Quanto aos CEO, eles foram instituídos no Brasil, em 2004, a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente (BRASIL, 2004b) e, são unidades de referência para a atenção básica, que ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006). Também têm o potencial de utilizar os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde, para assegurar a integralidade do atendimento, visando superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Estes centros especializados provocaram impacto no Modelo de Atenção em Saúde Bucal, colocando-o na lógica da atenção pública e universal e, gerando transformações nas linhas de cuidado. Todavia, tais serviços ainda precisam se materializar como referência à atenção básica e, como articuladores da atenção terciária em saúde bucal, no SUS, visto que uma das funções mais estratégicas dos CEO “é a construção integrada e articulada da saúde bucal, enquanto indutora também de organização dos serviços públicos de saúde” (PUCCA, 2016, p. 12).

Estudos apontam que ainda há muitos obstáculos a serem superados em relação aos CEO, como a reduzida taxa de utilização, com possíveis barreiras organizacionais (CHAVES *et al.*, 2011); a pouca integração com a atenção básica e, as dificuldades no acesso (GUISILINI *et al.*, 2015; COLUSSI; CALVO, 2012; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010), além do predomínio da realização de procedimentos da atenção básica (SOARES; PAIM, 2011; SOUZA, 2009; MEDEIROS, 2007).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da efetiva consolidação da avaliação, de forma transversal aos processos de planejamento e gestão, com potencial para monitorar a capacidade dos serviços em atender as necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas, além de retroalimentar as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades (CARVALHO *et al.*, 2012; FELISBERTO, 2006).

#### **4 MÉTODO**

Neste relatório, o método foi subdividido em quatro tópicos.

#### 4.1 Cenário da intervenção

O estado de Pernambuco situa-se na Região Nordeste, apresentando como limites territoriais ao norte: Paraíba (PB) e Ceará (CE); ao leste: Oceano Atlântico; ao oeste: Piauí (PI); e, ao sul: Alagoas (AL) e Bahia (BA). Seu território compreende 98.146,32 km<sup>2</sup>, sendo 184 municípios, além do território estadual Fernando de Noronha (PERNAMBUCO, 2016).

Com uma população estimada de 8.796.448 habitantes, sua densidade demográfica é a sexta maior do Brasil: 89,47 hab./km<sup>2</sup>, conforme o Censo de 2010 (IBGE, 2011).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde 2011 (PERNAMBUCO, 2011), o estado de Pernambuco encontra-se dividido em quatro macrorregiões, conforme a Figura 1 abaixo:

- a) Macrorregião 1 Metropolitana: compreende Regiões de Saúde I, II, III e XII;
- b) Macrorregião 2 Agreste: compreende a IV e a V Regiões de Saúde;
- c) Macrorregião 3 Sertão: composta pela VI, X E XI Regiões de Saúde;
- d) Macrorregião 4 Vale do São Francisco e Araripe: constituída pela VII, VIII e XIX Regiões de Saúde.

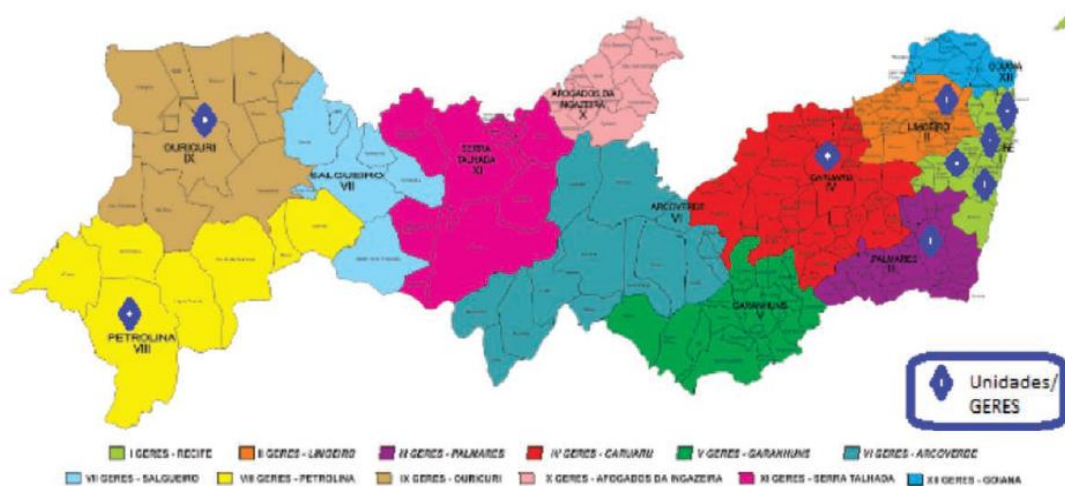
**Figura 1 - Distribuição espacial segundo Macrorregião e Região de Saúde em Pernambuco, 2014.**



Fonte: GIS/DGIE/SECG-SES/PE

Também existem 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), conforme a Figura 2.

**Figura 2 – Mapa de Pernambuco por regional de saúde.**



Fonte: [portal.saude.pe.gov.br/mapa-de-saude-de-pernambuco](http://portal.saude.pe.gov.br/mapa-de-saude-de-pernambuco).

Em 2014, havia 40 Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, sendo 17 (42,5%) do tipo I (com três cadeiras), 21 (52,5%) do tipo II (com quatro a seis cadeiras) e dois (5,0%) do tipo III (com sete ou mais cadeiras) (HERKRATZ, 2016).

## 4.2 SUJEITOS

Esta intervenção será destinada aos coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais dos CEO, do estado de Pernambuco.

Em 2014, dos 40 CEO existentes em Pernambuco, 19 (47,5%) possuíam gerente, que também atuava na clínica; noutros 19 CEO, o gerente não exercia outras atividades no serviço; e, em dois serviços especializados não havia gerente (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Resultados da Avaliação Externa do PMAQ-CEO primeiro ciclo, no estado de Pernambuco, possibilitaram identificar a formação dos gerentes e dos especialistas dos CEO, conforme o Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1 – Formação complementar de gerentes e dentistas das especialidades obrigatórias, dos CEO do Estado de Pernambuco. Brasil, 2014.**

Gerente				Cirurgia Oral			Endodontia			Estomatologia			Periodontia			Pacientes Especiais		
%				$\bar{x}$			$\bar{x}$			$\bar{x}$			$\bar{x}$			$\bar{x}$		
Saúde Coletiva	Gestão Pública	Outra formação	Nenhuma formação	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.
12,5	30,0	25,0	32,5	0,0	0,2	1,2	0,2	0,3	2,1	0,1	0,2	0,6	0,2	0,2	0,9	0,3	0,4	0,5

Fonte: FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI (2016).

### 4.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Pretende-se divulgar os resultados do estudo, mediante apresentações em Congressos e a publicação de artigo científico. Porém, o Projeto de Intervenção “Contribuindo para o fortalecimento dos processos avaliativos nos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco”, consiste na apresentação dos resultados da Dissertação intitulada “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos”, durante o Seminário de Fortalecimento da Atenção Especializada em Saúde Bucal do Estado de Pernambuco, previsto para acontecer em abril deste ano.

Deste modo, pretende-se fornecer subsídios para fomentar a discussão sobre os avanços e desafios da consolidação da avaliação da qualidade dos CEO. E, para direcionar as discussões, serão apresentadas quatro perguntas condutoras:

- 1) Os CEO têm sido avaliados de forma sistemática?
- 2) No cotidiano dos CEO, tem sido utilizada a ferramenta autoavaliativa AMAQ-CEO?
- 3) Os resultados avaliativos têm sido considerados para o planejamento das ações?
- 4) Os instrumentos do PMAQ-CEO são adequados para a avaliação dos CEO?

O Seminário deverá acontecer no município do Recife, mas também será teletransmitido para todas as GERES, de modo a possibilitar que os atores que não puderam comparecer ao evento, consigam participar do mesmo.

O Quadro 2, abaixo, apresenta um compilado sobre o Projeto de Intervenção.

**Quadro 2 - Projeto de Intervenção “Contribuindo para o fortalecimento dos processos avaliativos nos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco”.**

<b>PROJETO</b>	“Contribuindo para o fortalecimento dos processos avaliativos nos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco”.
<b>RESPONSÁVEL</b>	A pesquisadora
<b>PÚBLICO ALVO</b>	Coordenadores de Saúde Bucal, Gerentes e Profissionais, dos CEO de Pernambuco.
<b>ESTRATÉGIA</b>	Apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado e fomento às discussões sobre os avanços e desafios da consolidação da avaliação da qualidade dos CEO.
<b>EVENTO</b>	Seminário de Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Pernambuco
<b>RECURSOS</b>	Físicos: Auditório; Materiais: Datashow, computador, microfone, caixa de som, ata de registro de frequência, pastas com elástico, blocos de papel, canetas esferográficas, apontador à laser, garrações de água mineral, copos descartáveis, duas toalhas de mesa, duas mesas, café colheres descartáveis, cafeteiras, biscoitos, potes para biscoitos, 2 lixeiras; Humanos: Pesquisadora, Gestores da Coordenação Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco e da Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Recife. Financeiros: sob a responsabilidade da pesquisadora, com apoio da Coordenação de Saúde Bucal de Pernambuco.
<b>DATA</b>	30 de abril de 2019.
<b>PROGRAMAÇÃO</b>	9:00 às 12:00 e 13:00 às 16:30 Danilo R.S. Almeida – Avaliação da efetividade de uma ferramenta Webased para planejamento, gestão e monitoramento de Centros de Especialidades Odontológicas do Recife; Mônica M.M.R.Marques – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos; Laryza N.D. Malheiros – Análise de padrões de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas em relação ao cumprimento de metas de produção; Bruno Rosa – Inovação, Percepção e posicionamento profissional de saúde bucal no SUS.

Fonte: A autora, 2019.

## 5 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os resultados apresentados e as perguntas condutoras induzam os atores sociais, participantes do Seminário, presencialmente ou por teletransmissão, a refletirem sobre as suas práticas avaliativas, no sentido da utilização e utilidade das mesmas.

E que, mediante uma discussão coletiva, possam ocorrer trocas de experiências; apontamento das potencialidades e fragilidades dos processos avaliativos, considerando-se a dinamicidade da realidade e a diversidade de cenários existentes; ampliando o conhecimento sobre a avaliação em saúde e sensibilizando todos os envolvidos, quanto às necessidades de transformações envolvendo a gestão, a gerência, os profissionais e demais atores sociais, buscando fortalecer cada vez mais a atenção especializada em saúde bucal e, conseqüentemente, a Rede de Atenção à Saúde.

## **6 AVALIAÇÃO**

Propõe-se realizar uma oficina avaliativa, com duração de oito horas, dirigida aos Coordenadores de Saúde Bucal, gerentes e profissionais dos CEO, seis meses após o Seminário de Fortalecimento da Atenção Especializada em Saúde Bucal do Estado de Pernambuco.

A programação da oficina encontra-se descrita abaixo:

1) Divisão dos presentes em quatro grupos, com acompanhamento de facilitadores, para a discussão das seguintes perguntas:

a) Os CEO têm sido avaliados de forma sistemática?

b) No cotidiano dos CEO, tem sido utilizada a ferramenta autoavaliativa AMAQ-CEO?

c) Os resultados avaliativos têm sido considerados para o planejamento das ações?

d) Quais são os fatores que você considera que contribuem ou dificultam a implementação contínua dos processos avaliativos no CEO?

e) Houve algum avanço nos processos avaliativos do CEO onde você trabalha, nos últimos seis meses?

f) Os instrumentos avaliativos utilizados nos CEO são adequados aos diversos contextos e realidades?

Cada grupo deverá fazer um relatório do que foi discutido na sua sala.

2) Apresentação dos Relatórios ao grande grupo, seguida de debate;

3) Apresentação de Experiências Avaliativas Exitosas nos CEO;

4) Avaliação da Oficina realizada: Pontos positivos; limitações; sugestões.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. B.; MENEZES, L. M. B.; SOUSA, D. L. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em estado do Nordeste, Brasil. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.60, n.1, p.49-54, jan./mar. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 342 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ-CEO: Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ-CEO: Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas AMAQ – CEO: Material de apoio a autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar. 2006, p. 51, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.570/GM/MS, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html). Acesso em: 24 jun. 2017.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital**, Buenos Aires, n.139, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>. Acesso em: 01 mar. 2018.

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

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Apreciação Normativa. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. cap.4, p.77-94.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.5, p.1274-1278, out. 2012.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.143-154, jan. 2011.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p. 92-100, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1464/1692>. Acesso em: 03 set. 2017.

COSTA, A. B. *et al.* Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2441-2452, 2015.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org). **Caminhos para a Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016. cap.7, p.285-317.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, Supl. 1, p.229-37, 2010.

DONABEDIAN, A. The Assessment of Technology and Quality: A Comparative Study of Certainties and Ambiguities. **International Journal Of Technology Assessment In Health Care, Cambridge**, v.4, n.4, p.487-496, oct. 1988. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/assessment-of-technology-and-quality-a-comparative-study-of-certainties-and-ambiguities/B92E0081F7A874468FF8F9720493D549>. Acesso em: 06 nov. 2018.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, jul./set. 2006.

FELISBERTO, E. **Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no**

**período de 2003 a 2008.** 2010. 173p. Tese (Doutorado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FELISBERTO E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da avaliação. *In: SAMICO, I. et al. (org). Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap.11, p.143-61.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.259-267, fev. 2009.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. **Relatório do 1º ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados.** Recife: Editora UFPE, 2016.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. *In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (org). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.* São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap.13, p.157- 166.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, Sup., p.81-89, 2012.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Cambridge, v.18, n.1, maio. 2018.

GUISILINI, A. C. *et al.* Organização da atenção em serviços de saúde. *In: PEREIRA, A. C. et al. (org). Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas.* Águas de São Pedro: Livronovo, 2015. cap. 7.

HARTZ, Z. M. A.; FERRINHO P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *In: A Nova Saúde Pública.* A Saúde Pública da Era do Conhecimento. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p.58-79.

HERKRATZ, F. J. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. *In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. (org). Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.* Recife : Editora UFPE, 2016. cap.3, p.37-48.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010.** Brasília, 2011.

KALINICHENKO, O.; AMADO, C. A. F.; SANTOS, S. P. Performance assessment in Primary Health Care: a System Literature Review. **CEFAGE-UE Working Paper**. Universidade de Évora: Évora, 2013.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.991-1002, mai. 2010.

MACHADO, J. P. **O arranjo público-privado no Brasil e a qualidade da assistência hospitalar em São Paulo e no Rio Grande do Sul**. 2014. 169p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1149-1163, abr. 2015.

MEDEIROS, E. **Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica**: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

MELO, D. S. *et al.* Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, p.51-62, jun. 2017.

OLIVEIRA NETO, F. S.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. **Interface HS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.3, n.3, Seção Interface, ago./dez. 2008.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. Thousand Oaks: Sage, 1997.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019** / Secretaria Estadual de Saúde; equipe de elaboração Ana Claudia Callou... [et al.]; apresentação José Iran Costa Júnior. – Recife: A Secretaria, 2016. 338p. : il.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde em Pernambuco 2011** / Secretaria Executiva de Regulação em Saúde; equipe de elaboração Josilene Maria Félix Texeira... [et al.]; apresentação Antônio Carlos dos Santos Figueira. – Recife: A Secretaria, 2011. 20p. : il.

PUCCA, G. A. Introdução. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (Org.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife : Editora UFPE, 2016.

REIS, D. S. M. **Avaliação de Mídia para Políticas Públicas para Doenças Crônicas não Transmissíveis**. *In*: PENSACOM BRASIL, 2016, São Paulo.

SANTOS, E. M. *et al.* Apresentação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.Esp., p.10-13, mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500010). Acesso em: 21 jul. 2017.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.7, n.23, p.69-74, abr./jun. 2012.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.85, p.65-82, jun. 2009.

SEVERO, A.F.R. *et al.* O caráter transformador do PMAQ-CEO e o avaliador externo: revelações, possibilidades e aprendizados. *In*: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.966-974, maio. 2011.

SOUZA, G. C. A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. 115p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. FIOCRUZ, 2005.

TRAVASSOS C. Debate sobre o artigo de Zulmira Hartz. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.246-247, 1999.

**ANEXO A - VALORES DO COMPONENTE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL, POR TIPO DE CEO.**

**Quadro 8 – Valores do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por Tipo de CEO.**

Tipologia dos CEO	Adesão ao Programa	Desempenho mediano ou abaixo da média	Desempenho acima da média	Desempenho muito acima da média
	20%	20%	60%	100%
<b>CEO I</b>	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 8.250,00
<b>CEO II</b>	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00	R\$ 6.600,00	R\$ 11.000,00
<b>CEO III</b>	R\$ 3.850,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00	R\$ 19.250,00

Fonte: Brasil (2013c).

## ANEXO B - INDICADORES DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEGUNDO A NATUREZA DO SEU USO.

**Quadro 9 - Indicadores dos Centros de Especialidades Odontológicas, segundo a natureza do seu uso.**

Indicadores	Natureza do uso		Parâmetros mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 110 e Tipo III: 190
2. Procedimentos de Periodontia no mês	X		Tipo I: 60, Tipo II: 90 e Tipo III: 150
3. Procedimentos de Endodontia no mês	X		Tipo I: 35, Tipo II: 60 e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 90 e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 07, Tipo II: 12 e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40, Tipo II: 55 e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	
8. Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca		X	

Fonte: Brasil (2013c).

## ANEXO C - ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DA AMAQ-CEO

**Quadro 10 - Estrutura do instrumento da AMAQ-CEO**

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
<b>Gestão</b>	Gestão Municipal/ Estadual	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado
		B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C – Gestão do Trabalho
		D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gerência do CEO	E – Apoio Institucional
		F – Educação Permanente
		G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Estrutura do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	H – Infraestrutura e Equipamentos
		I – Insumos e Instrumentais
<b>Equipe</b>	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Perfil da Equipe
		K – Organização do Processo de Trabalho
		L – Atenção Integral à Saúde Bucal
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: Brasil (2013d).



## ANEXO D – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE COLETA DA AVALIAÇÃO EXTERNA

**Quadro 11 – Estrutura do instrumento de coleta da Avaliação Externa**

*(continua)*

Módulo	Subdimensão	Nº de padrões
<b>Módulo I</b>	I.1 - Identificação geral	—
	I.2 - Identificação do CEO	—
	I.3 - Identificação do tipo e profissionais do CEO	8
	I.4 - Adequação visual do CEO	6
	I.5 - Acessibilidade no estabelecimento de saúde	1
	I.6 - Sinalização das ações e identificação dos profissionais	2
	I.7 - Horário de funcionamento do CEO	4
	I.8 - Características do CEO	3
	I.9 - Infraestrutura do CEO	18
	I.10 - Reforma, ampliação e reparos do CEO	7
	I.11 - Equipamentos de tecnologia da informação no CEO	9
	I.12- Equipamentos e periféricos	31
	I.13- Insumos Odontológicos	60
	I.14- Instrumentais Odontológicos	61
	I.15- Material impresso para atenção à saúde bucal	10
<b>Módulo II</b>	II.1 – Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)	10
	II.2 – Imunização dos profissionais do CEO	1
	II.3 – Formação e qualificação dos profissionais do CEO	2
	II.4 – Vínculo dos profissionais do CEO	3
	II.5 – Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho	6
	II.6 – Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	12
	II.7 – Apoio matricial	6
	II.8 – Organização dos prontuários	6
	II.9 – Caracterização da demanda e Organização da agenda	7
	II.10 – O CEO na Rede de Atenção à Saúde	17
	II.11 – Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO	10
	II.12 – Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	5
	II.13 – Atenção ao câncer de boca	3
	II.14 – Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES	14
	II.15 – Prótese dentária	10
	II.16 – Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário	5
	II.17 – Informações sobre o entrevistado (Cirurgião Dentista)	4
	II.18 – Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	4

Quadro 11 – Estrutura do instrumento de coleta da Avaliação Externa

		<i>(conclusão)</i>
<b>Módulo</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Nº de padrões</b>
<b>Módulo II</b>	II.19 – Planejamento e Reunião da Equipe do CEO	9
	II.20 – Insumos, instrumentais e equipamentos	2
<b>Módulo III</b>	III.1 – Identificação do usuário	13
	III.2 – Acesso aos serviços do CEO	5
	III.3 – Marcação de consultas neste CEO	5
	III.4 – Acolhimento	2
	III.5 – Atendimento	6
	III.6 – Vínculo e responsabilização	6
	III.7 – Prótese dentária	6
	III.8 – Insumos, equipamentos e ambiência	9
III.9 – Mecanismos de participação e interação dos usuários	3	
<b>TOTAL</b>		<b>411</b>

Fonte: Brasil (2013c).

## ANEXO E - CATEGORIZAÇÃO DOS PADRÕES DE ACESSO E QUALIDADE DA AVALIAÇÃO EXTERNA, POR GRAU DE PRIORIDADE

**Quadro 12 - Categorização dos padrões de Acesso e Qualidade da Avaliação Externa, por grau de prioridade.**

Classificação	Descrição	Relevância	Conformidade com o padrão	Regra
<b>Obrigatórios</b>	Condicionam a permanência no Programa. 1) Manter o cadastro atualizado de todos os profissionais do CEO no CNES; 2) Manter a alimentação regular da produção do CEO no SIA/SUS; 3) Possuir identificação visual, na área interna e externa do CEO, de acordo com o Manual de Adequação Visual; e 4) Apresentar o Termo de Compromisso assinado pela equipe do CEO e ata de reunião da gestão com a equipe, na AE.	---	Sim	Permanece no PMAQ
			Não	Não permanece no PMAQ
<b>Gerais</b>	Compõem a matriz de pontuação para a certificação dos CEO, sendo que a equipe ganha na certificação se realiza a ação.	Baixa	Sim	Ganha na certificação
			Não	Não ganha na certificação
<b>Essenciais</b>	Padrões com elevados percentuais de cumprimento pelos CEO e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. Esses padrões não acrescentarão pontos aos CEO, no entanto, subtrairão pontos dos CEO que não o atingirem. *O não alcance de um percentual mínimo dos padrões essenciais será condição para que o CEO seja considerado com desempenho insatisfatório.	Média	Sim	Não altera a certificação
			Não	Perde na certificação
<b>Estratégicos</b>	Relacionados à políticas/programas estratégicos (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial e outros). Terão maior peso no processo de certificação.	Alta	Sim	Ganha bônus na certificação
			Não	Não altera a certificação

Fonte: Brasil (2013c; 2013d).

## ANEXO F – ESTRUTURA DA AMAQ-CEO

### A - Subdimensão: Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado

A implantação e a implementação da atenção secundária em saúde bucal, como importante eixo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município, são fundamentais para possibilitar a integralidade do cuidado e a ampliação do acesso dos usuários aos procedimentos especializados em saúde bucal. Essa Subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da atenção secundária em saúde bucal no sistema municipal ou estadual de saúde.

1.1	O Plano Municipal/Estadual de Saúde descreve as diretrizes para implantação e implementação das ações e serviços especializados em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Plano Municipal/Estadual de Saúde contempla ações de implantação e implementação das ações e serviços especializados em saúde bucal no Município/Estado, de modo coerente com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas a garantir a ampliação e a qualificação do acesso e o atendimento humanizado.		
1.2	A gestão municipal/estadual de saúde estabelece estratégias de oferta de ações e serviços especializados de saúde bucal considerando critérios epidemiológicos locais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Município/Estado oferta acesso à atenção secundária em saúde bucal por meio do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, o qual constitui unidade de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, integrado ao processo de planejamento loco-regional, oferta procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica, de acordo com a normatização vigente e a realidade epidemiológica da população.		
1.3	A gestão municipal/estadual estabelece a disponibilidade de vagas, por especialidades, de acordo com critérios epidemiológicos da população a ser assistida pelo CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Município/Estado oferta o quantitativo de vagas, por cada especialidade existente no CEO, de acordo com a necessidade epidemiológica da população, ampliando assim a oferta das especialidades mais demandadas.		
1.4	A gestão municipal/estadual de saúde mantém análise e	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

	acompanhamento da situação de saúde bucal como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	
A gestão municipal/estadual utiliza para o planejamento e tomada de decisão a análise e o acompanhamento de indicadores de saúde bucal, as pactuações interfederativas, os sistemas de informação e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e funcionamento dos serviços de saúde bucal.		
1.5	A gestão municipal/estadual de saúde garante o abastecimento dos serviços de atenção secundária à saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento das compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente é feito de forma a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques, visando a sua adequação e suficiência, em tempo oportuno, para garantir a qualidade dos serviços.		
1.6	A gestão municipal/estadual de saúde legitima, fortalece e qualifica a gerência do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há um profissional ou equipe de profissionais especialmente designados para a função de gerência do CEO, estando formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS ou SES. Os profissionais envolvidos com a gerência possuem formação com pós-graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Administração ou Gestão.		
1.7	A gestão municipal/estadual de saúde oferece apoio institucional à gerência do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e singularidades locais, pressupondo planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Os apoiadores possuem agendas regulares de encontros com a equipe do CEO, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e processos de trabalho. Esse apoio auxilia a equipe na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-a a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias.		
1.8	A gestão municipal/estadual de saúde possui programa ou	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

	política de educação permanente que envolve a atenção especializada em saúde bucal.	
<p>A gestão municipal/estadual garante espaço aos profissionais do CEO para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal/estadual é construído com a participação dos profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem destes. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela Secretaria Municipal/Estadual de Saúde e em parceria com outros municípios ou instituições de ensino, etc. O Município/Estado tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a atenção especializada em saúde bucal está incluída nesse núcleo.</p>		

1.9	A gestão municipal/estadual faz o acompanhamento e controle dos recursos financeiros repassados para o CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal/estadual, particularmente a gerência do CEO, tem garantia do acompanhamento/controlado orçamentário dos recursos financeiros recebidos e destinados ao CEO.</p>		

### **B - Subdimensão: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal**

A organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal busca promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde bucal da população a partir de arranjos organizativos que consideram o papel do CEO como referência para os serviços de saúde bucal da atenção básica.

1.10	A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal/estadual de saúde garante o uso de protocolo de referência e contrarreferência na rede de saúde bucal, como por exemplo, o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, publicado pelo Ministério da Saúde, ou algum protocolo próprio, contribuindo assim com o aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS. Os profissionais envolvidos são qualificados para a utilização desse protocolo. Este protocolo é pactuado entre os diversos pontos da rede de saúde bucal.</p>		

1.11	A gestão municipal/estadual de saúde utiliza instrumentos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



	de integração dos serviços de saúde bucal que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.	
São instrumentos de integração dos serviços os seguintes dispositivos: 1) Central de regulação ou algum sistema <i>online</i> responsável pela marcação de consultas e exames especializados; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada em saúde bucal; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde bucal.		

1.12	A gestão municipal/estadual de saúde garante a oferta de outras especialidades no CEO, além das mínimas exigidas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza e garante a oferta no CEO dos serviços de odontopediatria, implantodontia, ortodontia e reabilitação protética oral para população do município.		

1.13	A gestão municipal/estadual de saúde garante a linha do cuidado no tratamento de câncer bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sendo parte das estratégias para atenção integral à saúde bucal a gestão municipal/estadual de saúde viabiliza a oferta de detecção e tratamento de câncer bucal. Garante a referência para o CEO encaminhar os casos diagnosticados de câncer de boca para a reabilitação oral, garantindo assim a linha do cuidado.		

### C - Subdimensão: Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho no âmbito do CEO trata de equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão trabalhados aqui as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal/estadual de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho no CEO; a implantação/implementação de programa de incentivo de remuneração aos profissionais, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e oferta de atenção integral à saúde do trabalhador.

1.14	A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

	previdenciários para os trabalhadores do CEO.	
A gestão municipal/estadual provê vínculo regular de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais do CEO. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.		

1.15	A gestão municipal/estadual de saúde possui programa de incentivo financeiro para os trabalhadores do CEO baseado em metas e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal/estadual remunera os trabalhadores considerando também o desempenho do CEO. Reconhece e valoriza o processo de trabalho dos profissionais a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para melhoramento do desempenho e monitora e avalia os indicadores pactuados.		

1.16	A gestão municipal/estadual garante aos trabalhadores do CEO plano de carreiras, cargos e salários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal/estadual garante carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores do CEO em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.17	A gestão municipal/estadual de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal/estadual garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: imunização, ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos, testagem rápida (HIV e hepatite) e readaptação de função.		

#### D - Subdimensão: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção a saúde bucal, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

1.18	A gestão municipal/estadual de saúde desenvolve pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

A gestão municipal/estadual utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação a: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, acompanhamento do usuário na rede de serviços, vínculo, comprometimento do profissional, entre outros.

1.19	A gestão municipal/estadual de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	------------------------

A gestão municipal/estadual disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários para expressarem as suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.

1.20	A gestão municipal/estadual de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular no CEO, por meio de conselhos locais de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	------------------------

A gestão municipal/estadual estimula e apoia a formação de conselhos locais de saúde no CEO com a participação de profissionais, de usuários e representantes de movimentos sociais; estimula também a formação de comissões de conselheiros, grupos de trabalho e rodas de conversa, além de reuniões mensais ou bimensais de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde bucal, com a participação dos usuários do serviço.

## Dimensão: Gerência do CEO

### E – Subdimensão: Apoio Institucional

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

O apoio institucional implica o modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, obviamente atentando para as direções de seu uso. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e toma os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A gerência do CEO estabelece relação democrática e dialógica com os profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gerência do CEO estabelece relação democrática, cooperativa e aberta ao diálogo com seus profissionais. Estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e singularidades, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, agendas de educação permanente.		

2.2	A gerência do CEO desenvolve o trabalho de apoiado institucional considerando os principais desafios para a qualificação do serviço.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O processo de trabalho da gerência do CEO promove ações de qualificação do processo de trabalho do CEO. São exemplos dessas ações: Discussão e montagem das agendas dos profissionais; Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica; Análise de indicadores e informações em saúde; Facilitação de processos locais de planejamento; Discussão do perfil das referências e contrarreferências; Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.		

## F - Subdimensão: Educação Permanente

A educação permanente tem a finalidade de transformar as práticas profissionais e da

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

Os processos de educação permanentes são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado dos profissionais e os desafios à qualificação do processo de trabalho do CEO. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto dos profissionais, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

2.4	A gerência do CEO emprega estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A gerência do CEO disponibiliza para os profissionais mecanismos virtuais e/ou presenciais, como Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos.

2.5	A gerência do CEO garante aos profissionais momentos destinados a reuniões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

- 
1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
  2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

A gerência do CEO garante a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e a avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Esses momentos têm periodicidade semanal, quinzenal ou mensal.

2.6	A gerência do CEO faz articulações de forma a propiciar que o serviço seja espaço de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

Há promoção de espaço e atividade de formação e aprendizagem para a formação de profissionais com perfil para atender a necessidade epidemiológica da população. A gerência do CEO faz permanentes articulações interna e externa, transformando o serviço em campo de pesquisa, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação.

2.7	A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais voltados para o interesse do serviço.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A gerência do CEO viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais (nível médio, técnico ou superior) que atuam no CEO. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta.

#### G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como um conjunto de ações de levantamento e análise de natureza interna, permanente e rotineira. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre o objeto analisado, constituindo-se em um processo pontual de análise crítica dos resultados de natureza interna ou externa. Espera-se que as ações de monitoramento e avaliação tenham caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, numa abordagem de informação para a ação, e sejam incorporadas no conjunto das atividades dos gestores e das equipes. Desse modo, essas ações envolvem a participação de todos, especialmente dos profissionais, gerando reflexão sobre as práticas cotidianas e seus resultados.

2.8	A gerência do CEO adota estratégias e instrumentos de monitoramento no seu âmbito de atuação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento, citamos: (a) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades de acompanhamento; (b) Definição de responsáveis; (c) Periodicidade do acompanhamento; (d) Instrumentos de sistematização das ações e (e) Mecanismos de divulgação e discussão da sistemática de resultados.

2.9	A gerência do CEO institui processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gerência do CEO avalia indicadores de estrutura, processos e resultados, estratégias de educação permanente, satisfação do usuário e dos profissionais e implementa processos autoavaliativos no âmbito do CEO. Tais processos são: (1) Resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa); (2) Elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa); ou (3) Produto de avaliações realizadas no cotidiano dos serviços, ou seja, a aplicação de critérios baseados em reflexões respaldadas nas experiências vividas, instintos, percepções, sensibilidades, entre outros (avaliação informal ou prática avaliativa).		
2.10	A gerência do CEO promove discussão de resultados do monitoramento e avaliação com os profissionais do CEO.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gerência do CEO utiliza o potencial pedagógico das ações de monitoramento e avaliação, promovendo debates e discussões dos seus resultados com os profissionais do serviço. Os resultados insatisfatórios são problematizados com a equipe do CEO, ampliando, assim, as possibilidades de soluções mais qualificadas para o enfrentamento e a correção de rumos, constituindo também prioridade para o apoio institucional e a educação permanente.		
2.11	A gerência do CEO pactua com os profissionais as metas do serviço.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gerência do CEO apresenta e debate com os profissionais as metas de cada especialidade (diagnóstico bucal; periodontia; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes de necessidades especiais) com base na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011 e na necessidade da população.		
2.12	A gerência do CEO utiliza as informações do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) como instrumento de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

O SIA/SUS fornece, sob forma de relatórios, informações que permitem aos gestores e profissionais realizarem o monitoramento de suas atividades. A gerência do CEO utiliza essas informações para subsidiar a tomada de decisão. Além de garantir a alimentação e atualização da base de dados, procedendo a análise periódica dos relatórios em conjunto com os profissionais do serviço, considerando as metas estabelecidas na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.

## Dimensão: Estrutura do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

### H - Subdimensão: Infraestrutura e Equipamentos

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura dos CEO e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das suas atividades. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais de consumo necessários para atender a demanda são de fundamental importância para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a resolutividade do serviço.

3.1	O CEO, considerando sua estrutura física, está adequado para o desenvolvimento das suas atividades e recepção dos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO possui infraestrutura para receber os usuários e desenvolvimento das suas atividades. Possui condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, fluxo de usuários, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas adequadas. Verificar anexo A.		

3.2	O CEO dispõe de equipamentos odontológicos que permitem o desenvolvimento das suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO possui equipamentos em quantidade suficiente e em perfeitas condições de uso para o atendimento da população nas especialidades mínimas. Conforme Anexo da Portaria nº 599/GM/MS, de 23/03/2006. Verificar anexo A.		

3.3	O CEO possui os serviços de manutenção das instalações físicas e equipamentos odontológicos de forma regular e sistemática	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

- 
1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
  2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

O CEO possui serviços de manutenção que visam garantir o bom funcionamento das instalações físicas e equipamentos odontológicos, sendo feitos sob a ótica preventiva e corretiva, de forma contínua e sistemática, contribuindo, assim, para maior resolutividade das ações de saúde bucal.

3.4	O CEO dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet, aos quais os profissionais têm livre acesso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

O CEO possui linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet que possibilita a melhoria da comunicação profissional dentro da rede de saúde bucal e do acesso a dados e indicadores de saúde; facilitam os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica dos profissionais; viabilizam a participação no Telessaúde, aumentando a troca de experiências, integração, intersetorialidade e integralidade das ações desenvolvidas, entre outras.

3.5	O CEO está adequado para atendimento a pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

O CEO dispõe de materiais e equipamentos adequados para o acolhimento e atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência, analfabetos e idosos. Além de garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência e idosos. Verificar anexo B.

3.6	O CEO possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências, conforme exigido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23/03/06.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

Há placas de identificação visual externa e interna. Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviço especializado de saúde bucal integrante do Sistema Único de Saúde. A adequação visual está de acordo com as especificações do Manual de Aplicações da Marca Brasil Sorridente, Capítulo 5 "Aplicações Centro de Especialidades Odontológicas" (disponível em [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal) => Menu: Publicações).

### I – Subdimensão: Insumos e Instrumentais

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade, a suficiência e a

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



qualidade dos insumos e instrumentais para o desenvolvimento das atividades do CEO.

3.7	O CEO dispõe de insumos e instrumentais em quantidade e qualidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO dispõe de materiais e insumos odontológicos em quantidades suficientes para atender aos usuários, nas especialidades mínimas. Verificar anexo A e C.		

3.8	O CEO dispõe de material impresso em quantidade e qualidade suficiente para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO possui materiais impressos em quantidade e qualidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e qualidade do atendimento prestado. Verificar anexo D.		

3.9	O CEO dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais do CEO com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde, podendo também ser utilizados pelos usuários. É disponibilizado itens, como: óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados, avental de chumbo, etc.		

3.10	O CEO dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de insumos e instrumentais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda e a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, distribuição e dispensação de insumos e instrumentais. Além de dispor de condições adequadas para o armazenamento dos instrumentais e insumos odontológicos, bem como um local exclusivo, separado dos demais, em armário fechado, limpo, protegido de poeira, do calor, da umidade e insetos.		

## Unidade de Análise: Equipe

### Dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

### J – Subdimensão: Perfil da Equipe

O perfil dos profissionais de saúde está vinculado às características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às experiências, vivências e práticas por eles experimentadas. Os processos de reorganização da atenção em saúde bucal vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na integralidade do cuidado. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar, desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	Os profissionais do CEO possuem qualificação para o trabalho no serviço.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do CEO têm formação complementar relacionada ao trabalho que desenvolvem no CEO. Tais qualificações contribuem para: melhorar o desempenho técnico e profissional, para desenvolver novas competências e habilidades (como por exemplo, relação do apoio matricial as equipes de saúde bucal da Atenção Básica), compreender o sistema de saúde e o CEO como integrante deste sistema, entender o que é rede de atenção do CEO com AB e Atenção terciária, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções.		

4.2	Os profissionais do CEO participam de cursos de atualização e qualificação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do CEO participam de cursos de atualização, aperfeiçoamento e qualificação de acordo com a disponibilidade das ofertas. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação do CEO.		

### K - Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

A organização do processo de trabalho é fundamental para que a equipe possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado.

4.3	A equipe do CEO oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais por cadeira odontológica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A equipe do CEO garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, por cada cadeira odontológica, tendo em vista as necessidades de tratamento em atenção secundária em saúde bucal, o potencial relacionado à capacidade assistencial instalada e a normatização vigente.

4.4	A equipe do CEO reúne-se periodicamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A equipe do CEO reúne-se periodicamente (semanal, quinzenal ou mensal). E utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros.

4.5	A equipe do CEO realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

A equipe do CEO monitora e avalia as ações desenvolvidas. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a correção de rumos. Utiliza esse monitoramento para a melhoria do processo de trabalho e qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.

4.6	A equipe do CEO orienta sua prática clínica através do Manual de Especialidades em Saúde Bucal/Ministério da Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A equipe do CEO utiliza o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, publicado pelo Ministério da Saúde, para instrumentalizar a prática clínica relativa às especialidades de diagnóstico bucal; periodontia; cirurgia oral menor e endodontia, Dessa forma, procura-se ampliar a oferta e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

### L – Subdimensão: Atenção Integral à Saúde Bucal

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

A equipe do CEO também é responsável pela integralidade em saúde bucal, atuando de maneira articulada com os demais pontos da rede de serviços de saúde bucal e garantindo a continuidade do cuidado e realizando o matriciamento das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, integrado ao processo de planejamento loco-regional de acordo com a realidade epidemiológica do município.

4.7	A equipe do CEO faz registro e monitoramento das referências e contrarreferências entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe do CEO mantém o registro das referências e contrarreferências para atenção básica, atenção especializada e hospitalar, bem como as solicitações de exames complementares dos casos mais graves e/ou complexos. Essas informações são registradas nos prontuários clínicos além do monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.		
4.8	A equipe do CEO realiza encaminhamento intra-equipe dos usuários que necessitam do atendimento de outras especialidades do serviço.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe do CEO realiza encaminhamento entre as especialidades quando necessário, evitando o retorno do mesmo para a fila de espera na Atenção Básica.		
4.9	A equipe do CEO possui mecanismos para evitar e monitorar o absenteísmo dos usuários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO possui acesso a lista de usuários agendados, confirma a data e a presença em consulta e entra em contato no caso de falta do usuário monitorando o absenteísmo.		

4.10	A equipe do CEO desenvolve ações, em parceria com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica, de identificação precoce do câncer de boca.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe do CEO realiza ações periódicas coletivas e/ou individuais de prevenção/controlado do câncer de boca em parceria com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica centram esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que estejam incluídos no perfil epidemiológico de "risco" de câncer de boca ou cujo laudo histopatológico descreva a presença de atipias da mucosa bucal.		

4.11	O CEO oferta tratamento de lesões bucais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



O(s) profissional(is) responsável(is) pela área clínica de estomatologia no CEO realiza(m) diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia.		
4.12	O CEO tem referência para realização de exame anatomopatológico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe do CEO tem referência para encaminhamento das peças cirúrgicas incisórias ou excisionais, bem como de raspados citológicos da mucosa bucal.		
4.13	A equipe do CEO realiza acompanhamento dos usuários que passaram por tratamento de câncer de boca.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe do CEO faz a preservação do usuário que passou pelo tratamento de algum tipo de câncer de boca, em conjunto com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica.		
4.14	O CEO garante a oferta de tratamento periodontal especializado, bem como a preservação dos pacientes atendidos por esta especialidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO garante a oferta de tratamento periodontal especializado como: raspagem corono-radicular, enxerto gengival, gengivectomia, gengivoplastia, tratamento cirúrgico periodontal. Considera o tratamento periodontal completado após, pelo menos uma reconsulta para avaliação, em espaço de tempo definido pelo responsável pela periodontia, e mantidas as condições de saúde periodontal do usuário.		
4.15	O CEO garante tratamento endodôntico para todos os tipos de elementos dentários, além de realizar a preservação dos mesmos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO garante tratamento endodôntico (obturação e retratamento) para todos os tipos de elementos dentários (Unirradicular, birradicular, com três ou mais raízes). Além de garantir o Raio-X periapical de preservação após 6 meses da conclusão do tratamento endodôntico realizado no CEO.		
4.16	O CEO garante tratamento de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O CEO garante tratamento de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros priorizando os pacientes com as seguintes necessidades: frenectomia; dentes supranumerários; cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos); dentes retidos, inclusos e impactados;		

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

lesões não neoplásicas de glândulas salivares; apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda; osteotomia corretiva; remoção de tórus palatino, mandibular e cistos; tumores dos maxilares; fraturas dos dentes e ossos da face; corpos estranhos e luxação de ATM.

4.17	O CEO garante atendimento a pacientes com necessidades especiais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os procedimentos odontológicos da atenção básica realizados no CEO se referem ao atendimento a pacientes com necessidades especiais os quais que não podem ser submetidos a um atendimento odontológico convencional, pela equipe de saúde bucal da atenção básica, devido à complexidade no manejo. Dessa forma realizam o tratamento odontológico no CEO, seguindo critérios de inclusão (perfil do paciente) das “Recomendações para referência e contra referência aos Centros de Especialidades Odontológicas”, que fazem parte do Caderno de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal, editado pelo Ministério da Saúde.		

### M – Subdimensão: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

A participação da comunidade - usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social - nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização.

4.18	Existem canais de comunicação entre a equipe do CEO e os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São instituídos mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe do CEO procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação do serviço.		

4.19	A equipe do CEO disponibiliza informações sobre o funcionamento do serviço de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.

A equipe do CEO disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.

4.20	O CEO tem um representante que participa das reuniões dos conselhos de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Existe um representante da equipe do CEO que participa regularmente das reuniões dos conselhos local e/ou municipal e/ou estadual de saúde, de acordo com a sua esfera administrativa.		

- 
1. Considera-se Municipal/Município quando o CEO for de gestão municipal e considera-se Estadual/Estado quando o CEO for de gestão estadual.
  2. Especialidades mínimas do CEO refere-se a diagnóstico bucal; tratamento periodontal especializado; cirurgia oral menor; tratamento endodôntico e atendimento a pacientes de necessidades especiais.



## ANEXO G – ESTRUTURA DOS FORMULÁRIOS DOS MÓDULOS I, II E III DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PRIMEIRO CICLO

### Módulo I – Observação no CEO

- Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional do CEO que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos do estabelecimento.

<b>I.1</b>	<b>Identificação geral</b>
I.1.1	Instituição principal:
I.1.2	Número do supervisor:
I.1.3	Número do entrevistador:

<b>I.2</b>	<b>Identificação do CEO</b>	
II.2.1	CNES e Nome Fantasia do CEO:	
II.2.3	Coordenadas GPS: (Por favor, capture as coordenadas na tela anterior por meio do botão com ícone de satélite)	Latitude:  Longitude:
II.2.4	Estado: (identificação automática)	
II.2.5	Município: (identificação automática)	
II.2.6	Endereço:	
II.2.7	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	( ) ____ - ____ ( ) Não se aplica
II.2.8	E-mail Institucional:	

<b>I.3</b>	<b>Identificação do tipo e profissionais do CEO</b>			
I.3.1	Qual o tipo de CEO? Carregar essa informação com base no CNES		Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo I	
			Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo II	
			Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo III	
I.3.2	Quantidade de cadeiras odontológicas no CEO:		___ cadeiras	
I.3.3	Este CEO tem abrangência:		Municipal – é referência somente para o município	
			Regional – é referência para mais de um município	
I.3.4	Quantidade e carga horária semanal dos cirurgiões dentistas que atuam nas especialidades mínimas (soma da carga horária dos profissionais nas respectivas especialidades):	<b>Qtd</b>	<b>Carga h (semanal)</b>	<b>Especialidade</b>
				Cirurgia Oral
				Endodontia
				Estomatologia
				Pacientes com necessidades especiais
I.3.5	Quantidade e carga horária semanal dos cirurgiões dentistas que atuam em outra(s) especialidade(s) (soma da carga horária dos	<b>Qtd</b>	<b>Carga h (semanal)</b>	<b>Especialidade</b>
				Implantodontia
				Odontopediatria

	profissionais nas respectivas especialidades):			Ortodontia/ Ortopedia
				Dentística especializada
				Clínico Protésista
				Radiologia
				Outra(s)
I.3.6	Quantidade de profissionais de nível médio que atuam no CEO e carga horária total (soma da carga horária dos profissionais na respectiva formação):	Qtd	Carga h (semanal)	Especialidade
				Técnico em saúde bucal
				Auxiliar em saúde bucal
				Técnico de prótese dentária
I.3.7	O CEO está localizado dentro da Universidade/Faculdade? <i>Se NÃO, passar para o Bloco I.4.</i>			Sim
				Não
I.3.8	Quem realiza o atendimento clínico no CEO? Pode ser marcado mais de uma opção			Cirurgiões-dentistas (Professores)
				Cirurgiões-dentistas (Contratados)
				Alunos da graduação
				Alunos da Pós-graduação

<b>I.4</b>	<b>Adequação visual do CEO</b>			
Verificar a adequação visual de acordo com as especificações do Manual de Aplicações da Marca Brasil Sorridente, Capítulo 5 "Aplicações Centro de Especialidades Odontológicas" (disponível em <a href="http://www.saude.gov.br/bucal">www.saude.gov.br/bucal</a> => Menu: Publicações).				
I.4.1	O CEO possui placa de identificação para fachada, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não
I.4.2	O CEO possui placa de identificação para recepção, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não
I.4.3	O CEO possui placa de identificação em todos os consultórios, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não
I.4.4	O CEO possui placa de inauguração, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não
I.4.5	O CEO possui móvel para sinalização do Brasil Sorridente, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não
I.4.6	Todos os profissionais do CEO (CD, ASB e TSB) utilizam jaleco em atendimento, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	Sim		Não

<b>I.5</b>	<b>Acessibilidade no estabelecimento de saúde</b>			
I.5.1	Nas dependências do CEO existe:	Sim	Não	Corredores adaptados para cadeira de rodas
		Sim	Não	Portas adaptadas para passar cadeira de rodas
		Sim	Não	Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário

<b>I.6</b>	<b>Sinalização das ações e identificação dos profissionais</b>			
I.6.1	No CEO há divulgação para os usuários:	Sim	Não	Do horário de funcionamento do CEO
		Sim	Não	Quadro de especialidades ofertadas no CEO com a escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		Sim	Não	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde
I.6.2	Todos os profissionais do CEO estão com crachás de identificação?	Sim		Não

I.7		Horário de funcionamento do CEO		
I.7.1	Quais os turnos de atendimento do CEO?	Sim	Não	Manhã
		Sim	Não	Tarde
		Sim	Não	Noite
I.7.2	O CEO funciona quais dias da semana?	Sim	Não	Segunda-feira
		Sim	Não	Terça-feira
		Sim	Não	Quarta-feira
		Sim	Não	Quinta-feira
		Sim	Não	Sexta-feira
		Sim	Não	Sábado
I.7.3	Nos dias em que o CEO está funcionando:	Em que horário inicia?		( ) horas □ 30 min
		Em que horário encerra?		( ) horas □ 30 min
		Não há horário fixo de funcionamento		
I.7.4	Este CEO funciona no horário do almoço (12h às 14h)?			Sim    Não

I.8		Características do CEO		
I.8.1	O imóvel onde o CEO está localizado é:			Próprio
				Alugado
				Outro:
I.8.2	Sobre as características estruturais e ambiência do CEO, observe se:	Sim	Não	A sala de espera está em boas condições de limpeza, possui lugares suficientes para os usuários aguardarem e dispõe de boa ventilação ou climatização
		Sim	Não	O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis
		Sim	Não	A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno, incluindo compressor
		Sim	Não	Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado.
		Sim	Não	Os consultórios do CEO possuem ventilador
		Sim	Não	Os consultórios odontológicos estão em boas condições uso, de limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial).
I.8.3	A esterilização de material é realizada no próprio CEO?	Sim	Não	Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza
		Sim	Não	

I.9		Infraestrutura do CEO	
I.9.1	Almoxarifado	Sim	Não
I.9.2	Banheiro para funcionários	Sim	Não
I.9.3	Banheiro para usuários (adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas)	Sim	Não
I.9.4	Casa de compressor externa	Sim	Não
I.9.5	Copa/cozinha	Sim	Não
I.9.6	Depósito de Material de Limpeza (DML)	Sim	Não
I.9.7	Escovódromo	Sim	Não
I.9.8	Expurgo	Sim	Não
I.9.9	Laboratório de prótese	Sim	Não
I.9.10	Local para depósito de lixo comum	Sim	Não
I.9.11	Recepção	Sim	Não
I.9.12	Sala de espera	Sim	Não
I.9.12/1	Se SIM, qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?		1 a 5 Pessoas
			5 a 10 Pessoas
			10 a 20 Pessoas

			Mais de 20 pessoas
I.9.13	Sala de esterilização	Sim	Não
I.9.14	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	Sim	Não
I.9.15	Sala de observação	Sim	Não
I.9.16	Sala exclusiva de Radiologia	Sim	Não
I.9.17	Sala de reunião	Sim	Não

I.10 Reforma, ampliação e reparos do CEO			
I.10.1	Qual a metragem de área construída do CEO?		m <sup>2</sup>
I.10.2	O CEO está em processo de reforma?		Sim Não
I.10.3	O CEO possui área para ampliação?		Sim Não
I.10.3/1	Existe documento que comprove? Documento para verificação: planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatado que há espaço para ampliação.		Sim Não
I.10.4	O CEO está necessitando reparo?		Sim Não
I.10.5	O CEO está atuando em unidade provisória? <i>Se NÃO, passar para o Bloco I.11</i>		Sim Não
I.10.6	Há quanto tempo o CEO está na unidade provisória?		Menos de um mês Entre 1– 6 meses Entre 7 meses e 1 ano Mais de 1 ano

I.11 Equipamentos de tecnologia da informação no CEO			
I.11.1	Computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.2	Câmera ( <i>web cam</i> ) em condição de uso?	Sim	Não
I.11.3	Caixa de som para computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.4	Estabilizador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.5	Impressora em condição de uso?	Sim	Não
I.11.6	Microfone para computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.7	Televisão em condição de uso?	Sim	Não
I.11.8	A Equipe do CEO tem acesso à internet?	Sim	Não
I.11.9	Os consultórios têm computador conectado à internet?	Sim	Não

I.12 Equipamentos e periféricos						
I.12.1	Há contrato vigente de manutenção para os equipamentos e periféricos?				Sim	Não
I.12.2	Amalgamador	Quantos?	I.12.2/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.3	Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato	Quantos?	I.12.3/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.4	Aparelho de RX Panorâmico	Quantos?	I.12.4/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.5	Aparelho de RX Odontológico	Quantos?	I.12.5/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.6	Aparelho de sedação por Óxido Nitroso	Quantos?	I.12.6/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.7	Autoclave	Quantos?	I.12.7/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.8	Avental de chumbo com protetor de tireóide	Quantos?	I.12.8/1	Quantos estão em condições de uso?		
I.12.9	Balão de oxigênio	Quantos?	I.12.9/1	Quantos estão em condições de uso?		

I.12.10	Bomba à vácuo	Quantos?		I.12.10/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.11	Cadeira odontológica completa (Equipo, Unidade Auxiliar e Refletor)	Quantos?		I.12.11/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.12	Caixa de revelação (câmara escura)	Quantos?		I.12.12/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.13	Caneta de alta rotação	Quantos?		I.12.13/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.14	Caneta de baixa rotação	Quantos?		I.12.14/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.15	Compressor Odontológico	Quantos?		I.12.15/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.16	Contenção para PNE	Quantos?		I.12.16/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.17	Destilador de água	Quantos?		I.12.17/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.18	Esfigmomanômetro	Quantos?		I.12.18/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.19	Estetoscópio	Quantos?		I.12.19/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.20	Estufa	Quantos?		I.12.20/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.21	Fotopolimerizador	Quantos?		I.12.21/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.22	Geladeira/Frigobar (exclusivo para armazenamento de material odontológico)	Quantos?		I.12.22/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.23	Glicosímetro	Quantos?		I.12.23/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.24	Instrumento Rotatório para Endodontia	Quantos?		I.12.24/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.25	Laser de baixa potência	Quantos?		I.12.25/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.26	Localizador Apical para Endodontia	Quantos?		I.12.26/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.27	Microondas para confecção da prótese dentária	Quantos?		I.12.27/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.28	Mocho odontológico	Quantos?		I.12.28/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.29	Motor Cirúrgico	Quantos?		I.12.29/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.30	Negatoscópio	Quantos?		I.12.30/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.31	Seladora	Quantos?		I.12.31/1	Quantos estão em condições de uso?	

<b>I.13</b>	<b>Insumos Odontológicos</b>			
I.13.1	Abaixador de língua	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.2	Ácido fosfórico a 37%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.3	Agente de união fotopolimerizável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.4	Água destilada	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

I.13.5	Agulha gengival descartável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.6	Álcool etílico a 70%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.7	Amálgama (cápsulas)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.8	Amálgama (material para preparo – limalha e mercúrio)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.9	Anestésico odontológico com vasoconstritor	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.10	Anestésico odontológico sem vasoconstritor	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.11	Anestésico tópico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.12	Arco para isolamento absoluto	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.13	Brocas cirúrgicas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.14	Brocas para prótese	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.15	Campos para a mesa auxiliar, refletor, mangueiras, paciente (fenestrado e não fenestrado).	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.16	Cimento de Hidróxido de Cálcio	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.17	Cimento endodôntico para obturação	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.18	Clorexidina, digluconato 0,2%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.19	Clorexidina, digluconato 2% - solução degermante	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.20	Clorexidina, gluconato 0,12%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.21	Cone de guta percha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.22	Cone de papel absorvente	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.23	Cunhas interdentais	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.24	Detergente para mãos	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.25	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.26	Espaçador digital	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.27	Esparadrapo/fita micropore	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.28	Fio de sutura com agulha montada	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.29	Fixador para Radiografia	Em uso?	Sim	Não



		No estoque?	Sim	Não
I.13.30	Fluorfosfato gel	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.31	Gaze	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.32	Grampos para endodontia	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.33	Ionômero de vidro para restauração	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.34	Lençol de borracha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.35	Limas endodônticas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.36	Luvas cirúrgicas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.37	Material de acabamento e polimento de restaurações	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.38	Papel grau cirúrgico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.39	Papel toalha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.40	Paramonocresolcanforado (PMCC)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.41	Película periapical adulto	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.42	Película periapical infantil	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.43	Película radiográfica oclusal	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.44	Pó de Hidróxido de Cálcio	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.45	Pontas diamantadas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.46	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.47	Resina Acrílica	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.48	Resinas fotopolimerizáveis	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.49	Revelador de radiografia	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.50	Roletes de Algodão	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.51	Solução de Dakin (0,5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.52	Solução de Labaraque (2,5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.53	Solução de Milton (1% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

I.13.54	Solução de Soda Clorada (5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.55	Soro fisiológico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.56	Sugador cirúrgico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.57	Sugador descartável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.58	Tiras de aço e de acabamento para resina	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.59	Tiras de poliéster	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.60	Tricresolformalina	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

<b>I.14</b>	<b>Instrumentais Odontológicos</b>		
Verificar no CEO a existência e disponibilidade dos instrumentais listados abaixo			
I.14.1	Afastador Minesotta		Sim
			Não
I.14.2	Alavancas		Sim
			Não
I.14.3	Alveolótomos		Sim
			Não
I.14.4	Aplicador para cimento Hidróxido de Cálcio		Sim
			Não
I.14.5	Bandeja para instrumental		Sim
			Não
I.14.6	Bisturi de Kirkland		Sim
			Não
I.14.7	Brunidor Nº 29		Sim
			Não
I.14.8	Brunidor Nº 33		Sim
			Não
I.14.9	Bisturi de Orban		Sim
			Não
I.14.10	Cabo de espelho plano		Sim
			Não
I.14.11	Cabo para bisturi		Sim
			Não
I.14.12	Calcadores		Sim
			Não
I.14.13	Cânula de aspiração		Sim
			Não
I.14.14	Cuba metálica pequena		Sim
			Não
I.14.15	Curetas Columbia (1 R-L, 2 R-L, 3 R-L, 4 R-L)		Sim
			Não
I.14.16	Curetas de Gracey (nº 5/6; 7/8; 11/12; 13/14)		Sim
			Não



I.14.17	Curetas de Lucas	Sim
		Não
I.14.18	Descolador de periósteo	Sim
		Não
I.14.19	Escavadores de dentina	Sim
		Não
I.14.20	Esculpidores	Sim
		Não
I.14.21	Espátula de cera nº 7 (ou similar)	Sim
		Não
I.14.22	Espátula dupla para cimento nº 72	Sim
		Não
I.14.23	Espátulas metálicas nº 24 (flexível)	Sim
		Não
I.14.24	Espátula para cimento nº 1	Sim
		Não
I.14.25	Espelho grande para orientação ao paciente	Sim
		Não
I.14.26	Espelhos clínicos	Sim
		Não
I.14.27	Fórceps adulto	Sim
		Não
I.14.28	Fórceps infantil	Sim
		Não
I.14.29	Frasco para biópsia (coletor universal)	Sim
		Não
I.14.30	Fresa de metal (para desgaste de acrílico)	Sim
		Não
I.14.31	Gengivótomo	Sim
		Não
I.14.32	Jogo de abridores de boca "bite-block" (adulto e infantil)	Sim
		Não
I.14.33	Jogo de cinzéis	Sim
		Não
I.14.34	Jogo de micro-cinzel para osso Oschenbien	Sim
		Não
I.14.35	Lâminas de bisturi nº 12	Sim
		Não
I.14.36	Lâminas de bisturi nº 15	Sim
		Não
I.14.37	Limas para osso	Sim
		Não
I.14.38	Limas periodontais	Sim
		Não
I.14.39	Material para polimento do acrílico: (discos de feltro, mandril)	Sim
		Não
I.14.40	Pedra de afiar (tipo Arkansas)	Sim
		Não
I.14.41	Perfurador de lençol de borracha	Sim

			Não
I.14.42	Pinça Allis		Sim
			Não
I.14.43	Pinça anatômica		Sim
			Não
I.14.44	Pinça Backaus		Sim
			Não
I.14.45	Pinça clínica		Sim
			Não
I.14.46	Pinça micro-dente de rato		Sim
			Não
I.14.47	Pinça Mosquito		Sim
			Não
I.14.48	Pinça porta-grampos		Sim
			Não
I.14.49	Placas de vidro		Sim
			Não
I.14.50	Porta-agulhas		Sim
			Não
I.14.51	Porta matriz		Sim
			Não
I.14.52	Punch (4, 5 e 6 mm)		Sim
			Não
I.14.53	Seringa Luer ou Seringa Plástica Descartável (5)		Sim
			Não
I.14.54	Régua milimetrada		Sim
			Não
I.14.55	Seringa Carpule		Sim
			Não
I.14.56	Seringa para irrigação		Sim
			Não
I.14.57	Sindesmótomo		Sim
			Não
I.14.58	Sondas exploradoras (exploradores)		Sim
			Não
I.14.59	Sondas periodontais		Sim
			Não
I.14.60	Tesouras cirúrgicas		Sim
			Não
I.14.61	Tesoura ponta curva ou reta		Sim
			Não

<b>I.15</b>	<b>Material impresso para atenção à saúde bucal</b>		
Verificar no CEO a existência e disponibilidade dos materiais impressos listados abaixo.			
I.15.1	Ficha clínica odontológica (Prontuário Clínico) Avaliador levar modelo	Em uso?	Sim Não
		No estoque?	Sim Não
I.15.2	Atestado / Atestado de comparecimento	Em uso?	Sim Não
		No estoque?	Sim Não
I.15.3	Receituário comum e controlado	Em uso?	Sim Não

		No estoque?	Sim	Não
I.15.4	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.5	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.6	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.7	Relação de medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.8	Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.9	Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico Avaliador levar modelo	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.10	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência Avaliador levar modelo	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

## Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos

- Para responder à entrevista do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas – PMAQ-CEO, o entrevistador deve fazer contato prévio com a Gerência do CEO. Os profissionais que responderão as perguntas serão: o Gerente do CEO ou o profissional que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço e um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que esteja no serviço no momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
  - a) Registro da resposta específica; e
  - b) Registro da existência de documentação comprobatória.

As perguntas a seguir são direcionadas ao Gerente do CEO.			
II.1	Informações sobre o entrevistado		
II.1.1	Nome do entrevistado:		
II.1.2	CPF:		
II.1.3	Qual a sua profissão?		Cirurgião(ã)-dentista
			Técnico(a) em Saúde Bucal
			Auxiliar em Saúde Bucal
			Outra. Qual?
II.1.4	O CEO possui Gerente?		Sim, profissional acumula a atividade clínica e de Gerente do CEO.
			Sim, profissional que atua exclusivamente como Gerente do CEO
			Não há Gerente
II.1.5	O(a) senhor(a) é Gerente do CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão II.1.7.</i>		Sim
			Não
II.1.6	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua como Gerente neste CEO?		Menos de 1 ano
			1 a 2 anos
			3 a 4 anos
			5 a 9 anos
			10 ou mais
II.1.7	O(a) senhor(a) possui o termo de compromisso assinado pelo gestor Municipal/Estadual/Distrito Federal?		Sim
			Não
II.1.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.1.8	O(a) senhor(a) possui ata de reunião assinada pela gestão Municipal/Estadual/Distrito Federal e pela própria Equipe do CEO?		Sim
			Não
II.1.8/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.2		Imunização dos profissionais do CEO		
II.2.1	A Equipe (CD, ASB, TSB) do CEO tomou as vacinas:	Sim	Não	Hepatite B
		Sim	Não	Febre Amarela
		Sim	Não	Sarampo, Caxumba, Rubéola
		Sim	Não	Difteria e Tétano
		Sim	Não	Influenza

II.3		Formação e qualificação dos profissionais do CEO		
II.3.1	O Gerente do CEO possui ou está em formação complementar?		Sim, em saúde coletiva	
			Sim, em gestão pública	
			Sim, outros	
			Não	
II.3.2	Formação dos Cirurgiões Dentistas nas áreas de atuação no CEO  <i>Marcar a quantidade de profissionais</i>		Cirurgia oral – Apenas Graduação em Odontologia	
			Cirurgia oral - Atualização / Aperfeiçoamento	
			Cirurgia oral – Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Endodontia – Apenas Graduação em Odontologia	
			Endodontia - Atualização / Aperfeiçoamento	
			Endodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Estomatologia – Apenas Graduação em Odontologia	
			Estomatologia - Atualização / Aperfeiçoamento	
			Estomatologia – Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Periodontia – Apenas Graduação em Odontologia	
			Periodontia - Atualização / Aperfeiçoamento	
			Periodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Pacientes com necessidades especiais – Apenas Graduação em Odontologia	
			Pacientes com necessidades especiais –Atualização / Aperfeiçoamento	
			Pacientes com necessidades especiais - Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Implantodontia – Não se aplica	
			Implantodontia – Apenas Graduação em Odontologia	
			Implantodontia - Atualização / Aperfeiçoamento	
			Implantodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado	
			Odontopediatria - Não se aplica	
	Odontopediatria - Apenas Graduação em Odontologia			
	Odontopediatria - Atualização / Aperfeiçoamento			
	Odontopediatria - Especialização/Mestrado/Doutorado			
	Ortodontia/ Ortopedia - Não se aplica			
	Ortodontia/ Ortopedia - Apenas Graduação em Odontologia			
	Ortodontia/ Ortopedia - Atualização / Aperfeiçoamento			
	Ortodontia/ Ortopedia - Especialização/Mestrado/Doutorado			

			Prótese Dentária – Não se aplica
			Prótese Dentária - Apenas Graduação em Odontologia
			Prótese Dentária - Atualização / Aperfeiçoamento
			Prótese Dentária - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Radiologia – Não se aplica
			Radiologia - Apenas Graduação em Odontologia
			Radiologia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Radiologia - Especialização/Mestrado/Doutorado

II.4 Vínculo dos profissionais do CEO					
II.4.1	Agente contratante: <i>Informar a quantidade</i>	CD	ASB	TSB	
					Administração direta
					Consórcio intermunicipal de direito público
					Consórcio intermunicipal de direito privado
					Fundação pública de direito público
					Fundação pública de direito privado
					Organização social (OS)
					Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPI)
					Entidade filantrópica
					Organização não governamental (ONG)
II.4.2	Tipo de vínculo: <i>Informar a quantidade</i>				Empresa
					Cooperativa
					Outro(s)
					Servidor público estatutário
					Cargo comissionado
					Contrato temporário
II.4.3	Mecanismo de ingresso: <i>Informar a quantidade</i>				Contrato CLT
					Autônomo
					Outro(s)
					Concurso público
			Seleção pública		
			Outro(s)		

II.5 Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho					
II.5.1	Os profissionais do CEO têm plano de carreira?  <i>Se NÃO, passar para a questão II.5.6.</i>				Sim, todos
					Sim, apenas o Gerente do CEO
					Sim, apenas os cirurgiões dentistas
					Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal
					Não
II.5.2	No plano, tem progressão por antiguidade?				Sim
					Não
II.5.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?				Sim
					Não
II.5.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?				Sim
					Não
II.5.5	No plano, tem adicional de insalubridade ou periculosidade?				Sim
					Não
II.5.6	Os profissionais recebem incentivo,				Sim, todos

	gratificação, prêmio financeiro por desempenho?		Sim, apenas o Gerente do CEO
			Sim, apenas os cirurgiões dentistas
			Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal
			Não

II.6		Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO		
II.6.1	Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>		Sim	
			Não	
II.6.1/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.2	O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>		Sim	
			Não	
II.6.3	Quem realiza o apoio?  <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>		Coordenador Municipal/Estadual de Saúde Bucal	
			Apoiador institucional	
			Profissionais da vigilância em saúde	
			Outros profissionais da gestão	
			Outro(s)	
II.6.4	Quais os recursos utilizados para a realização do planejamento?  <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Painel informativo
		Sim	Não	Informativos epidemiológicos
		Sim	Não	Sala de situação
		Sim	Não	Relatórios e consolidados mensais do SIA
II.6.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.5	É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?		Sim	
			Não	
II.6.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.6	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.7.</i>		Sim	
			Não	
II.6.7	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ-CEO	
			Instrumento desenvolvido pelo município/Equipe	
			Instrumento desenvolvido pelo Estado	
			Outro(s)	
II.6.7/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.8	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe do CEO?		Sim	
			Não	

II.7		Apoio matricial		
II.7.1	A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para a questão II.7.4.</i>		Sim	
			Não	
II.7.2	Em qual área necessita com mais frequência?		Periodontia	
			Endodontia	



	<i>Poderá registrar as duas áreas que mais necessitam.</i>			Prótese Dentária
				Estomatologia
				Cirurgia BMF
				Radiologia
				Odontopediatria
				Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais
				Outras especialidades odontológicas
II.7.3	A Equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?			Sim
				Não
II.7.4	A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.8.</i>			Sim
				Não
II.7.5	Qual a frequência que a Equipe do CEO fornece o apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Semanal
				Quinzenal
				Mensal
				Trimestral
				Semestral
				Sem periodicidade definida
II.7.6	Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?  <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
		Sim	Não	Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca
		Sim	Não	Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Construção e discussão de protocolos clínicos
		Sim	Não	Pactua critérios para referência por especialidade
		Sim	Não	Realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.
<b>II.8 Organização dos prontuários</b>				
II.8.1	O CEO utiliza prontuário clínico? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.2	Se Sim, este prontuário é:			Único para todas as especialidades
				Específico para cada especialidade
				Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário.
II.8.2/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.8.3	Onde estão arquivados os prontuários dos usuários do CEO?			Nos consultórios
				Na recepção
				Almoxarifado
				Outro
II.8.4	Existe prontuário eletrônico implantado? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.5	O prontuário eletrônico está integrado com os			Sim



	outros pontos da rede de atenção?		Não
--	-----------------------------------	--	-----

II.9 Caracterização da demanda e Organização da agenda			
II.9.1	O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:		Espontânea
			Referenciada
			Mista (Espontânea e Referenciada)
II.9.2	Quais as ações desencadeadas a partir do atendimento realizado a demanda espontânea: <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		Marca usuário na agenda do CEO
			Orienta e encaminha o usuário para a unidade básica de saúde de referência
			Nenhuma ação específica, apenas nega o atendimento.
II.9.3	O CEO tem conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço?		Não.
			Sim, através listagem recebida da regulação
			Sim, através listagem recebida das UBS
			Sim, a lista de espera está no CEO
			Sim, outro
II.9.4	O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?		Sim. Quanto(%)?
			Não sabe
II.9.4/ 1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.9.5	Qual especialidade apresenta maior percentual de absenteísmo dos usuários? Elencar os 3 primeiros		Cirurgia Oral
			Endodontia
			Pacientes com necessidades especiais
			Periodontia
			Estomatologia
			Radiologia
			Ortodontia/ortopedia
			Implantodontia
			Odontopediatria
II.9.6	O que é feito para diminuir o absenteísmo dos usuários no CEO?		Nenhuma ação específica
			O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta.
			Trabalha com "Overbook" - O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponíveis no serviço.
			Outro. Qual?

II.10 O CEO na Rede de Atenção à Saúde			
II.10.1	Qual(is) é (são) a(s) forma(s) possível(is) de agendar a consulta no CEO? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde
			A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na Unidade Básica de Saúde e dirige-se ao CEO
			Não há um percurso definido
			Outra:
II.10.2	Qual critério utilizado pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica para o encaminhamento do usuário para o CEO?		Por ordem de chegada
			Estratificação de risco
			Prioridade de programas

			Não sabe/Não respondeu	
II.10.3	Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.4	O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	

II.10.5	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.6	Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?		Através de ficha específica	
			Através de sistema informatizado	
			Através do prontuário eletrônico	
			Nenhuma ação específica	
II.10.6/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.7	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar?		Sempre	
			Algumas vezes	
			Nunca	
II.10.8	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?		Sempre	
			Algumas vezes	
			Nunca	
II.10.9	Há uma lista de contato no CEO com profissionais da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?		Sim	
			Não	

II.10.9/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.10.10	Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar? <i>Se NÃO passar para o Bloco II.11.</i>	Sim
		Não
II.10.11	Como se organiza a oferta das vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar?	Sistema de cotas
		Sem número limitado
		Outros
II.10.12	Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais?	Sim
		Não
II.10.13	Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar:	1-4
		5-8
		Mais de 8

II.11	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO	
II.11.1	Cirurgia oral	___ dias Não sabe/não respondeu.
II.11.2	Endodontia	___ dias Não sabe/não respondeu.
II.11.3	Estomatologia	___ dias Não sabe/não respondeu.
II.11.4	Implantodontia	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.5	Odontopediatria	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.6	Ortodontia/Ortopedia	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.7	Periodontia	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.8	Pessoas com necessidades especiais	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.9	Prótese Dentária	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica
II.11.10	Radiologia	___ dias Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica

II.12	Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	
II.12.1	O CEO realiza biópsia? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>	Sim
		Não, porque não há material / instrumental disponível.
		Não, porque não há laboratório para encaminhamento.
		Não, porque não há profissional capacitado.
		Não, outros:
II.12.2	Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?	É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)
		Um dia
		Até uma semana
		Até 15 dias
		Entre 15 e 30 dias

			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
II.12.3	O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>		Sim Não
II.12.4	Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?		O laboratório realizada a coleta do material no CEO A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde disponibiliza o transporte da peça até o laboratório O cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório Outros
II.12.5	Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?		Até 15 dias Entre 15 e 30 dias Entre 30 e 60 dias Mais de 60 dias

<b>II.13</b>				<b>Atenção ao câncer de boca</b>			
II.13.1	O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?						Sim Não
II.13.1/1	Existe documento que comprove?						Sim Não
II.13.2	O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca?						Sim Não
<b>II.14</b>				<b>Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES</b>			
<b>Endodontia</b>							
II.14.1	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa viva?						___ sessão(ões)
II.14.1/1	Existe documento que comprove?						Sim Não
II.14.2	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade?						___ sessão(ões)
II.14.2/1	Existe documento que comprove?						Sim Não
II.14.3	Esses equipamentos são utilizados para a realização do tratamento endodôntico?	Sim	Não	Sim	Não		Rotatório Localizador Apical
II.14.4	O CEO realiza tratamento endodôntico em elementos dentários com 3 ou mais raízes?						Sim Não, apenas uni ou birradicular
II.14.4/1	Existe documento que comprove?						Sim Não

<b>Periodontia</b>							
II.14.5	O CEO oferta os seguintes tratamentos periodontais:	Sim	Não	Sim	Não		Tratamento de periodontites (raspagem e alisamento radicular subgingival; cirurgia de acesso) Cirurgia periodontal para dentística restauradora (gengivectomia; aumento de coroa clínica por retalho) Tratamento de lesões de furca (Grau I, II e III) Procedimentos para controle/remoção do

↑					aumento de volume gengival
					Sim
II.14.6	O CEO realiza reconsulta para avaliação dos pacientes que finalizaram o tratamento periodontal?				Sim
					Não
II.14.6/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
<b>Cirurgia Oral Menor</b>					
II.14.7	O CEO oferta os seguintes tratamentos cirúrgicos:	Sim	Não	Frenectomia	
		Sim	Não	Remoção de dentes supranumerários	
		Sim	Não	Cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos)	
		Sim	Não	Remoção de dentes retidos, inclusos e impactados	
		Sim	Não	Remoção de lesões não neoplásicas de glândulas salivares	
		Sim	Não	Apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda	
		Sim	Não	Remoção de tórus palatino ou mandibular	
		Sim	Não	Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intra-ósseos	
		Sim	Não	Tratamento clínico/ambulatorial das patologias das ATM	
Sim	Não	Cirurgias de traçamentos dentários com finalidade ortodôntica			
<b>Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais</b>					
II.14.8	O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?				Sim
					Não
II.14.8/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
II.14.9	Qual o perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos no CEO?	Sim	Não	Pacientes com movimentos involuntários	
		Sim	Não	Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento	
		Sim	Não	Gestantes e bebês sem alguma limitação	
		Sim	Não	Pacientes autista	
		Sim	Não	Diabéticos, cardiopatas, idosos	
		Sim	Não	HIV positivos	
		Sim	Não	Pacientes com distúrbio de comportamento	
<b>II.15 Prótese dentária</b>					
II.15.1	O CEO realiza moldagem da prótese dentária?				Sim
					Não
II.15.1/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
II.15.2	O CEO realiza a entrega da prótese ao usuário? <i>Se NÃO, passar para o Bloco 16.</i>				Sim
					Não
II.15.2/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
II.15.3	Quantas sessões clínicas, em média, são necessárias para o CEO entregar a prótese para o usuário?				___ sessão(ões)
II.15.4	Qual o tipo de prótese dentária é ofertada? <i>Pode ser marcada mais de uma questão.</i>				Prótese total
					Prótese parcial removível
					Prótese fixa unitária
II.15.5	Quantos municípios são atendidos pela oferta da prótese				___ Município(s)

	dentária no CEO?			
II.15.6	Em média, quantas próteses dentárias são entregues por mês?			___ Próteses Totais
				___ Próteses parciais removíveis
				___ Próteses fixas unitárias
II.15.7	O CEO tem conhecimento da fila de espera para o atendimento de prótese dentária?			Sim
				Não
II.15.8	Se <i>Sim</i> , quantas pessoas estão na fila de espera para serem atendidas na prótese dentária?			___ Pessoas
<b>II.16 Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário</b>				
II.16.1	O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?			Sim
				Não
II.16.1/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.16.2	O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões? <i>Se NÃO, encerrar a entrevista com o Gerente do CEO.</i>			Sim
				Não
II.16.3	Quais os canais de comunicação disponibilizados? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Telefone do CEO
		Sim	Não	Telefone da ouvidoria
		Sim	Não	E-mail do CEO
		Sim	Não	Site disponível ao usuário
		Sim	Não	Livros ou formulários
II.16.4	A Equipe do CEO considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?			Sim
				Não



As perguntas a seguir são direcionadas a um Cirurgião Dentista do CEO.				
<b>II.17</b>	<b>Informações sobre o entrevistado</b>			
II.17.1	Nome do entrevistado:			
II.17.2	CPF:			
II.17.3	Em qual(is) especialidade(s) atua no CEO? <i>Pode marcar mais de uma especialidade</i>		Cirurgia Oral	
			Endodontia	
			Pacientes com necessidades especiais	
			Periodontia	
			Estomatologia	
			Radiologia	
			Ortodontia/ortopedia	
			Implantodontia	
			Odontopediatria	
	Outra:			
II.17.4	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesse CEO?		Menos de 1 ano	
			1 a 2 anos	
			3 a 4 anos	
			5 a 9 anos	
			10 ou mais	
<b>II.18</b>	<b>Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas</b>			
II.18.1	O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.19.</i>		Sim	
			Não	
II.18.2	Quais dessas ações a Equipe do CEO participa ou participou no último ano: <i>Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.18.4.</i>	Sim	Não	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
		Sim	Não	Cursos presenciais
		Sim	Não	Cursos à Distância
		Sim	Não	Telessaúde
		Sim	Não	Troca de experiência
		Sim	Não	Tutoria/preceptorial
II.18.3	A Equipe do CEO utiliza o Telessaúde para:	Sim	Não	Segunda opinião formativa
		Sim	Não	Telediagnóstico
		Sim	Não	Teleconsultoria
		Sim	Não	Tele-educação
II.18.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?		Sim, totalmente	
			Sim, parcialmente	
			Não	
<b>II.19</b>	<b>Planejamento e Reunião da Equipe do CEO</b>			
II.19.1	Nos últimos 12 meses, foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO com a participação dos Cirurgiões Dentistas? <i>Se NÃO, passar para a questão II.19.5.</i>		Sim	
			Não	
II.19.2	Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos Cirurgiões Dentistas?		Sim	
			Não	
II.19.3	A Equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando:	Sim	Não	As informações do SIA
		Sim	Não	As informações locais de levantamento epidemiológico
		Sim	Não	As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde

	<i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Sim	Não	Os desafios apontados a partir da autoavaliação
		Sim	Não	O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
II.19.4	A Equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?			Sim
				Não
II.19.4/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.19.5	A gestão apoia a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-CEO?			Sim
				Não
II.19.6	O CEO realiza reunião de Equipe? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.20.</i>			Sim
				Não
II.19.7	Qual a periodicidade das reuniões? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Semanal
				Quinzenal
				Mensal
				Sem periodicidade definida
II.19.8	Quais são os temas das reuniões de Equipe? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Sim	Não	Organização do processo de trabalho e do serviço
		Sim	Não	Discussão de casos pela Equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Sim	Não	Qualificação clínica com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços.
		Sim	Não	Construção/discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
<b>II.20</b>	<b>Insumos, instrumentais e equipamentos</b>			
II.20.1	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?			Sim
				Não
II.20.2	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente?			Sim
				Não



### Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

- Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto ao CEO no que se refere ao seu acesso e utilização.
- O questionário do Módulo III será aplicado para 10 (dez) usuários presentes no CEO no dia da avaliação externa, com mais de 18 anos de idade.
- O avaliador irá escolher os usuários para entrevista
- Aplicar os critérios de exclusão:
  - Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até o CEO.
  - Se não elegível, entrevistar a próxima pessoa (recusas não serão registradas no tablet).

III.1	Identificação do usuário	
III.1.1	Sexo:	Masculino
		Feminino
III.1.2	Qual a data do seu aniversário?	____/____/____ (DD/MM/AAAA)
III.1.3	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	Branca
		Preta
		Amarela
		Parda/mestiça
		Indígena
III.1.4	O(a) senhor(a) mora nesse município?	Sim
		Não
III.1.5	A sua casa localiza-se na:	Área urbana
		Área rural
III.1.6	Sua casa é coberta (acompanhada) pela Estratégia Saúde da Família?	Sim
		Não
		Não sabe
III.1.7	Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo o(a) senhor(a)?	1-3 Pessoas
		4-6 Pessoas
		7-10 Pessoas
		Mais de 10 Pessoas
III.1.8	Até quando o(a) senhor(a) estudou?	Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
		É alfabetizado (sabe ler e escrever)
		Ensino fundamental incompleto
		Ensino fundamental completo
		Ensino médio incompleto
		Ensino médio completo
		Ensino superior incompleto
		Ensino superior completo
Pós-graduação		
III.1.9	O(a) senhor(a) é aposentado(a)?	Sim
		Não

III.1.10	O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?		Sim
			Não
III.1.11	Qual a renda familiar?		Menos de 1 salário mínimo
			De 1 a 2 salários mínimos
			De 2 a 3 salários mínimos
			De 3 a 5 salários mínimos
			De 5 a 10 salários mínimos
			Mais de 10 salários mínimos
III.1.12	A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente? <i>Se SIM, passar para o Bloco III.2.</i>		Sim
			Não
			Não sabe
III.1.13	Se NÃO, por qual(ais) motivo(s) não recebe?		Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
			Porque a família saiu do critério do programa
			Não comprovou as condicionalidades
			Outro(s)
<b>III.2 Acesso aos serviços do CEO</b>			
As próximas perguntas serão sobre a utilização dos serviços de saúde neste Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)			
III.2.1	Quanto tempo o(a) Sr(a) leva para chegar ao CEO?		___ minutos
III.2.2	Como o(a) Sr(a) veio ao CEO?		Carro próprio ou da família
			Ônibus
			Táxi/ Vans/Lotação
			Bicicleta
			A pé
	Outro:		
III. 2.3	O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação do CEO facilitam encontrar o serviço?		Sim
			Não
			Não percebi
III. 2.4	O horário de funcionamento deste CEO atende às suas necessidades? <i>Se SIM, passar para o Bloco III.3.</i>		Sim
			Não
III. 2.5	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que este CEO atendesse:  <i>Pode ser marcada mais de uma opção.</i>		Mais cedo pela manhã
			Até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			Domingo
			No horário de almoço
	Nenhuma das anteriores		
<b>III.3 Marcação de consultas neste CEO</b>			
As próximas perguntas serão sobre a utilização dos serviços deste CEO.			
III.3.1	Como o(a) senhor(a) fez para marcar consulta neste CEO?		Ligou para o CEO
			A Unidade Básica marcou e avisou
			Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar
			Fez contato ou foi até o setor de marcação de consultas

			Recebeu a guia na UBS e fez a marcação direto no CEO
III.3.2	Para qual especialidade é seu tratamento?		Periodontia
			Endodontia
			Cirurgia Oral
			Estomatologia
			Atendimento a pacientes com necessidades especiais
			Radiologia
			Odontopediatria
			Ortodontia/Ortopedia
			Prótese
			Implantodontia
		Outro	
III.3.3	Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento neste CEO?		Até uma semana
			De uma semana a um mês
			Entre um e três meses
			Entre três e seis meses
			Entre seis e doze meses
			Mais de doze meses
III.3.4	Quanto a marcação da consulta, foi:		Com hora marcada
			Em horários ou turnos definidos do dia
			Por ordem de chegada
			Encaixe
			Outro
III.3.5	O(a) senhor(a) foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento?		Sim
			Não

<b>III.4</b>	<b>Acolhimento</b>		
As próximas perguntas serão sobre quando o(a) senhor(a) vem à consulta neste CEO. Independente do profissional e especialidade.			
III.4.1	Como foi o seu acolhimento ao procurar o serviço do CEO?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
III.4.2	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
<b>III.5</b>	<b>Atendimento</b>		
As próximas perguntas serão sobre o atendimento neste CEO.			
III.5.1	Com relação ao conforto. Como o Sr(a) se sente durante o atendimento no consultório?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
III.5.2	Durante o seu tratamento, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada, utilização de medicamentos e outros?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca

III.5.3	O(a) senhor(a) já concluiu algum tratamento neste CEO? <i>Se NÃO, pular para o Bloco III.6.</i>		Sim
			Não
III.5.4	Quanto ao problema que levou o(a) senhor(a) a ser atendido nesse CEO, classificaria como:		Resolvido
			Não Resolvido
III.5.5	Ao concluir o tratamento no CEO, o(a) senhor(a) foi encaminhado(a) para a Unidade Básica de Saúde para continuar o tratamento/acompanhamento?		Sim
			Não
III.5.6	Ao concluir o tratamento no CEO, o dentista lhe entregou algum documento por escrito para o(a) senhor(a) entregar ao dentista da Unidade Básica de Saúde?		Sim
			Não
<b>III.6 Vínculo e responsabilização</b>			
As próximas perguntas serão sobre o trabalho dos profissionais deste CEO que atenderam o(a) senhor(a).			
III.6.1	Durante o atendimento o dentista esclareceu sobre o seu tratamento?		Sim
			Não
			Nunca
III.6.2	Os profissionais deste CEO lhe chamam pelo nome?		Sim
			Não
III.6.3	Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.6.4	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
III.6.5	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		Não precisou tirar dúvidas
			Sim, o ACS da UBS
			Sim, os profissionais do próprio CEO
			Não
III.6.6	Quando o(a) senhor(a) é atendido(a) neste CEO e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas deste serviço, o que acontece?		Nunca abandonou ou faltou
			Marca no próprio CEO
			Retorna para unidade básica de saúde para pegar encaminhamento
			A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação
III.6.6			Nunca precisou marcar para outro profissional do serviço
<b>III.7 Prótese dentária</b>			
III.7.1	O(a) senhor(a) usa prótese dentária (dentadura)? <i>Se NÃO, pular para o Bloco III.8.</i>		Sim
			Não
III.7.2	Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa?		1 ano
			Entre 1 e 3 anos
			Entre 3 e 5 anos
			Entre 5 e 10 anos
			Mais de 10 anos
III.7.3	Onde o(a) senhor(a) fez a prótese dentária dentadura? <i>Se "CLÍNICA PARTICULAR OU CONSULTÓRIO PARTICULAR" ou "OUTRO", pular para o Bloco III.8.</i>		Neste CEO
			Na Unidade Básica de Saúde
			Clínica particular ou Consultório particular
			Outro

III.7.4	Quanto tempo levou para iniciar o tratamento da prótese depois do encaminhamento do Cirurgião Dentista da Atenção Básica?	Até 15 dias
		De 15 a 30 dias
		De 30 a 45 dias
		Mais de 45 dias
III.7.5	Quanto tempo levou para receber a dentadura?	Até 15 dias
		De 15 a 30 dias
		De 30 a 45 dias
		Mais de 45 dias
III.7.6	O(a) senhor(a) recebeu orientação do dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?	Sim
		Não

<b>III.8</b>		<b>Insumos, equipamentos e ambiência</b>		
As próximas perguntas serão sobre sua satisfação com relação ao trabalho da Equipe deste CEO, envolvendo fatores como: disponibilidade de materiais e equipamentos, condições de limpeza das instalações e atenção prestada pelos profissionais.				
III.8.1	Alguma vez o senhor já teve o atendimento interrompido por falta de material ou equipamento?		Sim, sempre	
			Sim, algumas vezes	
			Nunca	
III.8.2	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO:	Sim	Não	Estão em boas condições de uso
		Sim	Não	Estão em boas condições de limpeza
		Sim	Não	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
III.8.3	Como o senhor avalia as instalações deste CEO?		Muito bom	
			Bom	
			Regular	
			Ruim	
			Muito ruim	
III.8.4	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão III.8.6.</i>		Sim	
			Não	
III.8.5	Por que o(a) senhor(a) mudaria de CEO?		Distante de casa	
			Por causa do horário de atendimento	
			É mal atendido	
			Por causa das instalações	
			Outros	
III.8.6	O(a) senhor(a) recomendaria este CEO para um amigo ou familiar?		Sim	
			Não	
III.8.7	Na sua opinião, de forma geral o atendimento que o (a) senhor(a) recebe neste CEO é:		Muito bom	
			Bom	
			Regular	
			Ruim	
			Muito ruim	
III.8.8	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) dentista?		0 A 10	
III.8.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(s) profissionais da recepção do CEO?		0 A 10	

<b>III.9</b>		<b>Mecanismos de participação e interação dos usuários</b>		
As próximas perguntas serão sobre a participação e envolvimento dos usuários nas questões deste CEO.				

III.9.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão, o(a) senhor(a) consegue? <i>Se NÃO ou NUNCA PRECISOU, passar para a questão III.9.3.</i>		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
III.9.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?		Sim, teve rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não
III.9.3	O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde? <i>Se a resposta do usuário for negativa, informar que o número da ouvidoria geral do SUS é 136</i>		Sim
			Não

## ANEXO H – PARECERES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**Título do Projeto:** "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: um estudo sobre o grau de concordância entre instrumentos avaliativos"

**Pesquisador responsável:** Mônica Maria Motta dos Reis Marques

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apreciação ao CEP:** 28/11/2017

**Registro no CAAE:** 83189518.8.0000.5190

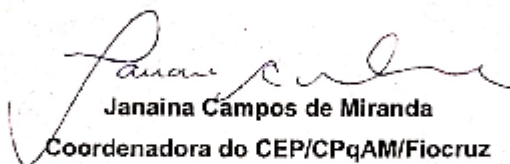
**Número do Parecer na Plataforma Brasil:** 2.539.263

### PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 24 de janeiro de 2019

  
Janaina Campos de Miranda  
Coordenadora do CEP/CPqAM/Fiocruz

Janaina Campos de Miranda  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SAUPE 454177  
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Complexo do UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
com12@ufpe.br | cepqam@fiocruz.br







FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: validação da concordância entre instrumentos avaliativos.

**Pesquisador:** Mônica Maria Motta dos Reis Marques

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 83189518.8.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.220.012

#### Apresentação do Projeto:

Emenda apresentada de forma correta cujo projeto tem o objetivo de elaboração de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. O referido projeto tem como propósito verificar qual o grau de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) 1º ciclo

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o grau de concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), no 1º ciclo.

**Objetivo Secundário:**

- Construir uma Matriz de Concordância entre instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO 1º ciclo.
- Validar a matriz construída e calcular o grau de concordância entre Instrumentos da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO 1º ciclo;
- Realizar um encontro dos coordenadores de saúde bucal e profissionais dos CEO do estado de

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br





FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 3.220.012

Pernambuco, para divulgação dos resultados deste estudo e sensibilização quanto à importância da institucionalização da avaliação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos no documento "Informações Básicas do Projeto" assim com o no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa considerada relevante no âmbito do serviço de qualidade em odontologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram apresentados todos os documentos e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em conformidade com a Res. CNS. 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os documentos e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em conformidade com a Res. CNS 466/12 e suas complementares.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda apresentada com a seguinte justificativa: "Optou-se por fazer uma emenda do estudo, considerando que: a) na qualificação do projeto, chegou-se a um consenso de que o estudo não era propriamente do tipo metaavaliação, e sim metodológico. Tal consideração não foi solicitada formalmente pela banca, apesar de ter sido discutida por ela; b) a equipe deste estudo concordou com a exclusão do terceiro objetivo específico (Cálculo do grau de concordância entre instrumentos avaliativos). Foi necessário também alterar o título do estudo e o objetivo geral, de modo a concordarem com o método. Cabe ressaltar que todas as etapas do estudo ocorreram como no projeto original, com exceção do terceiro objetivo específico. Deste modo, não foi necessário alterar o TCLE, visto que as etapas operacionais relacionadas ao mesmo, ocorreram como o previsto. O projeto de intervenção (4º objetivo específico) a ser realizado após a defesa da dissertação foi descrito no estudo como Publicização dos resultados."

Diante da justificativa acima, o CEP/IAM entende que a emenda apresentada não mostra alterações no método que alterem o caráter ético da pesquisa já aprovada e em execução.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 3.220.012

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1296770_É1.pdf	14/02/2019 23:09:18		Aceito
Folha de Rosto	6Folha_Rosto_Atual.pdf	14/02/2019 22:57:31	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO_ESTUDO.docx	14/02/2019 21:58:27	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5DECLARACAO_EQUIPE_PROJETO.pdf	30/01/2018 09:06:14	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	4Projeto_Comite_Enviado_29jan2018.pdf	29/01/2018 21:56:47	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3PDF_TCLE.pdf	29/01/2018 21:51:33	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito
Outros	1Declaracao_compromisso_Comite.pdf	29/01/2018 21:51:20	Mônica Maria Motta dos Reis Marques	Aceito

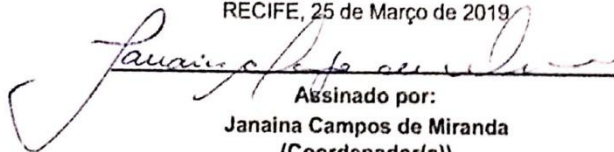
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 25 de Março de 2019

  
Assinado por:  
Janaina Campos de Miranda  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

## ANEXO I - OFÍCIO CONVITE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO PARA APRESENTAÇÃO DESTE ESTUDO NO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Ofício nº 03/2019

Recife, 24 de abril de 2019

De: Coordenação Estadual de Saúde Bucal  
Paulo César Oliveira Santos

Para: Dra Mônica M. R. Marques

Cumprimentando-a cordialmente, servimo-nos para convidá-la a compartilhar o produto de sua Dissertação de Mestrado com os Coordenadores de Saúde Bucal e Gestores de Centros de Especialidades Odontológicas, no Seminário de Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas, com o propósito de Fortalecer a Institucionalização dos Processos de Avaliação em Serviço, consolidando o acesso a procedimentos especializados em Saúde Bucal, com transmissão em Video Conferência, para as Gerências Regionais de Saúde.

Permanecendo à disposição, para os esclarecimentos que se fizerem necessários, solicitamos acusar o recebimento e confirmação de participação.

Data: no dia 30 de abril de 2019  
Local: Auditório da Secretaria Estadual de Saúde  
Salas de videoconferência nas GERES  
Horário: 09:00 às 12:00 e 13:00 às 16:00 horas

### PROGRAMAÇÃO:

- Dra. Mônica M. R. Marques** PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: VALIDAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS  
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública – Instituto AGGEU MAGALHÃES
- Dra Larysa N. D. Malheiros** ANÁLISE DE PADRÕES DE QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE METAS DE PRODUÇÃO  
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública – Instituto AGGEU MAGALHÃES
- Dr. Danilo R. S. Almeida** AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UMA FERRAMENTA WEBASED PARA PLANEJAMENTO, GESTÃO E MONITORAMENTO DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO RECIFE  
Trabalho de Conclusão de Residência em Odontologia em Saúde Coletiva – Secretaria de Saúde da Cidade do Recife
- Dr. Bruno Rosa** INOVAÇÃO, PERCEPÇÃO E POSICIONAMENTO PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL NO SUS

Paulo César Oliveira Santos  
Coordenador Estadual de Saúde Bucal  
Matrícula 286298-4

RUA D. MARIA AUGUSTA NOGUEIRA, 159, BONGI – RECIFE/PE – CEP 50.751-530  
TELEFONE: (81) 3184.0579 / 3184.0580 / 999131655  
E-mail [saudebucalpe@gmail.com](mailto:saudebucalpe@gmail.com)